UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA- UNB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ORIENTADORA: PROFª MS. KÊNIA AUGUSTA FIGUEIREDO

Programa Saúde da Família: uma conquista a ser protegida

ANA PAULA PIRES PINHEIRO

Brasília/DF
2011

ANA PAULA PIRES PINHEIRO

Programa Saúde da Família: uma conquista a ser protegida

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de graduação em Serviço Social pela Universidade de Brasília, sob a orientação acadêmica da Profª Ms. Kênia Augusta Figueiredo

Brasília/DF
2011

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA- UNB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

ANA PAULA PIRES PINHEIRO

Programa Saúde da Família: uma conquista a ser protegida

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social no Curso de Serviço Social da Universidade de Brasília.

Data da Aprovação

15.12.2011

Banca Examinadora

Profª Ms. Kênia Augusta Figueiredo

Orientadora

Departamento de Serviço Social

Universidade de Brasília

Profª Ms. Valdenízia Bento Peixoto

Departamento de Serviço Social

Universidade de Brasília

Assistente Social Verônica Pereira Gomes

Chefe do Departamento de Serviço Social do Hospital Universitário de Brasília -HUB

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que possibilita realizarmos os nossos sonhos.

Ao Cícero, meu esposo, pelo companheirismo, amor, paciência e incentivo.

Ao meu filho Davi pela compreensão à minha falta de atenção durante este período.

À minha mãe que, pelo seu apoio, me fez alçar voos maiores que os dela.

À orientadora Kênia pela dedicação e pelos ensinamentos.

Às minhas familiares Eva, Dedinha, Hila, Riviane e Nathalie, que estão sempre me estimulando.

Às amigas da graduação Luana Barberato, Gláucia, Mariele Lima, Márcia Oliveira, Monique, Kamilla Santana, Vanessa Gallindo e Nícia Clerot, por terem me mostrado o real sentido da amizade.

Ao meu Deus, que é o Autor e consumador da minha vida. A única razão da minha adoração. Aquele em quem me refugio, o meu socorro bem presente nos meus dias de angústia. Obrigada Senhor por realizar os Teus sonhos na minha vida, porque os Teus sonhos são maiores e melhores que os meus. Obrigada por me ensinar que o Teu poder se aperfeiçoa nas fraquezas e que a Tua alegria é a minha força.

RESUMO

O presente trabalho tem o intuito de se fazer uma abordagem da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no Distrito Federal, visando a sua reorganização e tendo como principal ponto de articulação os princípios do Programa Saúde da Família. Tenta mostrar, ainda, o surgimento da Atenção Básica mediante a elaboração de um estudo deste assunto, incluindo os números estatísticos, considerando a sua implementação pelas mais diversas formas de gestão pública, passando pelas descontinuidades ocorridas. Neste estudo, foi feita uma avaliação da sua expansão e consolidação ao longo dos anos, desde o seu início, após a Constituição de 1988, até os dias atuais. Na atual Carta Magna, o tema "Saúde" foi inserido em uma Seção no Capítulo da Seguridade Social, onde foram previstos os modos de financiamento e as competências do Sistema Único de Saúde, a elaboração e a aprovação das Leis Orgânicas para a saúde, além de outros assuntos, todos delineados com o objetivo organizar os fundamentos constitucionais.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família, Atenção Básica, Sistema Único de Saúde.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CAP`s - Caixa de Aposentaria e Pensões

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CSDF - Conferência de Saúde do Distrito Federal

DAB - Departamento de Atenção Básica

DF - Distrito Federal

DIESF - Diretoria de Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família

DS - Distrito Sanitário

ESF - Estratégia Saúde da Família

FHC - Fernando Henrique Cardoso

FHDF - Fundação Hospitalar do Distrito Federal

FEPECS - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

FZ - Fundação Zerbini

FS - Família Saudável

GDF - Governo do Distrito Federal

HB - Hospital de Base

IAP`s - Institutos de Aposentadorias e Pensões

ICS - Instituto Candango de Solidariedade

LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social

MP -	Ministério Público
MPOG -	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS -	Ministério da Saúde
NASFs -	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OSCIP -	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PAB -	Piso de Atenção Básica
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PROESF -	Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família
PSF -	Programa Saúde da família
RAs -	Regiões Administrativas
REMA -	Reformulação do Modelo de Atenção
SES -	Secretaria de Estado da Saúde
SESP -	Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB -	Sistema de Informação da Atenção Básica
SOF -	Secretaria de Orçamento Federal
SUS -	Sistema Único de Saúde
TCDF -	Tribunal de Contas do Distrito Federal
UBS -	Unidades Básicas de Saúde
UPAs -	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....10

CAPÍTULO 1 - A SAÚDE NO BRASIL.....11

1.1 Histórico da saúde no Brasil.....11

1.2 Programa Saúde da Família - PSF: Uma ação articulada.....17

1.3 O PSF na atual conjuntura.....24

CAPÍTULO 2 - A SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL.....39

1.1 A contextualização da saúde no DF.....39

1.2 Histórico da saúde no DF.....41

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....54

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....57

INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso visa à graduação no curso de Serviço Social e tem por objeto acompanhar a evolução da Atenção Básica no Brasil e no Distrito Federal, desde a sua criação, tendo como foco principal o Programa Saúde da Família. Por se tratar de um dos principais programas do Ministério da Saúde, dentre os vários existentes, e por se tratar de uma ferramenta que potencializa a Atenção Básica, acompanhar a execução e evolução do Programa Saúde da Família torna-se um grande desafio para quem se propõe a fazê-lo. Para a sua consecução, estão sendo consideradas as informações acerca das formas de implementação do Programa tanto no Brasil quanto no DF e dos números estatísticos evidenciados ao longo dos anos.

A metodologia de pesquisa adotada baseou-se na teoria social critica, não sendo utilizada a pesquisa de campo, tendo em vista que este tema abrange pontos específicos e envolve variadas concepções. Foram pesquisadas bibliografias e documentos oficiais.

O trabalho é dividido em dois capítulos: o Capítulo 1, com o título de “A Saúde no Brasil”, que traz o histórico da complexa implementação das políticas de saúde no Brasil até a entrada de um tópico específico desse tema na atual Carta Magna, é dividido em três tópicos, os quais são: o Histórico da Saúde no Brasil, o PSF como uma Ação Articulada e O PSF na Atual Conjuntura. Já o Capítulo 2, com o título de “A Saúde no Distrito Federal”, que traz todo o processo de implementação da saúde no DF, perpassando pelos diversos planos os quais já foram colocados em prática, é dividido em dois tópicos: o primeiro, A Contextualização da Saúde no DF, e o segundo, Histórico da Saúde no DF.

CAPÍTULO 1 – A SAÚDE NO BRASIL

1.1. Histórico da Saúde no Brasil

Segundo Mendes (1999), as políticas voltadas para a sociedade com o intuito de proporcionar a garantia de direitos e condições dignas de vida ao cidadão de forma equânime e justa, chamadas de políticas sociais, surgiram no Brasil com a criação da Previdência Social, ocorrida no ano de 1923, com a criação da Lei Eloy Chaves e, nesse mesmo período, foi criada a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários (CAP's). As CAP's tinham como características serem organizadas por empresas e eram administradas e financiadas por empresários e trabalhadores.

Na década de 1930, as CAP's foram unificadas e absorvidas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), congregando os trabalhadores por categorias profissionais. Esses institutos foram criados diante da falta de uma base atuarial no nosso país e tinham como características na sua configuração: a doutrina do seguro e a orientação de economia de gastos. Nesse período, a assistência médica foi colocada como função provisória e secundária, tendo em vista que a gestão da Previdência Social tinha o caráter de contenção de gastos, com o intuito de acumular recursos.

Em 1960, sob forte pressão dos trabalhadores que passaram a exigir eficiência do sistema previdenciário, foi instituída a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que propunha a uniformização dos benefícios prestados pelos Institutos (aposentadorias e pensões). Com isso, a assistência médica individual dos seus beneficiários passou a ser parte integrante da Previdência Social, no entanto, essa assistência permaneceu excludente, tendo em vista que somente se dava aos beneficiários dos institutos.

A partir do golpe militar de 1964, foi implantado o Sistema de Saúde racional-tecnocrático, propiciando um assalariamento em massa dos profissionais de saúde e agravando consideravelmente os problemas da classe médica, com a redução do seu nível de vida e do seu poder aquisitivo.

No começo da década de 1970, em plena ditadura militar, houve uma grande ampliação das clientelas da Previdência Social, tendo como exemplos dessa extensão: a) a inclusão dos maiores de 70 anos e inválidos que, em algum período, tinham contribuído para a Previdência Social ou exercido qualquer atividade a ela vinculada, mesmo sem terem contribuído; b) a concessão dos benefícios aos trabalhadores rurais acidentados no trabalho; c) a extensão dos benefícios às empregadas domésticas e trabalhadores autônomos, desde que contribuintes do sistema; e d) a inclusão do salário-maternidade que, até então, era de responsabilidade da empresa. Ao mesmo tempo, o modelo de desenvolvimento que o país tinha adotado concentrava renda e não distribuía benefícios sociais, prejudicando, assim, a saúde da população. O Sistema de Saúde implantado era irracional, tendo em vista que gastava mais do que arrecadava, e, como consequência, não atendia adequadamente às necessidades da população. Foi adotado pela ditadura militar um Sistema que priorizava nas suas escolhas os interesses particulares em detrimento do público, excluindo a sociedade de qualquer tipo de participação e criando um Sistema de Saúde de uma qualidade bastante deficitária.

De acordo com Neto (1994), este cenário propiciou o surgimento do chamado Movimento Sanitário[1] que, inicialmente, tinha como fundamento denunciar os efeitos do modelo econômico sobre a saúde da população e a irracionalidade do Sistema de Saúde então implantado. Com o seu amadurecimento, o movimento foi ampliando-se, incorporando parlamentares, lideranças políticas, sindicais e populares, tendo como objetivo a apresentação de propostas construtivas como alternativas para que fosse implementada uma transformação no Sistema de Saúde vigente.

No I Simpósio Nacional de Política de Saúde, que ocorreu no ano de 1979, promovido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, os sanitaristas, que foram representados pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), expuseram e debateram pela primeira vez, suas propostas de reorientação do sistema de saúde, que na época já se chamava Sistema Único de Saúde. Tais propostas foram baseadas em práticas bem sucedidas em outros países

[1] Movimento que teve o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil.

que sugeriam, além da democratização geral da sociedade, a universalização do direito à saúde, um sistema de saúde racional, de natureza pública, descentralizado, integrado às ações curativas e preventivas e democráticas, com participação da população. Essas propostas serviram de embasamento para as reclamações da população e dos profissionais e técnicos comprometidos com a saúde e, a partir de então, o Governo começou a levar em consideração muitas dessas ideias.

Consoante Neto (1994), passado o regime militar e com o surgimento da Nova República, no ano de 1985, houve a intensificação dos movimentos sociais, ocasionando discussões mais amplas acerca dos direcionamentos a serem dados ao Sistema de Saúde. Até que, em 1986, em Brasília, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada como um fato marcante e fundamental para a questão da saúde no Brasil. Nessa Conferência foi aprovado um relatório cujas recomendações passaram a construir o projeto da Reforma Sanitária Brasileira. O princípio básico dessa reforma foi passar a considerar que a Saúde é um direito de todos e dever do Estado e, a partir desse princípio, entender que a saúde é o resultado das condições de vida das pessoas. Sendo assim, para se ter saúde não é preciso somente de assistência médica que propicie o acesso da população a um sistema de saúde digno e de qualidade, mas, fundamentalmente, do acesso das pessoas ao emprego, à educação, à habitação e saneamento básico, a transporte adequado, a uma boa alimentação, à cultura e ao lazer.

Segundo Sguario (2008), as propostas apresentadas pela Reforma Sanitarista alcançaram o seu propósito mais relevante com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei Nº 8.080/1990, no seu Art. 4º. Em maio de 1993, com a publicação da Norma Operacional Básica Nº 1, foram estabelecidos normas e procedimentos para a efetivação do processo de descentralização das ações e dos serviços de saúde, a partir das recomendações do Conselho Nacional de Saúde. O SUS é considerado "único" pelo fato de toda a sua composição ter a mesma doutrina, a mesma filosofia de atuação em todo o território nacional e ser organizado de acordo com uma mesma sistemática. É um sistema formado por várias instituições pertencentes a todos os níveis de governo (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), e pelo setor privado contratado e conveniado, fazendo parte de uma mesma estrutura. Com isso, o serviço privado, quando contratado pelo SUS, deve atuar como se fosse público, seguindo as mesmas normas do serviço público. A operacionalização das diretrizes

do Sistema vem sendo discutida desde a sua criação até os dias atuais, tendo sido uma tarefa cotidiana dos estados e municípios brasileiros, tendo em vista que eles enfrentam obstáculos de toda ordem, tais como: dificuldades de financiamento; disputa de grupos com interesses divergentes; insuficiência de capacidade gerencial; experiência ainda recente com os processos de descentralização e democratização; insuficiência de mecanismos jurídicos para a regulamentação da rede privada; formação de recursos humanos com perfil diferente daquele demandado pelo novo sistema; dentre vários outros.

Segundo a organização formal do SUS, os seus níveis de atenção à saúde são divididos em Serviços de Alta Complexidade, de Média Complexidade e o de Atenção Básica. Nos serviços de Alta Complexidade são realizados procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo e geralmente realizados em âmbito hospitalar. Nos serviços de Média Complexidade são realizados procedimentos, atendimentos e exames especializados, nos ambulatórios de especialidades, laboratórios clínicos ou hospitais. Já o nível de Atenção Básica é constituído por uma rede formada por postos de saúde, unidades básicas de saúde e centros de saúde, tendo como função principal o desenvolvimento de ações nas especialidades básicas.

A meta perseguida pelo SUS é fazer com que os serviços de Atenção Básica alcancem todos os municípios brasileiros, sendo que as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde são responsáveis pela sua execução e o seu financiamento, enquanto que o Ministério da Saúde, além de ser responsável pelo seu financiamento, tem também o papel de elaborar as normas regulamentadoras dos serviços prestados. Os municípios têm ainda o dever de assegurar a cobertura universal da população aos serviços básicos de saúde, fazendo com que a Atenção Básica seja a porta de entrada do cidadão ao Sistema Único de Saúde.

Diante desta perspectiva, o Ministério da Saúde (MS), no ano de 1993, criou o Programa Saúde da Família (PSF), tendo como objetivo a implementação da ideia de fazer com que a Atenção Básica fosse priorizada.

O PSF viria romper com o hospitalocentrismo a que a sociedade brasileira estava acostumada, priorizando o vínculo médico-paciente. Segundo o Ministério da Saúde (1997), o PSF elegeu como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-resposabilidade entre profissionais de saúde e a população, revertendo a

ótica do modelo assistencial até então vigente. Por isso, sua compreensão só foi possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios.

Neste sentido, a família passou a ser o objeto principal de sua atuação, compreendida diante do ambiente em que vive. Por meio deste contato direto com o paciente os profissionais de saúde teriam um entendimento ampliado do processo saúde/doença. Os profissionais de saúde teriam que ter um olhar técnico e político mais ousado no que tange a realidade dos indivíduos.

No entanto, o programa foi implementado no período em que se adotava em grande parte do mundo ocidental a ideologia neoliberal, onde as ações do Estado deveriam ser mínimas, "Estado Mínimo", com a ocorrência de retrações dos orçamentos sociais e de infra-estrutura de desenvolvimento, e com o emprego de programas focais e de baixo custo.

Segundo Santos,

> O contexto da orientação política dos últimos dezesseis anos afetou o processo de construção do SUS profundamente: ao drástico sub-financiamento, sucedeu-se a precarização da remuneração e das relações de trabalho e uma verdadeira onda de privatizações privatizantes e inconseqüentes. O pensamento econômico dos gastos mínimos com a questão social e de focalização apenas na atenção básica de baixo custo e baixa potência estruturante tem sido uma das maiores barreiras à implementação do ideário da Reforma Sanitária Brasileira e dos princípios e diretrizes da ***integralidade***, da ***igualdade***, da ***regionalização*** e da ***participação da comunidade na formulação das políticas e estratégias.*** (2007: 431)

O Programa, de acordo com Rosa e Labate (2005), apresentou dificuldades para se consolidar como uma estratégia de política universal, tendo em vista que no momento de sua implementação os governos então vigentes deram um caráter focalista as suas ações.

No governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), o PSF foi implementado em alguns municípios tendo um caráter focalista. Pois,

> Dentro dos preceitos neoliberais justifica-se a implantação de políticas sociais focalizadas fazendo com que o Estado atue minimamente aos comprovadamente pobres e o restante da população teria 'liberdade' de escolher quem será o prestador de serviço. (Sguario, 2008: 92)
>
> Existem evidências de que a agenda de reforma social do governo Fernando Henrique Cardoso foi concentrada no fortalecimento e consolidação de programas focais para a redução da pobreza, na reforma previdenciária e na regulação das transferências federais na educação (Fundeb) e na saúde (Piso da Atenção Básica e Programa de Saúde da Família). Melo afirma que tanto a redução da pobreza como a vinculação de recursos para saúde e educação foram os compromissos críveis de alocação de recursos nas áreas sociais que podem ser associados à segunda geração de reformas macroeconômicas. (Costa, 2009:700)

Para Costa, "FHC em seu governo aderiu à agenda da focalização e ao mesmo tempo, ampliou a descentralização federativa na saúde e na educação" (2009:701). Durante os oito anos de governo FHC houve uma imposição dos preceitos neoliberais na área social do país, subordinando a proteção social ao ajuste macroeconômico.

Para Pereira (2005), o governo FHC não compartilhava explicitamente do princípio doutrinário da universalidade do direito à saúde e preconizava a política focalizada da receita neoliberal. Durante a 62ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 05.02.1997, ele afirmou:

> (...) no meu modo de entender, é prioritária a reconstituição de um sistema público de saúde, dos hospitais universitários, dos hospitais públicos e das Santas Casas, em que há tanta dificuldade muitas vezes, para que nós

> possamos efetivamente ter uma estrutura que garanta o atendimento àqueles que não têm recursos. Os que têm recursos crescentemente usarão outros mecanismos e os seguros de saúde, mecanismos existentes em todas as sociedades e que deverão, por conseqüência, diminuir o peso sobre o SUS. (...) Eu acho que os que dispõem de recursos não têm por que apelar para a gratuidade da saúde, se eles têm condições de pagar um seguro.

Ainda segundo Pereira (2005), apesar do neoliberalismo, houve algumas mudanças relevantes que se materializaram, no período de 1995 a 2002, concernentes ao gasto federal com saúde. Entre essas mudanças, podem ser destacadas: o alargamento de transferência fundo a fundo para estados e municípios e o maior peso imputado aos gastos com a Atenção Básica. Mesmo diante dessa ampliação dos serviços de atenção básica, os municípios ficaram vinculados aos repasses dos recursos que seriam feitos de acordo com os programas (Saúde da Família e os Programas de Agentes Comunitários), diminuindo dessa forma o poder de decisão de estados e municípios quanto à alocação de recursos.

1.2. Programa Saúde da Família – PSF: Uma ação articulada

O Programa Saúde da Família tem uma concepção diferente daquelas adotadas nos demais programas do Ministério da Saúde devido às suas peculiaridades, tendo em vista não ser uma intervenção vertical e paralela nas atividades dos serviços de saúde. Indo de encontro aos demais programas, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, tendo como propósito propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados.

O Programa Saúde da Família tem por objetivo geral:

> Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. Ministério da Saúde (1997: 10)

E oito objetivos específicos:

> - Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita;
>
> - Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
>
> - Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
>
> - Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
>
> - Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
>
> - Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
>
> - Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida; e
>
> - Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social. Ministério da Saúde (1997: 10)

A unidade pública de saúde destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção, é denominada de Unidade de Saúde da Família. Esta corresponde aos estabelecimentos denominados de Centros de Saúde, de acordo com a classificação do Ministério da Saúde e é caracterizada como porta de entrada do sistema local de saúde. A equipe de Saúde da Família é formada de acordo com as seguintes características: a capacidade instalada da unidade de saúde, a população a ser assistida, os determinantes a serem enfrentados no processo saúde/doença, a integridade da atenção e as possibilidades locais. Segundo recomendação do Ministério da Saúde, a composição mínima de uma equipe de Saúde da Família é constituída por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), devendo estes últimos residir nas suas respectivas áreas de

atuação, com o intuito de garantir a vinculação e a identidade cultural com as famílias sob a sua responsabilidade.

Atualmente, as equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde, sendo que, quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (Departamento de Atenção Básica – DAB/MS, 2011). Esta equipe de Saúde da Família realiza o cadastramento das famílias por meio de visitas aos domicílios e de acordo com a sua área de atuação pré-estabelecida anteriormente. Durante as visitações são identificadas as situações das famílias, tais como: a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde essas famílias estão inseridas. Fazendo-se esta análise inicial da situação de saúde local e de seus determinantes, os profissionais e gestores colhem as informações iniciais necessárias para a realização de um planejamento das ações a serem desenvolvidas.

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, 4 mil habitantes, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde (DAB/MS, 2011).

Quanto ao recrutamento, à seleção e à contratação de recursos humanos, o município tem o dever de planejar e executar o processo de seleção e recrutamento dos profissionais, tendo como base a definição da composição de suas equipes. Para a realização dessas contratações, o município tem o apoio da assessoria da Secretaria de Estado e ou instituição de formação de recursos humanos, devendo ser dada atenção a identificação do perfil profissional, não apenas em termos de exigências legais, mas de proximidade com o campo de atuação específico do PSF. Existem várias formas de seleção que podem ser utilizadas, isoladamente ou associadas, dentre elas, destacam-se as seguintes:

a) prova escrita ou de múltipla escolha, contemplando o aspecto de assistência integral à família (do recém-nascido ao idoso), com enfoque epidemiológico;

b) prova prática de atendimento integral à saúde familiar e comunitária;

c) prova teórico-prática de descrição do atendimento a uma situação simulada;

d) entrevista, com caráter classificatório, visando à seleção de profissionais com perfil adequado; e

e) análise de currículo, sobretudo referente às atividades afins às propostas contidas no PSF, também com o intuito de avaliar a experiência e o perfil adequados para o exercício da função.

Quanto às atribuições das equipes de Saúde da Família, as atividades das mesmas são desenvolvidas de forma dinâmica, contendo avaliação permanente por meio do acompanhamento dos indicadores de saúde de cada área de atuação, devendo este pessoal estar preparado para:

> - conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
>
> - identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta;
>
> - elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença;
>
> - prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde;
>
> - resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contra-referência, os principais problemas detectados;
>
> - desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos;
>
> - promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados. Ministério da Saúde (1997: 14)

A atuação das equipes de Saúde da Família é baseada nas unidades básicas de saúde e inclui as atividades de:

1. Visita Domiciliar, devendo a equipe realizar visitas programadas ou voltadas ao atendimento de demandas espontâneas, segundo critérios epidemiológicos e de identificação de situações de risco. Neste caso, o acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde em microáreas, selecionadas no território de responsabilidade das unidades de Saúde da Família,

representa um componente facilitador para a identificação das necessidades e racionalização do emprego dessa modalidade de atenção;

2. Internação Domiciliar, tendo como característica a não substituição da internação hospitalar tradicional, devendo ser sempre utilizada no intuito de humanizar e garantir maior qualidade e conforto ao paciente. Esta atividade somente deve ser realizada quando o paciente reunir as condições clínicas e familiares necessárias; e

3. Participação em Grupos Comunitários, discutindo os temas relativos ao diagnóstico e as alternativas para a resolução dos problemas identificados como prioritários pelas comunidades.

Relativamente às características e atribuições dos profissionais formadores das equipes de Saúde da Família, podem ser enumerados os seguintes aspectos:

1) Características e Atribuições do Médico de Saúde da Família – o médico do PSF deve ser um generalista, de preferência, atendendo a todos os componentes das famílias, independentemente de sexo e idade. Esse profissional deve ter o comprometimento com a pessoa, inserida em seu contexto biopsicossocial, e não com um conjunto de conhecimentos específicos ou grupos de doenças. Sua atuação não deve ser restrita a problemas de saúde rigorosamente definidos, devendo procurar compreender a doença em seu contexto pessoal, familiar e social. A convivência contínua lhe propicia esse conhecimento e o aprofundamento do vínculo de responsabilidade para a resolução dos problemas e manutenção da saúde dos indivíduos. As atribuições básicas deste profissional têm como objetivos:

- prestar assistência integral aos indivíduos sob sua responsabilidade;

- valorizar a relação médico-paciente e médico-família como parte de um processo terapêutico e de confiança;

- oportunizar os contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando abordar os aspectos preventivos e de educação sanitária;

- empenhar-se em manter seus clientes saudáveis, quer venham às consultas ou não;

- executar ações básicas de vigilância epidemiológica e sanitária em sua área de abrangência;

> - executar as ações de assistência nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador, ao adulto e ao idoso, realizando também atendimentos de primeiros cuidados nas urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais, entre outros;
>
> - promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente seja mais saudável;
>
> - discutir de forma permanente - junto à equipe de trabalho e comunidade - o conceito de cidadania, enfatizando os direitos à saúde e as bases legais que os legitimam;
>
> - participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das unidades de Saúde da Família. Ministério da Saúde (1997: 15)

2) Características e Atribuições do Enfermeiro de Saúde da Família – o enfermeiro do PSF desenvolve seu processo de trabalho em dois campos essenciais: na Unidade de Saúde, junto à equipe de profissionais, e na Comunidade, apoiando e supervisionando o trabalho dos ACS, bem como assistindo às pessoas que necessitam de atenção de enfermagem. As atribuições básicas deste profissional têm como objetivos:

> - executar, no nível de suas competências, ações de assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e ao idoso;
>
> - desenvolver ações para capacitação dos ACS e auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções junto ao serviço de saúde;
>
> - oportunizar os contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde e abordar os aspectos de educação sanitária;
>
> - promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável;
>
> - discutir de forma permanente, junto a equipe de trabalho e comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
>
> - participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das unidades de Saúde da Família. Ministério da Saúde (1997: 16)

3) Características e Atribuições do Auxiliar de Enfermagem de Saúde da Família – este profissional tem as suas ações desenvolvidas nos espaços da Unidade de Saúde, no Domicílio e na Comunidade. Suas atribuições básicas têm como objetivos:

- desenvolver, com os Agentes Comunitários de Saúde, atividades de identificação das famílias de risco;

- contribuir, quando solicitado, com o trabalho dos ACS no que se refere às visitas domiciliares;

- acompanhar as consultas de enfermagem dos indivíduos expostos às situações de risco, visando garantir uma melhor monitoria de suas condições de saúde;

- executar, segundo sua qualificação profissional, os procedimentos de vigilância sanitária e epidemiológica nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, bem

como no controle da tuberculose, hanseníase, doenças crônicodegenerativas e infecto-contagiosas;

- participar da discussão e organização do processo de trabalho da unidade de saúde. Ministério da Saúde (1997: 17)

4) Características e Atribuições do Agente Comunitário de Saúde da Família – este profissional desenvolve suas ações nos domicílios de sua área de responsabilidade e junto à unidade para programação e supervisão de suas atividades. Suas atribuições básicas têm como objetivos:

- realizar mapeamento de sua área de atuação;

- cadastrar e atualizar as famílias de sua área;

- identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;

- realizar, através de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;

- coletar dados para análise da situação das famílias acompanhadas;

- desenvolver ações básicas de saúde nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças;

- promover educação em saúde e mobilização comunitária, visando uma melhor qualidade de vida mediante ações de saneamento e melhorias do meio ambiente;

> - incentivar a formação dos conselhos locais de saúde;
>
> - orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde;
>
> - informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades;
>
> - participação no processo de programação e planejamento local das ações relativas ao território de abrangência da unidade de Saúde da Família, com vistas à superação dos problemas identificados. Ministério da Saúde (1997: 17)

Segundo Fontinele (2008), o Programa veio com intenção subjetiva de reorganizar a prática da Atenção à Saúde, rompendo com as práticas tradicionais e trazendo em seu bojo o foco na família. Mas a implementação do PSF trouxe o estigma de uma política focalizada.

1.3. O PSF na atual conjuntura

Segundo Bravo (2009), a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva aflorou na sociedade a esperança de que as políticas sociais, mais especificamente, a de saúde, concebida pelo movimento de Reforma Sanitária, fosse fortalecida. No entanto, o governo Lula manteve a polarização entre dois projetos. O projeto sanitarista e o projeto de saúde articulado ao mercado privatista, sendo que, em algumas proposições tentou fortalecer o primeiro projeto e em outras manteve o segundo, quando as ações enfatizavam a focalização e o desfinanciamento.

Segundo Pereira, “as diretrizes da política neoliberal perpetuam-se no atual governo – com o aprofundamento do ajuste fiscal e o corte em gastos sociais - aprofundando a desconstrução do projeto de Seguridade Social delineado nos anos 1980”. (2005: 20)

De acordo com Bravo,

> Pode-se afirmar, entretanto, que as propostas e reformas defendidas pelo governo Lula após o seu primeiro governo, dão seqüência a contra-reforma do Estado iniciada na gestão de Fernando Henrique Cardoso (FHC),

> encolhendo o espaço público democrático dos direitos sociais e ampliando o espaço privado- não só nas atividades ligadas à produção econômica, mas também no campo dos direitos sociais. (2008: 17)

A sociedade, crítica ao poder vigente, elegeu Lula na esperança que o mesmo fizesse profundas mudanças nas políticas sociais, mas aquele governo manteve, por meio de suas ações, a polarização entre os dois projetos, o sanitarista e o privatista, mesmo que em seu primeiro mandato tenha se comprometido a incorporar na agenda política o fortalecimento do Projeto da Reforma sanitária, conservando através de seus atos ações que grifaram a focalização e o desfinanciamento.

Ainda segundo Bravo,

> Com relação à estrutura do Ministério destaca-se a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde que tem como função formar recursos humanos para a saúde e regulamentar as profissões e o mercado de trabalho na área. A criação desta secretaria busca enfrentar a questão de recursos humanos para o SUS que é um grande problema de estrangulamento do sistema. Ressalta-se, entretanto que, uma das medidas fundamentais para a questão de recursos humanos refere-se à NOB de Recursos Humanos e esta ainda não foi implementada. (2007: 16)

Neste período, foi criada a Secretaria de Atenção a Saúde que tem como suas principais ações participar da formulação e implementação das políticas de atenção básica e especializada, observando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Também foi criada a Secretaria de Gestão Participativa a qual compete formular e implementar a política de gestão democrática e participativa do Sistema Único de Saúde – SUS e fortalecer a participação social, apoiando o processo de controle social do SUS, para o fortalecimento da ação dos conselhos de saúde.

O que se viu foi que a política de saúde no governo Lula teve a influência da política macroeconômica. Segundo Bravo, "As questões centrais não estão sendo enfrentadas, tais como: a universalização das ações; o financiamento efetivo; a política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Política Nacional de Medicamento". (2008: 19).

De acordo com Menicucci (2011), a focalização na saúde manifestou-se no interior de uma concepção universalista, tratando, de forma estratégica, a ideia da implantação de universalização como um direito.

No segundo mandato do Presidente Lula, foi concebido um Programa de Governo contendo 13 pontos destinados à Saúde, dando continuidade aos programas criados no primeiro mandato, porém sem muitas inovações, com ênfase no aprofundamento e no aperfeiçoamento dos aspectos básicos do SUS. Dentre as inovações, foi criado o Programa Mais Saúde que tem como aspectos mais significativos: a reiteração do elo entre saúde e desenvolvimento socioeconômico; a necessidade de articulação da saúde com outras políticas públicas; e a percepção da importância do setor sob o ponto de vista da geração de emprego, renda e produção.[2]

Além do Programa Mais Saúde, a agenda social do segundo mandato contemplou o reforço à Atenção Básica por meio da expansão do PSF, onde foram criadas, entre 2007 e 2008, 2.500 novas equipes de Saúde da Família; em 2008, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) como estratégia para ampliar a abrangência e a diversidade das ações das Equipes Saúde da Família, dispondo de estrutura física adequada para atendimento e profissionais de diferentes áreas de saúde, tais como: médicos (ginecologistas, pediatras e psiquiatras), professores de educação física, nutricionistas, acupunturistas, homeopatas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.[3]

Durante o governo Lula, diante da meta de consolidação da Atenção Básica com a expansão do Programa Saúde da Família e a sua rede básica de saúde, mediante a efetivação

---

[2] Menicucci (2011)

3 Idem

de uma política resolutiva, integral e humanizada, foram criadas Ações de Governo voltadas para a consecução desses desafios, dentre as quais podem ser destacadas:

a) o Apoio à Gestão Descentralizada da Atenção Básica nos Municípios, tendo o objetivo de "ampliar as condições existentes nos municípios e nos estados para a gestão e execução de ações e serviços básicos de saúde." (Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/MPOG - Secretaria de Orçamento Federal/SOF, 2005);

b) o Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, com a finalidade de:

> fornecer informações relevantes, ágeis e precisas sobre a atenção básica; fomentar o desenvolvimento de capacidade técnica e instrumentos que possibilitem a análise de dados e a tomada de decisão nas três instâncias de gestão; consolidar e analisar dados referentes à atenção básica para avaliar seu desempenho; monitorar e avaliar as estratégias PACS e PSF; monitorar a resolutividade da atenção básica para instrumentalizar a gestão; fomentar estratégias de pactuação de metas e indicadores da atenção básica nos três níveis do SUS; garantir o pacto de indicadores como ferramenta fundamental para a estratégia de pactuação; garantir acesso aos bancos de dados importantes para o monitoramento e avaliação da atenção básica; implantar o processo de planejamento estratégico da informação da atenção básica como elemento de articulação intersetorial; desenvolver estratégias de disseminação das informações da atenção básica; conduzir o processo de discussão para definição de critérios e parâmetros de qualificação da atenção básica; identificar a necessidade, fomentar e estimular estudos avaliativos para atenção básica. (MPOG - SOF, 2005);

c) a Atenção Básica em Saúde Bucal, tendo a finalidade de "ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira." (MPOG - SOF, 2005);

d) a Expansão e Consolidação da Saúde da Família, tendo o objetivo de "promover a reorganização da atenção básica de acordo com os princípios da estratégia Saúde da Família e avaliar a sua expansão e consolidação." (MPOG - SOF, 2005);

e) a Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde, com a finalidade de "garantir o atendimento da população rural e urbana na rede de atenção básica de saúde, assim como assegurar sua resolutividade, de forma articulada com os outros níveis de

atenção, visando à integralidade das ações e à redução das desigualdades regionais.” (MPOG - SOF, 2005); e

f) o Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso de Atenção Básica – PAB para a Saúde da Família, tendo a finalidade de “estimular a implantação de equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde e equipes de saúde bucal, nos municípios, visando à reorientação das práticas assistenciais básicas, com ênfase nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.” (MPOG - SOF, 2007). Esta parte variável do PAB foi criada com o intuito de incentivar o desenvolvimento de ações específicas da Atenção Básica, destacando-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Programa Saúde da Família (PSF), a Assistência Farmacêutica Básica, o Combate às Carências Nutricionais, as Ações Básicas de Vigilância Sanitária e as Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental. Novos incentivos foram incorporados à parte variável do PAB, mais recentemente, tais como: as Ações Básicas à Saúde dos Povos Indígenas, Saúde Bucal e Ações Básicas de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária.

No que diz respeito às obrigações de cada ente federativo para com o PSF, foi estabelecida uma divisão de responsabilidades das Esferas Governamentais Gestoras em Atenção Básica, a qual se encontra disposta a seguir:

> **“Federal**
>
> - Elaborar as diretrizes da política nacional de atenção básica;
>
> - Co-financiar o sistema de atenção básica;
>
> - Ordenar a formação de recursos humanos;
>
> - Propor mecanismos para a programação, controle, regulação e avaliação da atenção básica;
>
> - Manter as bases de dados nacionais.
>
> **Estadual**
>
> - Acompanhar a implantação e execução das ações de atenção básica em seu território;
>
> - Regular as relações inter-municipais;

- Coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território;

- Co-financiar as ações de atenção básica;

- Auxiliar na execução das estratégias de avaliação da atenção básica em seu território.

Municipal

- Definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território;

- Contratualizar o trabalho em atenção básica;

- Manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento (gestão e gerência);

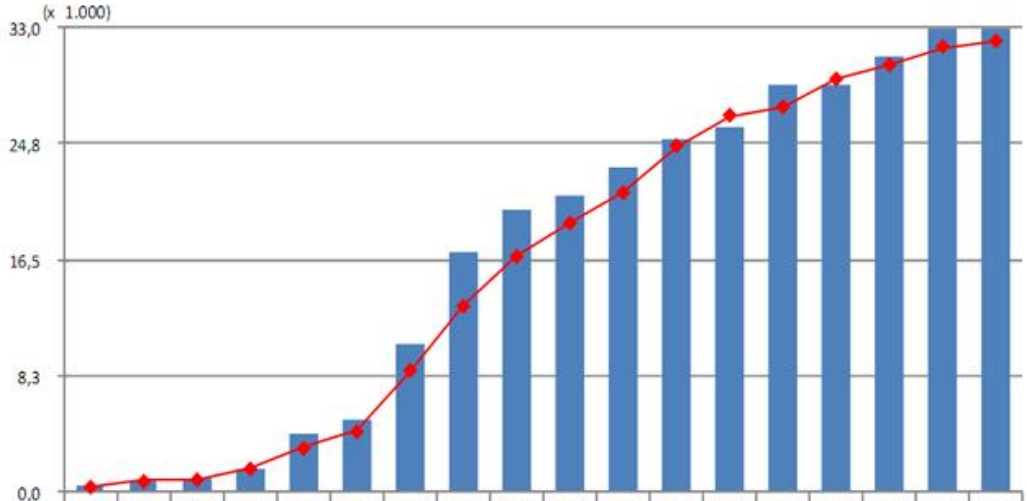
- Co-financiar as ações de atenção básica;

- Alimentar os sistemas de informação;

- Avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão." (Departamento de Atenção Básica – DAB/MS, 2011)

Quanto à evolução do PSF no Brasil ao longo dos anos, desde a sua criação, seguem abaixo alguns gráficos extraídos do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, do Departamento da Atenção Básica – DAB/MS:

Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas
BRASIL - 1994 – AGOSTO 2011

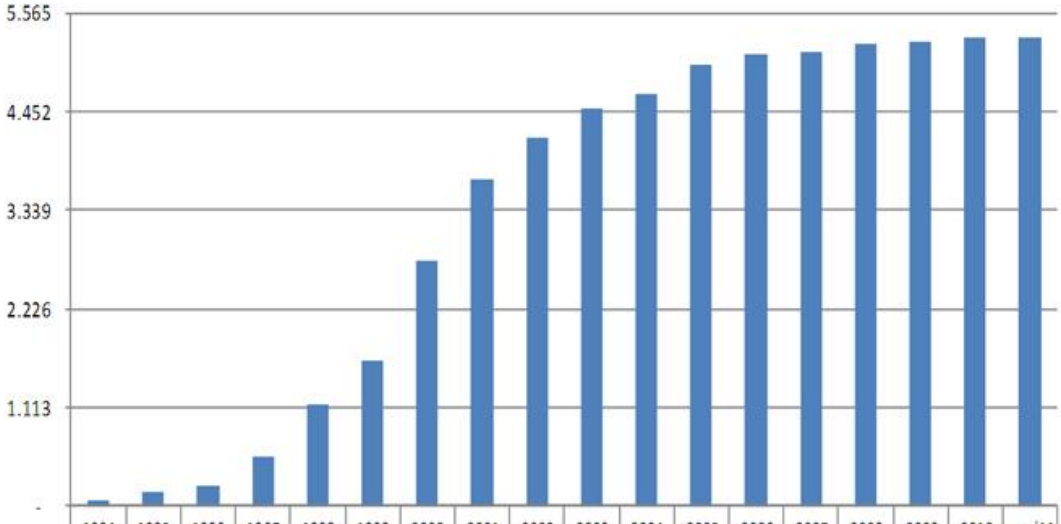


	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	ago/11
META	0,3	0,7	0,8	1,6	4,0	5,0	10,5	17,0	20,0	21,0	23,0	25,0	26,0	29,0	29,0	31,0	33,0	33,0
REALIZADO	0,3	0,7	0,8	1,6	3,1	4,3	8,6	13,2	16,7	19,1	21,2	24,6	26,7	27,3	29,3	30,3	31,6	32,0

FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

A partir das informações do gráfico acima, pode-se dizer que nos quatro primeiros anos do PSF, de 1994 até 1997, o número de equipes implantadas foi estabelecido de acordo com a meta estipulada. No entanto, de 1998 até 2005, 2007, 2009, 2010 e 2011 (até o mês de agosto), as metas estipuladas não foram alcançadas, porém sempre permanecendo com os números bem próximos das metas. Já nos anos de 2006 e 2008, a implantação de equipes de saúde da família foi além das metas estipuladas.

Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas
BRASIL - 1994 – AGOSTO 2011



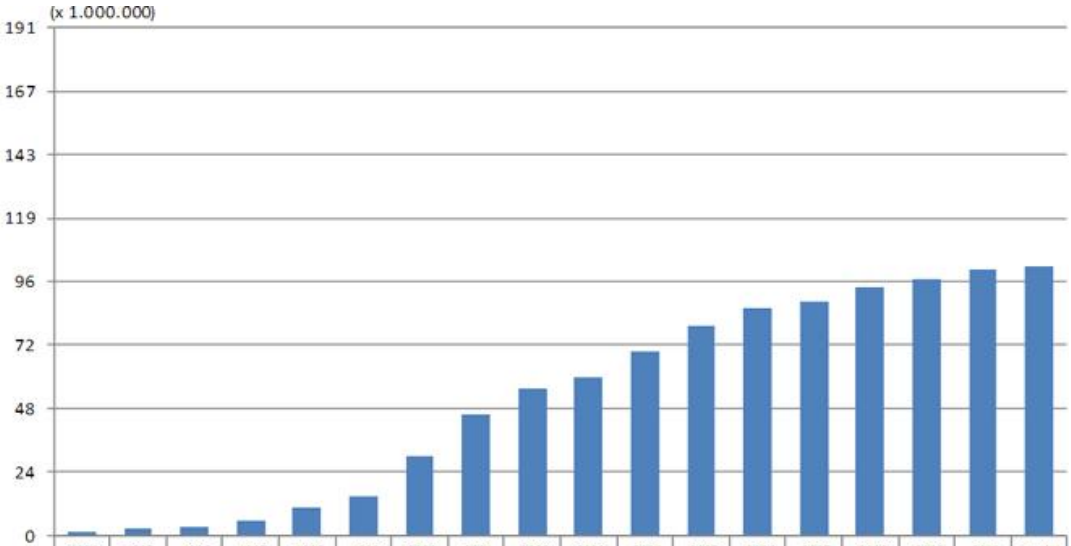
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	ago/11
Nº MUNICÍPIOS	55	150	228	567	1.134	1.647	2.766	3.684	4.161	4.488	4.664	4.986	5.106	5.125	5.235	5.251	5.294	5.284

FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

No que diz respeito ao número de municípios que possuem Equipes de Saúde da Família implantadas, nota-se pelo gráfico acima o seu constante crescimento, principalmente entre os anos de 1997 e 2000, quando saltou de 567 para 2.766 equipes, correspondendo a um acréscimo de aproximadamente 488%. No ano de 2010, as equipes foram implantadas em 95% dos municípios brasileiros.

Quanto à evolução da população coberta por equipes implantadas que se encontra no gráfico a seguir, percebe-se que no seu primeiro ano, em 1994, estas equipes cobriram 1,1 milhões de pessoas e até agosto de 2011, este número correspondeu a 101,3 milhões. O maior crescimento registrado foi entre 1997 e 2000, quando saltou de 5,6 milhões de pessoas para 29,7 milhões, correspondendo a um acréscimo de aproximadamente 530%.

Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família Implantadas
BRASIL - 1994 – AGOSTO 2011



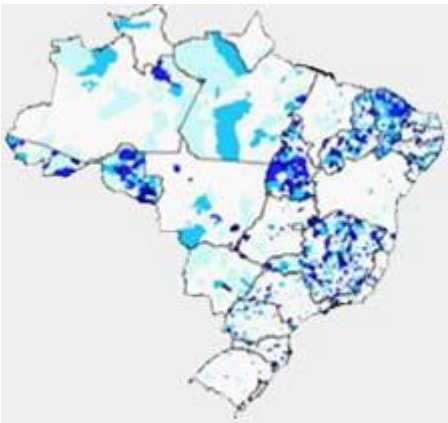
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	ago/11
Pop. Coberta	1,1	2,5	2,9	5,6	10,6	14,7	29,7	45,4	54,9	59,7	69,1	78,6	85,7	87,7	93,2	96,1	100,1	101,3

FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

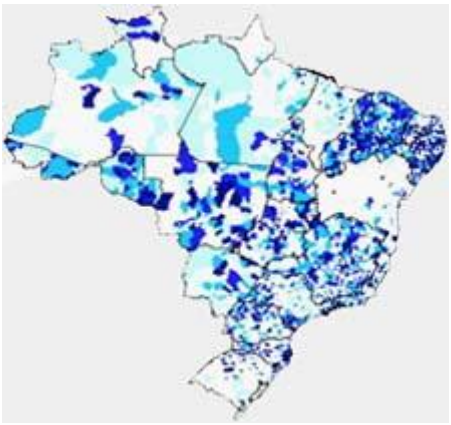
Segue abaixo a evolução da implantação das Equipes de Saúde da Família no Brasil, ano a ano, a partir de 1998 até agosto de 2011, de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, do Departamento da Atenção Básica – DAB/MS:

1998

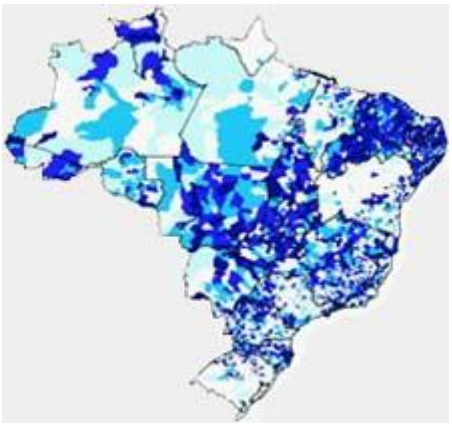
1999



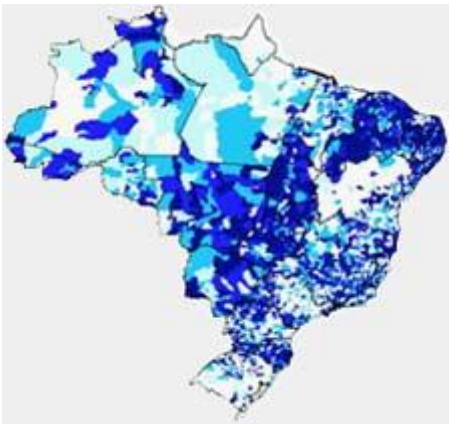
2000



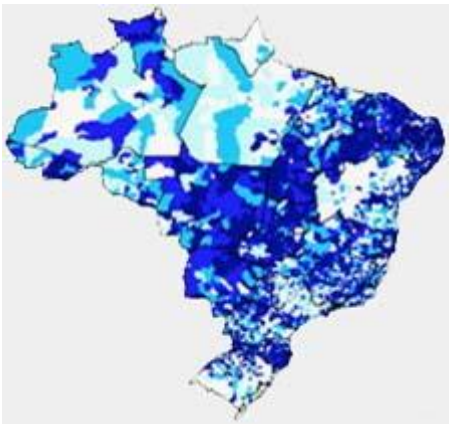
2001



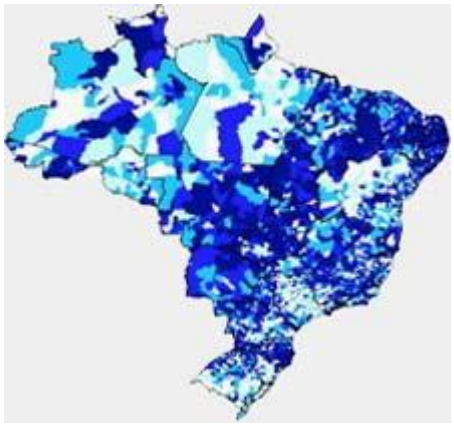
2002



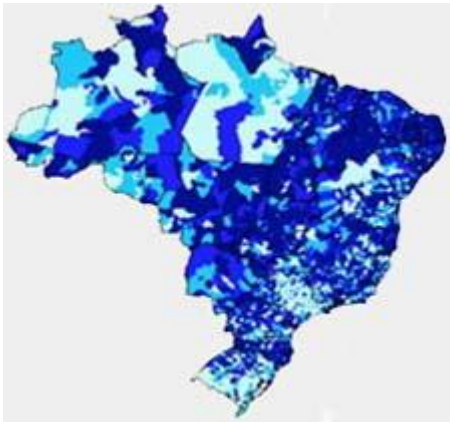
2003



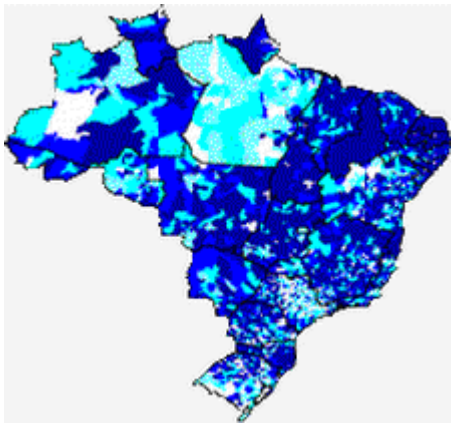
2004



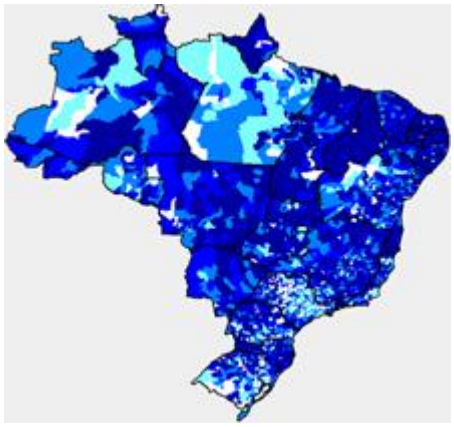
2005



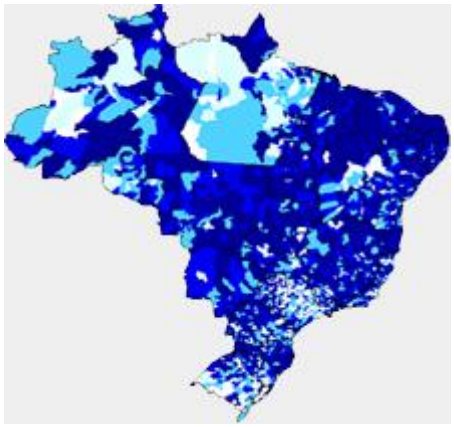
2006



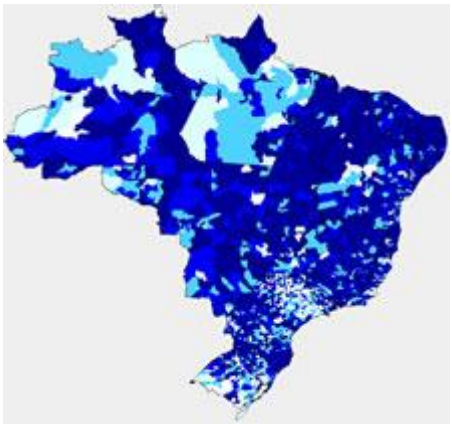
2007



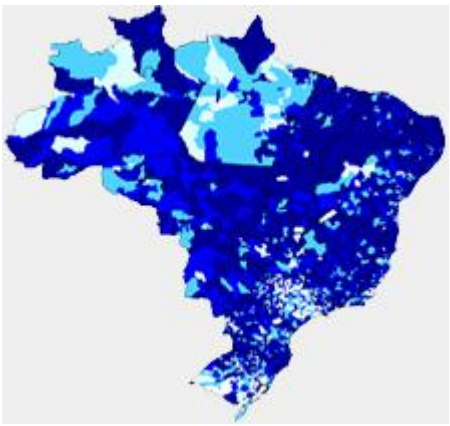
2008



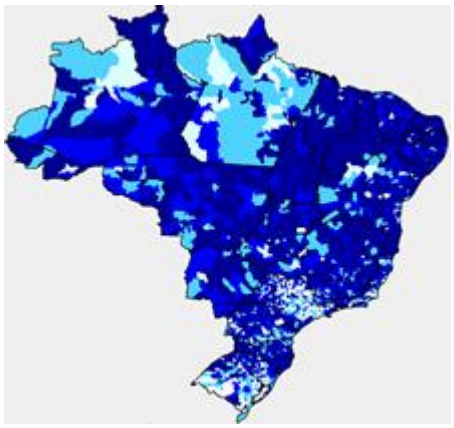
2009



2010

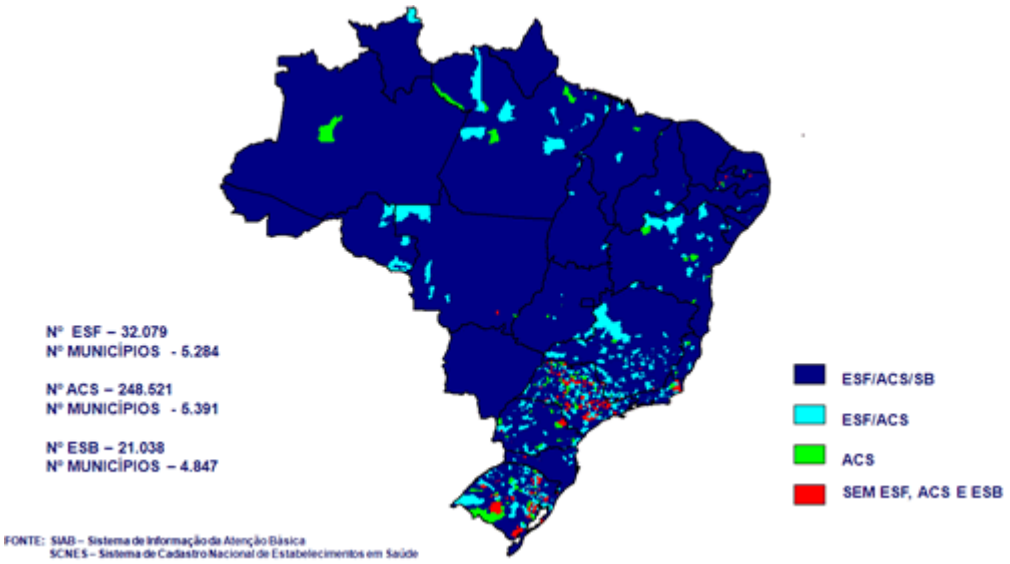


2011



A partir dos gráficos acima, pode-se extrair que com a evolução ocorrida na implantação das equipes de saúde da família no Brasil, atualmente temos, na grande maioria das regiões, os seus municípios cobertos com uma variação de 50 a 100% de cobertura.

Em seguida, temos o gráfico que exprime a Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde no Brasil, em Agosto de 2011:



Conforme mostra o gráfico acima, o número de Equipes do Programa Saúde da Família implantadas está em 32.079, atingindo 5.284 municípios brasileiros, correspondendo a aproximadamente 95% do total.

O número de Agentes Comunitários de Saúde é de 248.521 indivíduos, distribuídos em 5.391 municípios, correspondendo a aproximadamente 97% do total. Nota-se que existe uma quantidade considerável de municípios, principalmente nas regiões Sudeste e Sul do país, que possuem somente as Equipes de Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde e que há ainda uma pequena quantidade de municípios recebendo somente os Agentes Comunitários de Saúde.

O número de Equipes de Saúde Bucal é de 21.038, chegando a 4.847 municípios brasileiros, correspondendo a aproximadamente 87% do total.

Os municípios que não possuem as Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e os Agentes Comunitários de Saúde, de acordo com o gráfico, se encontram principalmente nos Estados de São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul.

A seguir, tem-se a evolução dos resultados físico e financeiro alcançados com a Implantação de Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde no Brasil, entre os anos de 2003 e 2009, de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, do Departamento da Atenção Básica – DAB/MS:

Resultados alcançados em 2003 (físico e financeiro)

Descrição	Equipes de Saúde da Família	Equipes de Saúde Bucal	Agentes Comunitários de Saúde
Total de Equipes/Agentes de Saúde implantados	19 mil	6,2 mil	184,3 mil
Total de Municípios cobertos	4,4 mil	2,8 mil	5,1 mil
População Coberta	35,7% da população brasileira, correspondendo a cerca de 62,3 milhões de pessoas	20,5% da população brasileira, correspondendo a cerca de 35,8 milhões de pessoas	54% da população brasileira, correspondendo a cerca de 94 milhões de pessoas

Resultados alcançados em 2004 (físico e financeiro)

Descrição	Equipes de Saúde da Família	Equipes de Saúde Bucal	Agentes Comunitários de Saúde
Total de Equipes/Agentes de Saúde implantados	21,3 mil	8,9 mil	192,7 mil
Total de Municípios cobertos	4,6 mil	3,2 mil	5,1 mil
População Coberta	39% da população brasileira, correspondendo a cerca de 69,1 milhões de pessoas	26,6% da população brasileira, correspondendo a cerca de 47 milhões de pessoas	55,5% da população brasileira, correspondendo a cerca de 94 milhões de pessoas

Resultados alcançados em 2005 (físico e financeiro)

Descrição	Equipes de Saúde da Família	Equipes de Saúde Bucal	Agentes Comunitários de Saúde
Total de Equipes/Agentes de Saúde implantados	24,6 mil	12,6 mil	208 mil
Total de Municípios cobertos	4,9 mil	3,9 mil	5,2 mil
População Coberta	44,4% da população brasileira, correspondendo a cerca de 78,6 milhões de pessoas	34,9% da população brasileira, correspondendo a cerca de 61,8 milhões de pessoas	58,4% da população brasileira, correspondendo a cerca de 103,5 milhões de pessoas

Resultados alcançados em 2006 (físico e financeiro)

Descrição	Equipes de Saúde da Família	Equipes de Saúde Bucal	Agentes Comunitários de Saúde
Total de Equipes/Agentes de Saúde implantados	26,7 mil	15 mil	219,5 mil
Total de Municípios cobertos	5,1 mil	4,2 mil	5,3 mil
População Coberta	46,2% da população brasileira, correspondendo a cerca de 85,7 milhões de pessoas	39,8% da população brasileira, correspondendo a cerca de 74,9 milhões de pessoas	59,1% da população brasileira, correspondendo a cerca de 109,7 milhões de pessoas

Resultados alcançados em 2007 (físico e financeiro)

Descrição	Equipes de Saúde da Família	Equipes de Saúde Bucal	Agentes Comunitários de Saúde
Total de Equipes/Agentes de Saúde implantados	27,3 mil	15,7 mil	211 mil

Total de Municípios cobertos	5,1 mil	4,3 mil	5,3 mil
População Coberta	46,6% da população brasileira, correspondendo a cerca de 87,7 milhões de pessoas	40,9% da população brasileira, correspondendo a cerca de 77 milhões de pessoas	56,8% da população brasileira, correspondendo a cerca de 107 milhões de pessoas

Resultados alcançados em 2008 (físico e financeiro)

Descrição	Equipes de Saúde da Família	Equipes de Saúde Bucal	Agentes Comunitários de Saúde
Total de Equipes/Agentes de Saúde implantados	29,3 mil	17,8 mil	230,2 mil
Total de Municípios cobertos	5,2 mil	4,6 mil	5,4 mil
População Coberta	49,3% da população brasileira, correspondendo a cerca de 93,5 milhões de pessoas	Não informado	60,1% da população brasileira, correspondendo a cerca de 113,9 milhões de pessoas

Resultados alcançados em 2009 (físico e financeiro)

Descrição	Equipes de Saúde da Família	Equipes de Saúde Bucal	Agentes Comunitários de Saúde
Total de Equipes/Agentes de Saúde implantados	30,3 mil	18,9 mil	234,7 mil
Total de Municípios cobertos	5,2 mil	4,7 mil	5,3 mil
População Coberta	50,7% da população brasileira, correspondendo a cerca de 96,1 milhões de pessoas	Não informado	60,9% da população brasileira, correspondendo a cerca de 115,4 milhões de pessoas

A seguir, uma tabela contendo os valores, em milhões de reais, investidos na Estratégia de Saúde da Família durante este período de 2003 a 2009:

Anos	**Valores Investidos (em milhões de reais)**
2003	1.662,80
2004	2.191,04
2005	2.679,27
2006	3.248,50
2007	4.064,00
2008	4.767,00
2009	5.698,00
TOTAL	**24.310,61**

A partir dos resultados alcançados no Programa Saúde da Família, durante o período de 2003 a 2009, observa-se ano a ano o crescimento da população coberta com o programa nos seus três focos principais. Quanto aos montantes investidos, fazendo-se uma comparação do ano de 2009 com o de 2003, percebe-se um crescimento de 343% em valores absolutos.

CAPITULO 2 – A SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

2.1. A Contextualização da Saúde no DF

O Distrito Federal (DF) é composto pela cidade de Brasília, sendo que esta é a capital da República Federativa do Brasil, também chamada de Plano Piloto, formada pela (Asa

Norte e Asa Sul), Lago Sul, Lago Norte e “Cidades Satélites” que fazem parte do grande DF, totalizando 30 Regiões Administrativas (RAs). Essas RAs, dispostas em ordem alfabética, são:

1. Águas Claras - RA XX;
2. Brasília – RA I;
3. Brazlândia – RA IV;
4. Candangolândia – RA XIX;
5. Ceilândia – RA IX;
6. Cruzeiro – RA XI;
7. Gama – RA II;
8. Guará – RA X;
9. Itapoã – RAXXVIII;
10. Jardim Botânico – RA XXVII;
11. Lago Norte – RA XVIII;
12. Lago Sul – RA XVI;
13. Núcleo Bandeirante – RA VIII;
14. Paranoá – RA VII;
15. ParkWay – RA XXIV;
16. Planaltina – RA VI;
17. Recanto das Emas – RA XV;
18. Riacho Fundo I – RA XVII;
19. Riacho Fundo II – RA XXI;
20. Samambaia – RA XII;
21. Santa Maria – RA XIII;
22. São Sebastião – RA XIV;
23. SCIA – RA XXV;
24. SIA – XXIX;
25. Sobradinho – RA V;
26. Sobradinho II – RA XXVI;
27. Sudoeste/Octogonal – RA XXII;
28. Taguatinga – RA III;
29. Varjão – RA XXIII; e
30. Vicente Pires - RA XXX.

As RAs não têm autonomia financeira e os Administradores Regionais são indicados pelo Governador; e estes administradores têm como função planejar e executar a gestão regional seguindo o orçamento aprovado pelo Plano Plurianual no DF.

Quanto aos serviços de saúde do DF, estes são hierarquizados e regionalizados desde o ano de 1970, possuindo um Conselho de Saúde formado pelos representantes dos usuários, gestores, prestadores de serviços e profissionais da saúde. O representante máximo das unidades regionais de saúde é o Diretor da Regional de Saúde, não chegando este a ter a mesma autonomia dos Secretários Municipais de Saúde. O DF tem ainda privilégios financeiros, em relação aos demais Estados da federação, para custear as áreas de Segurança Pública, Saúde e Educação.

A Secretaria de Saúde do Distrito Federal é dividida em subsecretarias as quais são: a Subsecretaria de Programação, Regulação, Avaliação e Controle – SUPRAC; a Subsecretaria de Atenção à Saúde – SAS; a Subsecretaria de Vigilância à Saúde – SVS; a Unidade de Administração Geral – UAG; e a Subsecretaria do Fator Humano em Saúde – SUFAH. O Programa Saúde da Família é implementado no DF pela SAS, por intermédio da Diretoria de Atenção Primaria à Saúde e Estratégia da Saúde da Família – DIAPS.

2.2. Histórico da Saúde no DF

O sistema de saúde do DF é dividido em três momentos, a saber: o primeiro é o Plano de Saúde Bandeira de Mello de 1960, que traz em seu cerne a prática hospitalocêntrica e curativa; o segundo é o Plano Frejat de 1979, que traz em seu bojo os princípios da atenção primária; e o terceiro de 1993, aborda a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da democratização da saúde e o Programa Saúde da Família.

Quando Brasília foi construída, na década de 1960, no âmbito da saúde se buscavam novas tecnologias agregadas à progressiva especialização médica. Nesse período, era visível o embate entre a medicina curativa e preventiva e entre a assistência individual e coletiva. Brasília, além de sua arquitetura arrojada, trouxe em seu âmago um sistema de saúde inovador para a época, diante das demais regiões do país e do mundo. Segundo a SES/DF, a partir desse pensamento, o sistema de saúde da nova capital procurou uma organização sistêmica e integral com vistas a oferecer, universalmente, serviços equitativos de saúde, dentro de um modelo assistencial voltado aos diversos aspectos relacionados com a manutenção da saúde e sua pronta recuperação, quando necessário.

De acordo com Hildebrand (2008), com a chegada de vários trabalhadores a nova capital, se fez necessária a implantação de um plano de saúde que atendesse a esta demanda. Com isso, foram criados vários serviços com o Ministério da Saúde (MS) para atender as endemias rurais; doenças infecto-contagiosas, como lepra, tuberculose e DST; acrescidos ainda do Departamento de Saúde da NOVACAP, encarregado dos exames periódicos de saúde e da vacinação em massa da população residente. Foi construído um hospital de emergência, onde atualmente é o Hospital de Base, para atender os trabalhadores das construções e o modelo de atenção priorizou a assistência hospitalar devido ao isolamento da capital e aos frequentes acidentes de trabalho ocorridos na construção civil.

No Plano de Saúde Bandeira de Mello sugeria uma estrutura com o seguinte desenho:

> a) eliminação da multiplicidade de órgãos assistenciais;
>
> b) distribuição de centros de saúde e hospitais por grupos populacionais;
>
> c) redução do custo e aumento da eficiência dos serviços, resultante da concentração;
>
> d) comodidade para a população, evitando-se deslocamentos;
>
> e) livre arbítrio do usuário na escolha do médico que trataria da sua saúde;
>
> f) pagamento aos médicos por produtividade;
>
> g) regime de trabalho integral;
>
> h) possibilidade de atendimento médico a pacientes particulares;
>
> i) participação da população na solução de problemas por meio dos Conselhos Comunitários de Saúde;
>
> j) serviço de atendimento domiciliar a convalescentes, evitando-se a permanência em leito hospitalar. (Göttems, 2009: 1412)

A gestão na saúde do DF no Plano Bandeira de Mello teve a seguinte estrutura: Gabinete do Diretor Geral, Instituto de Saúde, Divisão de Assistência Médico-Hospitalar, Divisão de Saneamento, Divisão de Administração e Rede Médico-Hospitalar.

O arcabouço da rede de serviços de saúde do DF teria a configuração piramidal com níveis de atendimento de complexidades crescentes, regionalizadas e hierarquizadas,

atendendo a uma população de 500.000 habitantes. Esta configuração seria integrada por meio de uma instância de gestão denominada Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF), subordinada à Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

Segundo Kaniak,

> Além da criação de um órgão de administração central o plano estruturava os serviços com nítida separação entre as áreas de ação dos órgãos executivos e normativos e propunha a centralização da orientação técnica e a descentralização dos serviços de saúde em três zonas: central, intermediária e rural. O planejamento incluía a construção de um hospital de alta complexidade, onze hospitais gerais e seis hospitais rurais, circundados por Unidades Satélites. As diretrizes visavam a atender às diversas especialidades clínicas, estimulando a rotatividade de pacientes e reduzindo a permanência hospitalar. (Kaniak, 1999 apud Göttems, 2010: 81)

A rede se estruturava da seguinte forma: a centralização da orientação técnica e a descentralização dos serviços de saúde em três zonas, a saber; a central, a intermediária e a rural. O Hospital de Base (HB) seria a central de alta complexidade; os Hospitais Distritais (HD) atenderiam a população regional com ações de saúde pública; e os Hospitais Rurais (HR) com Atenção Primária.[4]

Foram adotadas medidas sanitárias para higienizar os canteiros de obras que proporcionavam grandes problemas de saúde causados pelas precárias condições de vida e trabalho a que os trabalhadores eram submetidos. Devido aos problemas estruturais da época o Plano previa direção única. Neste primeiro momento ficou destacada a questão da territorialidade para a atenção à saúde, mas dentro de um modelo de assistência médico-hospitalar com sistema público, de caráter universal, sob comando único.[5]

---

[4] Hildebrand (2008)

[5] Idem

O modelo de assistência em direção única caracterizou a implantação de um modelo médico-sanitário cujas origens estavam assentadas no ideário do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), sendo estruturado no país por meio de um contrato celebrado entre o governo americano e o brasileiro em 1942. Os elementos do SESP foram engendrados como elementos estratégicos de atenção, tanto pela questão dos custos, como pela diferença da complexidade e, de forma indireta, vieram tentar minimizar o conflito entre médicos e sanitaristas.

Para garantir o atendimento integral, o Plano Bandeira de Mello recomendava algumas diretrizes:

> - evitar estruturas independentes encarregadas das campanhas sanitárias e de outras atividades de saneamento e higiene industrial;
>
> - incorporar, no serviço único todas as funções de melhoria da saúde, particularmente as atividades de higiene materno-infantil e do serviço médico escolar; e
>
> - unificar todas as atividades públicas de assistência médica realizadas nos hospitais e consultórios criados pela comunidade por meio do Instituto da Previdência Social sem a separação entre curativo e preventivo. (Hildebrand, 2008: 43)

No final da década de 1970, o Plano Bandeira de Mello entrou em colapso por não suportar a crescente demanda de atendimentos no pronto-socorro. A rede física contava com seis hospitais, cinco postos de saúde e uma Unidade Integrada de Saúde, em Sobradinho, sob a responsabilidade da Universidade de Brasília. Contrastando com o contexto nacional, o Plano em comento privilegiava os serviços públicos de saúde com acesso universal da população e já apresentava uma proposta de hierarquização de cuidados, com postos e centros de saúde. No entanto, depois de duas décadas, a estrutura existente se tornaria insuficiente e inadequada para atender à população. Dentre os problemas enfrentados, podem ser considerados: o acelerado crescimento demográfico, a insatisfação dos usuários com o atendimento, a demanda reprimida e a limitação na qualificação dos profissionais.

Em 1979, o Dr. Jofrant Frejat assumiu a Secretaria de Saúde do DF e elaborou um plano de ação para a saúde “dentro do princípio de extensão de cobertura mediante a

estratégia de atenção primária e da regionalização dos serviços" (Hildebrand, 2008: 49), sendo apresentado em três documentos: "Plano de Assistência à Saúde do DF", "Atenção Primária à Saúde do DF" e "Implantação de Centros de Saúde". Este modelo foi denominado de Plano Frejat.

O Plano Frejat amparava-se na estratégia dos cuidados primários que já eram prestados em Postos Rurais e nos Centros de Saúde, formados basicamente por ginecologia, pediatria, clinica médica e odontologia para cada 30 mil habitantes. Neste momento, já estava prevista a criação de Hospitais Regionais para as Cidades Satélites e um Hospital de Base, que seria referência para a alta complexidade. Diante desta estrutura organizacional, se estabelece a hierarquia na assistência e a regionalização dos serviços prestados pelo setor saúde.

O objetivo do Plano Frejat era solucionar o problema dos altos custos da assistência hospitalar e do modelo médico-assistencial centrado no procedimento médico curativo que vinha se revelando ineficaz para solucionar as demandas da saúde. O modelo hospitalocêntrico desde o seu cerne vinha mostrando a sua ineficácia na resolutividade do setor saúde.

Segundo Hildebrand,

> O diagnóstico das insatisfações com o sistema de saúde do DF apresentado no documento (GDF/SES, 1980a) também revelou problema com a clientela (morosidade e deficiência no atendimento), com os profissionais médicos (má relação médico-paciente e remuneração inadequada) e com os custos da assistência. (2008: 50)

Ainda de acordo com Hildebrand (2008), a estrutura dos serviços de saúde no Plano Frejat deveria ser regida de acordo com os seguintes princípios: ser dirigida à saúde e não à doença; utilizar a vigilância sanitária e epidemiológica para o trabalho de saúde na comunidade; equacionar os problemas a partir das necessidades dos grupos familiares; e regionalizar os recursos por área populacional.

Percebe-se que o Plano priorizou as ações de atenção primária a saúde, trazendo no seu bojo inovações, descentralizando o cuidado da saúde antes mesmo do adoecimento. Esse segundo momento da saúde do DF vem romper ou "tentar" fazer esta ruptura da prática que foi implementada anteriormente ancorada na atenção curativa, individualizada e especializada.

A idéia central do Plano Frejat era que o sistema de saúde do DF fosse realmente regionalizado e hierarquizado, dividido em três níveis de atenção: o nível primário composto por médicos generalistas; o nível secundário onde ficavam os especialistas; e o nível terciário, lugar de serviços de alta especialidade. Além disso, um sistema de referência e contra-referência, sustentando a relação entre o hospital e o centro de saúde.

A Atenção Primária preconizada pelo Plano Frejat coincidia com a definição idealizada pela Conferência de Alma Ata[6], representando o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, com o intuito de se ter uma máxima aproximação entre os serviços de saúde e os lugares onde o povo vivia e trabalhava.

De acordo com Frejat,

> O Plano Jofran Frejat também incorporava e dava materialidade a alguns preceitos da Declaração de Alma Ata, tais como a hierarquização da assistência, a referência e a contra-referência, além da regionalização dos serviços. Adicionalmente, incluiu outros profissionais de saúde como atores importantes na ampliação da oferta de serviços de APS, além de apontar a necessidade de mudança na formação dos profissionais, especialmente dos médicos. Do ponto de vista epidemiológico, buscava a melhoria dos indicadores, particularmente, os de mortalidade infantil e materna. (Frejat, 1999 apud Göttems, 2010: 90)

Portanto, o Plano Frejat trouxe ações voltadas para os problemas prevalentes da saúde, tais como, prevenção e agravos, através da vigilância epidemiológica. O Plano também foi inovador quando trouxe em seu cerne iniciativas de planejamento e avaliação das ações a nível local e preconizou ações do Programa Saúde da Família (PSF).

---

6 A Declaração de Alma-Ata foi formulada por ocasião da **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, reunida em Alma-Ata, no Cazaquistão, entre 6 e 12 de setembro de 1978, dirigindo-se a todos os governos, na busca da promoção de saúde a todos os povos do mundo

O terceiro momento do sistema de saúde do DF teve o seu início, em junho de 1993, quando foi aprovada a Lei Orgânica do DF, transcrevendo as disposições da Constituição Distrital e das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 em seu Capítulo II e artigos 204 a 216. Foram incluídos nessa lei orgânica aspectos relativos aos direitos do cidadão; às determinações sociais do processo saúde-doença; ao acesso; à organização da rede de serviços; à gestão de recursos humanos; à complementaridade do setor privado; à participação social na gestão e formulação da política; ao financiamento com recursos da União e do Distrito Federal, incluindo aspectos contemporâneos como a reforma psiquiátrica; ao atendimento aos portadores de necessidades especiais e à saúde do trabalhador.

A Lei Orgânica do DF trouxe na sua concepção uma rede de serviços de saúde regionalizada e hierarquizada, com a função de implementar atividades de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde da população. O SUS/DF passou a ser o responsável pela assistência à saúde de forma integral, universal, com a participação popular e admitindo a existência de serviços privados de saúde de forma complementar desde que controlados pela SES/DF. O SUS/DF seria financiado com recursos do DF e da União, além de outras fontes previstas em lei e as empresas privadas prestadoras de serviços de assistência médica, administradoras de planos de saúde e congêneres ressarciriam o DF das despesas de atendimento dos seus segurados em entidades de saúde pertencentes ao poder público.

Segundo Hildebrand (2008), o PSF/DF foi estabelecido em três momentos: 1997-98, denominado Programa Saúde em Casa (SC); 1999-2003, como Programa Saúde da Família (PSF); e 2004-2006: Programa Família Saudável (FS). De acordo com Göttems (2010), em 2007, foi implementado “O Plano de Reorganização da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal”, tendo como foco “A Estratégia de Apoio à Consolidação de Redes de Atenção à Saúde”.

O primeiro dos três momentos foi concebido mediante o Plano de Reformulação do Modelo de Atenção à Saúde do Distrito Federal (REMA), que foi aprovado pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal e pela IV Conferência de Saúde do Distrito Federal (CSDF), em 1996. O REMA tinha como meta o fortalecimento da Atenção Primária, por meio da afirmação de que a mesma seria a porta de entrada para o sistema de saúde, além do fortalecimento do sistema de referência e de contra-referência. No conjunto de ideias do REMA havia a criação de um Distrito Sanitário (DS); o fortalecimento do controle social; a

criação do Fundo de Saúde do Distrito Federal; o redimensionamento e a qualificação da rede de serviços básicos (Centros e Postos de Saúde); a criação de mecanismos jurídico-administrativos para conferir autonomia às unidades hospitalares e ao DS; além da criação das auditorias técnicas permanentes. O Programa Saúde em Casa teve como objetivos, segundo Göttems,

> a) oferecer suporte às comunidades para que resolvessem seus problemas de saúde no próprio local de moradia;
>
> b) diminuir a procura aos serviços especializados, principalmente, no Pronto Socorro, garantindo atenção integral e acesso adequado às especialidades;
>
> c) contribuir para a mudança de indicadores de morbi-mortalidade da população, principalmente, a diminuição da mortalidade infantil;
>
> d) incentivar as pessoas e a própria comunidade, tanto no aspecto individual, quanto coletivo a contribuírem para a adoção de atitudes para a melhoria da qualidade de vida. (2010: 125)

O PSF, tratado por Hildebrand como o segundo momento de institucionalização do PSF/DF, foi implementado no DF a partir de 1999, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde. Para este Programa não foi elaborada uma proposta específica e o seu principal documento foi o Plano de Saúde de 1999 (GDF, 1999). A SES/DF, em parceria com o Instituto Candango de Solidariedade (ICS), realizou a contratação dos profissionais para a implementação do PSF. A rede de serviços de saúde da SES/DF, em 2001, era composta por: Hospital de Base, Hospital de Apoio, Hospital São Vicente de Paula (Psiquiatria), Instituto de Saúde Mental, seis Hospitais Regionais, três Unidades Mistas, 63 Centros de Saúde, 23 Postos de Saúde Rurais, seis Postos de Saúde Urbanos, 134 Equipes de Saúde da Família, 66 Equipes de Saúde Bucal, o Centro de Orientação Psicopedagógico, 21 Núcleos de Inspeção, a Fundação Hemocentro, dois Laboratórios Regionais, o Centro Radiológico, a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) e a Diretoria de Saúde do Trabalhador (DISAT). Tais serviços estavam distribuídos em dezesseis Regionais de Saúde, localizadas nas dezenove Regiões Administrativas do DF para atender uma população de 2.043.169 habitantes, conforme senso demográfico do IBGE realizado em 2000.

No final do ano de 2002, das 134 equipes implantadas, restavam apenas 38 delas com composição completa. A experiência foi vista como um fracasso, concorrendo para tal, alguns fatores, tais como: a redução dos salários dos trabalhadores das novas equipes, desmotivando a adesão do profissional; uma evolução que passou a não ser essencial, caracterizada pela fragilidade com os serviços de saúde; e a fragmentação da gestão, com pouco envolvimento das áreas normativas da SES, em relação ao Programa. No início de 2003, a parceria da SES/DF com o ICS foi cancelada e o Programa foi interrompido.

O Programa Família Saudável teve o seu início marcado a partir de irregularidades detectadas pelo Ministério Público (MP) e o Tribunal de Contas do DF (TCDF), no início do ano de 2003, acerca da parceria entre o GDF e o ICS para a contratação de pessoal em várias áreas, incluindo os profissionais de saúde que atuavam no PSF[7]. Naquele momento, estava sendo lançado pelo MS, apoiado pelo Banco Mundial, o Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF), tendo como meta a realização de investimentos para a expansão da estratégia Saúde da Família nos municípios com mais de 100 mil habitantes e como objetivo melhorar e qualificar os processos de trabalho e o desempenho do PSF. O DF, por ter mais de 100.000 habitantes, seria um dos municípios-alvo do PROESF, porém, inicialmente, ficou impossibilitado de participar do Projeto pelo fato de a parceria com o ICS ter sido interrompida. Esta situação levou o novo Secretário de Saúde solicitar a elaboração de um projeto com o intuito de reformular o sistema de saúde e fortalecer a atenção básica à saúde no Distrito Federal, culminando com a formulação do Programa Família Saudável.

Em outubro de 2003, o GDF firmou uma parceria com a Fundação Zerbini (FZ), uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), para que a mesma o auxiliasse na execução do PFS. Nesta parceria, a FZ tinha as seguintes incumbências: a seleção e contratação dos profissionais de saúde, a criação de espaços físicos para a instalação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a agilização na provisão dos insumos necessários para o cotidiano dos serviços de saúde e a coordenação da política. O programa começou a ser implementado, em 2004, pautado pela formulação local de uma proposta que adaptasse as diretrizes do MS à realidade do Distrito Federal, incluindo-se as experiências acumuladas nos

[7] As denúncias contra o Governador versavam, principalmente, sobre irregularidades na parceria entre o Instituto Candango de Solidariedade e o GDF na contratação de pessoal, que culminaram com o rompimento dessa

períodos anteriores. Com isso, o DF somente oficializou a sua participação no PROESF em 2004, mediante a Portaria nº 1.706/GM, de 17 de agosto de 2004.

Conforme Göttems,

> O PFS priorizava a reorganização e o fortalecimento da atenção primária, com ampliação e consolidação da ESF, de maneira a aumentar o acesso aos serviços e propiciar a melhoria da situação de saúde da população, tomando por base sua evolução histórica e as características institucionais vigentes. (2010: 184)

Segundo Hildebrand,

> A proposta do FS apresentava o perfil epidemiológico da população, as mudanças ocorridas na pirâmide populacional do DF, indicadores sociais, de renda e trabalho, escolaridade, saneamento do DF, assim como um histórico sobre o modelo de organização e gestão do sistema de saúde distrital compondo um arsenal de justificativas para a priorização de ações de atenção básica. O FS apresentou-se como uma estratégia para o desenvolvimento de uma nova forma de se produzir saúde no DF dentro de um projeto de conversão da atenção primária à saúde para "além das unidades básicas de saúde", segundo texto do projeto original. (2008: 220)

Em setembro de 2006, a SES/DF assumiu a gestão dos profissionais do FS, findando assim, a sua execução pela FZ. Com isso, esses profissionais foram equiparados aos estatutários da SES/DF quando do seu ingresso por concurso público. Naquele momento, a constituição do FS era a seguinte:

- 59 equipes FS implantadas, sendo 39 completas;

- 19 equipes de saúde bucal completas;

- 8 equipes multiprofissionais implantadas e apenas três completas;

---

parceria e de todos os contratos de trabalho das diferentes áreas, incluindo os profissionais de saúde que atuavam no PSF, logo no início do ano de 2003.

- 4 das 10 equipes de saúde prisional completas;

- 30 PACS implantados, sendo 28 completos;

- A cobertura populacional das equipes mínimas do FS foi de 26%; e

- A FZ deixou 830 profissionais: 80 ocupavam cargo de confiança e 750 eram contratados por processo seletivo.

Em 2007, houve a mudança do organograma da SES/DF, unificando a Coordenação da Atenção Primaria à Saúde à nova Diretoria de Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família (DIESF), diminuindo, assim, a fragmentação na coordenação da política. Além disso, o *slogan* Família Saudável foi sendo substituído gradativamente pelo nome oficial do MS de Estratégia de Saúde da Família.

Segundo Göttems (2010), o Plano de Reorganização da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, tendo como foco a estratégia de apoio à Consolidação de Redes de Atenção à Saúde, tem o objetivo de contribuir com a reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS), partindo da expansão e da qualificação da ESF até o ano de 2014. Esta reorganização tem como meta a melhoria do nível de atendimento das equipes, com incorporação de recursos humanos qualificados e de tecnologia adequada, no campo da infra-estrutura e da gestão dos serviços; e com incorporação de instrumentos e metodologias, em rede integrada de atenção à saúde, que permitam o acompanhamento e a avaliação permanentes da melhoria da situação de saúde das famílias, especialmente a dos grupos mais vulneráveis a riscos de contrair doenças e de sofrer prejuízos à saúde.

Dessa vez, não houve parcerias externas para a gestão do Programa e os profissionais de saúde, especialmente enfermeiros e médicos, passaram a ser convocados entre os aprovados por concurso público. A aplicação dessa estratégia foi no sentido de resolver o problema da terceirização das contratações, que é bastante combatida pelos órgãos de regulação do trabalho e pelo movimento sindical. Por outro lado, ficou evidenciado que muitos profissionais passaram a não tomar posse, após aprovação no concurso público, quando direcionados para as equipes de ESF, tendo em vista que quase quatro mil profissionais de saúde foram aprovados em concursos no período de 2007 a 2009, no entanto, 1.360 deles não assumiram e outros 500 pediram exoneração, deixando um déficit de quase 2

mil profissionais. Além disso, 800 servidores da área aposentaram-se durante esse período. Os motivos pelos quais os médicos têm uma resistência em trabalhar nas ESF e nas demais unidades de saúde da periferia são os baixos salários, as condições precárias de trabalho e o grande desgaste. Aliado a esses fatores, há também o avanço do subsistema privado de saúde, que, segundo a Carta Magna, é tido como complementar, mas que vem crescendo e legitimando-se socialmente.

Outra característica deste momento é a ocorrência do estímulo aos servidores públicos antigos da SES-DF para que os mesmos desenvolvam o processo de trabalho na lógica da ESF, contribuindo para que as unidades básicas tradicionais adotem os princípios da APS.

O novo Plano tem como eixos para o fortalecimento da APS: 1) a reestruturação da infra-estrutura física, de equipamentos, de insumos e de recursos humanos (Eixo I); 2) a organização do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família (Eixo II); 3) o monitoramento e avaliação das ações de saúde desenvolvidas nos serviços de APS (Eixo III); e 4) o desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre a APS (Eixo IV). Seus objetivos estratégicos, segundo o documento denominado Plano de Saúde do DF 2008 a 2011 da SES/DF, são:

> 1. Desenvolver a atenção primária em saúde, contribuindo para a redução das desigualdades epidemiológicas e sociais entre as diversas Regiões Administrativas e proporcionando melhor qualidade de vida à população;
>
> 2. Planejar junto à SAS as ações a serem desenvolvidas na atenção primária em saúde;
>
> 3. Reduzir a morbi-mortalidade na população em geral por causas evitáveis;
>
> 4. Prevenir a mortalidade e incidência de agravos evitáveis na adolescência;
>
> 5. Prevenir a incidência e o agravamento de doenças crônicas não-transmissíveis no adulto;
>
> 6. Promover ações em saúde do idoso de forma a melhorar sua qualidade de vida;
>
> 7. Reduzir a morbi-mortalidade e incidência de agravos evitáveis na infância;
>
> 8. Reduzir a mortalidade materna e a ocorrência agravos evitáveis na mulher;

> 9. Adequar às políticas nacionais da atenção primária em saúde para o Distrito Federal;
>
> 10. Promover a atenção básica em saúde de forma a garantir o acesso da população com eqüidade;
>
> 11. Aprimorar a articulação intra e interinstitucional em busca de parcerias que atuem na melhoria da saúde da população;
>
> 12. Fornecer dados fidedignos e oportunos às bases de dados nacionais;
>
> 13. Promover o aprimoramento técnico e humanístico das equipes da atenção primária;
>
> 14. Aprimorar a gestão de pessoal, melhorando as condições de trabalho na atenção básica. (2008: 90)

Quanto à cobertura populacional, o Plano apresentou metas de curto, médio e longo prazos. Entre as metas de curto prazo, estava a cobertura de 27,5% da população do Distrito Federal, com 195 Equipes de Saúde da Família implantadas, até dezembro de 2009, e de 50% até o final de 2010, com 365 equipes. As metas de médio prazo prevêem a cobertura de 60% da população, com implantação de 438 equipes, até 2012. Por fim, as metas de longo prazo incluem a cobertura de 73% da população, que corresponderá a 100% da população SUS dependente, com implantação de 532 equipes, até 2014. No que diz respeito à rede física, em 2009, esta contava com 61 centros de saúde, sendo que cinco delas aguardavam ser inauguradas; 77 equipes de saúde da família, sendo 46 completas; 49 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde; 20 equipes de saúde bucal; 10 equipes de Saúde Prisional, sendo duas completas; 10 equipes de atenção domiciliar, sendo cinco incompletas; e 12 Centros de Atenção Primária à Saúde (APS).

Fazendo-se uma comparação com os planos anteriores, cabe destacar a intenção clara de se seguir as diretrizes do MS tanto no que se refere à APS, quanto às diretrizes políticas para a gestão do trabalho e para a educação permanente. Outra associação que pode ser feita à política do MS é a indução à construção das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e à implantação dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF). Quanto ao seu formato, destaca-se a preocupação com o detalhamento dos serviços existentes na SES/DF, reforçando a necessidade de relevantes investimentos nos serviços, atualmente, existentes e a ampliação de novas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O movimento pela reforma sanitária cujo marco político principal foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, além de propostas mais amplas para a Saúde, propôs o Sistema Único de Saúde (SUS). Os princípios fundamentais do SUS foram alicerçados na ideia de que a saúde é um dever do Estado e direito de todo cidadão. Para que esses princípios sejam efetivados é necessário que as políticas públicas do governo para o sistema sejam bem executadas, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos e que o sistema de saúde se estruture de forma a zelar para que estas políticas funcionem de forma eficaz.

O Sistema Único de Saúde, idealizado pelos reformistas, seria um sistema que agregasse a idéia de unidade, isto é, tivesse a mesma doutrina, a mesma filosofia de atuação em todo o país e fosse organizado de acordo com a mesma sistemática. O SUS tem as seguintes características: 1) deve atender a todos de forma universal; 2) deve ter uma atuação de forma integral; 3) deve ser descentralizado, ou seja, o poder de decisão deve ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações; 4) deve ser racional, funcionando de acordo com as necessidades da população; 5) deve ser eficaz e eficiente, produzindo resultados positivos; e 6) deve ser democrático, isto é, assegurar o direito de todos os segmentos envolvidos com o sistema.

A intenção dos reformistas era que o SUS, além de democrático, também passasse a promover ações de promoção da saúde à prevenção de doenças e ao atendimento adequado em situações de doenças e outros agravos à saúde. O escopo do projeto sanitário era dar prioridade à Atenção Básica na Saúde, portanto o Ministério da Saúde, em 1994, criou o Programa saúde da Família (PSF), tendo como objetivo empregar uma reorientação para o SUS e romper com o sistema assistencial até então vigente que era chamado de hospitalocêntrico.

No Brasil, o PSF tem a missão de reestruturar a assistência à saúde da população, reorganizando a Atenção Básica. Traz em seu cerne a família como objeto nuclear da intervenção, o contexto socioeconômico ao qual aquela família esta inserido. Uma particularidade do Programa é seu potencial de penetração, revelando um alto grau de capilaridade do poder público nas comunidades em que se encontra implantado. Entrar no

domínio privado não é tarefa fácil, por isso os ACS têm que ser da própria comunidade, considerando que estes agentes são um elo entre a população atendida e os serviços de saúde. Diante disso, deposita-se no PSF a esperança de que ele se constitua como mais uma estratégia para a melhoria das condições de vida das populações excluídas.

O PSF foi implantado no período onde se pregava a ideologia do Estado Mínimo, portanto, no inicio o mesmo teve um caráter minimalista e focalista, não atendendo aos princípios SUS. Com o decorrer dos anos, em meio ao avanço das demandas sociais, o PSF foi adquirindo um caráter mais abrangente, sendo incluídas dentre as suas ações, a abertura de espaços para outras áreas, tais como: a saúde bucal, o acompanhamento de psicológicos, assistentes sociais, etc.

O PSF, durante sua implementação avançou testando saberes, meios e instrumentos de trabalhos distintos nos diversos municípios brasileiros, mas pela complexidade de sua implementação, ainda traz muitas divergências. No entanto, tem potencial para transformar a Atenção Básica quando utiliza os instrumentos da clínica, epidemiologia e ciências sociais para intervenções de prevenção, promoção e recuperação e tratamento de uma população com base territorial inserida na conjuntura não apenas geográfica, mas também social, histórica e econômica.

Apesar desses avanços do PSF, o Conselho Nacional de Saúde tem se manifestado, por meio de diversos documentos, identificando o retrocesso que a saúde pública brasileira e o SUS vêm sofrendo ultimamente. Este retrocesso pode ser evidenciado, por exemplo, nas seguintes situações: 1) na desestruturação da rede de atenção primária à saúde, privilegiando os procedimentos especializados e de alto custo; 2) no avanço da privatização do SUS em detrimento do serviço público eminentemente estatal, através da desestruturação, sucateamento e fechamento dos serviços públicos e ampliação da contratação de serviços privados, numa flagrante violência aos princípios constitucionais; e 3) na precarização dos serviços públicos e das relações de trabalho, com baixa remuneração dos trabalhadores e enormes discrepâncias salariais sem definição de uma política de um plano de cargos, carreiras e salários para os profissionais do SUS.

Um dos maiores desafios do PSF é a sua implementação nos grandes centros urbanos, tendo em vista que é de fundamental importância para a sua aplicabilidade, levar-se em

consideração as características de cada localidade. Nestes grandes centros, os problemas de ordem social representam um enorme desafio do ponto de vista das políticas públicas. A pobreza está relacionada não apenas a má distribuição ou o baixo nível salarial, mas também a precariedade de investimentos públicos nas áreas de habitação, saneamento, transporte, equipamentos de saúde, educação etc. O modelo de Atenção Básica nas grandes cidades precisa ser alvo de reflexões, pois se faz necessário levar em conta a dimensão sócio-histórica de cada região. Averigua-se que o PSF tem apresentado no contexto do SUS, potencialidade para dar acesso à população à atenção básica, mas sua implementação tem apresentado ritmos distintos se considerarmos todo o país. Nas grandes cidades, o Programa encontra enormes dificuldades para ter uma execução efetiva, ocasionando desta forma impacto negativo na cobertura populacional, deixando muitas áreas descobertas.

Ao se fazer essas considerações, percebe-se que o Ministério da Saúde (MS) tem que rever os critérios impostos para definir o Programa, conferindo estratégias diferenciadas de intervenção, já que as dificuldades se apresentam de modo mais complexo. Os ACS são da própria comunidade, mas o resto da equipe geralmente mora distante das unidades de saúde em que trabalham e, diante desta dificuldade de se chegar ao seu local de trabalho aliada a outros fatores, não encontram estímulo para continuar no programa, gerando muita rotatividade das equipes.

Apesar de todos os problemas enfrentados, os avanços do PSF permitem qualificá-lo como um exemplo bem sucedido de política pública operada de modo descentralizado. Amparado nos princípios e diretrizes estabelecidos pela Constituição de 1988, é perceptível o lugar que ele ocupa na esfera pública, dado o caráter democrático e inovador de seu projeto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. *In*: Serviço Social e Saúde / Ana Elizabete Mota... [et al.], (orgs). – 4 ed. – São Paulo: Cortez; Brasília<DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

_____ Maria Inês Souza. Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde/ Organizadores, Maria Inês Souza Bravo...[et al]. -2. Ed. Rio de janeiro: Rede Sirius/ Adufrj- SSind, 2008.

_____ Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In- Serviço Social e Saúde. São Paulo: OPS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

_____ Maria Inês Souza. Saúde na Atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade/Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes. – 1. Ed. – Rio de Janeiro. UERJ, Rede Sirius, 2011. 76p. Cadernos de Saúde Setembro de 2011.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica- DAB/MS, 2011. In Secretaria de Atenção Básica a Saúde. HTTP://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php#responsabilidades. Acessado em 3 de Novembro de 2011.

_____ Departamento de Atenção Básica- DAB/MS, 2011. In Secretaria de Atenção Básica a Saúde. HTTP://dab.saude.gov.br/abnumeros.php. Acessado em 3 de Novembro de 2011.

_____ Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/MPOG - Secretaria de Orçamento Federal/SOF, 2005. HTTP://sidonet.planejamento.gov.br/docs/cadacao/cada. Acessado em 2 de Novembro de 2011.

_____ Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/MPOG - Secretaria de Orçamento Federal/SOF, 2007 HTTP://sidonet.planejamento.gov.br/docs/cadacao/cada. Acessado em 2 de Novembro de 2011.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

COSTA, Nilson do Rosário. A proteção social no Brasil: universalismo e focalização nos governos FHC e Lula Ciência & Saúde Coletiva, 14(3): 693-706 2009.

COHN, Amélia. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços/ Amélia Cohn, Paulo Eduardo M. Elias. – 4. Ed. – São Paulo: Cortez: CEDEC, 2001.

GÖTTEMS, Leila Bernardo Donato. Análise da Política de Atenção Primária à Saúde Desenvolvida no Distrito Federal: A articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979 A 2009). Tese (Doutorado Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciências da Informação e Documentação), Universidade de Brasília, Brasília, DF – 2010

HILDEBRAND, Stella Maris. O modelo político-tecnológico da atenção a saúde da família no Distrito Federal: 1997-2006. 2008. 318 f.. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2008.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. *In*: MENDES, Eugênio Vilaça (org.). Distrito Sanitário – O processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde 4. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.

MERHY,Emerson Elias e FRANCO, Túlio Batista. Programa de Saúde da Família, PSF: Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial. www.uff/saudecoletiva/professores/Merhy/capitulos14.pdf

MENICUCCI, Telma M. Gonçalves. A política de Saúde no Governo Lula. Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532, 2011.

NETO, Eleutério Rodrigues. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: Incentivo à participação popular e o controle social no SUS. Brasília: Ministério da Saúde/Brasil, 1994.

PEREIRA, Larissa Dahmer. A proteção social como sendo “necessidade mínima”, o avanço dos preceitos (neo) liberais e a desconstrução da Seguridade Social Brasileira na década de 1990. Cadernos Especiais n. 39 – edição: 05 de junho a 03 de julho ano 2005.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho e LABATE, Renata Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2005, vol.13, n.6, pp. 1027-1034. ISSN 0104-1169. doi: 10.1590/S0104-11692005000600016.

SANTANA, Milena Lopes e CARMAGNANI, Maria Isabel. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde soc.* [online]. 2001, vol.10, n.1, pp. 33-53. ISSN 0104-1290. doi: 10.1590/S0104-12902001000100004.

SGUARIO, Elisandréa. *Programa Saúde da Família: Potencialidades e Limites*. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília - UnB. Brasília, 2008.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. Ciência e Saúde Coletiva, 12 (2): 429-435, 2007, p. 429-435.

TEIXEIRA, Mary Jany de O. O Programa Saúde da Família, O Serviço Social e o Canto do Rouxinol. In: política Social e Conjuntura.