

## O PSF Como Estratégia de Mudança

**1 – Introdução** – as propostas vigentes da década de 1.970 voltadas à atenção primária em saúde e às tecnologias apropriadas resultaram em rápida obsolescência por não reconhecerem a lógica da incorporação nas inovações das práticas de saúde. Ao deixar de identificar que os processos de globalização, de integração competitiva de mercados e da rápida difusão das informações científicas das novas técnicas estavam transformando, também, os processos de trabalho em saúde, as propostas de tecnologia simplificadas, foram confundidas com uma postura de simples redução de custos de uma **“medicina de pobre para pobres”**.

**2 – Novo Modelo Assistencial** – a construção de um novo modelo assistencial centrado nas estratégias de implantação e generalização do Programa de Saúde da Família (PSF), articuladas com os princípios estabelecidos no SUS, da descentralização, municipalização, integralidade e qualidade dos cuidados de saúde, é parte indissociável da consolidação e aprimoramento do Sistema Único de Saúde. Nesta perspectiva, a proposta de organização das práticas de saúde voltadas à família pressupõem:

**A** – o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania e que expressa a qualidade de vida.

**B** – a eleição da família e de seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde.

**C** – a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção de saúde.

**D** – a intervenção sobre os fatores de riscos os quais a população está exposta.

**E** – a prestação integral, contínua e de boa qualidade nas especialidades básicas de saúde à população adscrita, no domicílio, no ambulatório e no hospital.

**F** – a humanização das práticas de saúde e a busca da satisfação do usuário através do estreito relacionamento da equipe de saúde com a comunidade.

**G** – o estímulo à organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

**H** – o estabelecimento de parcerias buscando desenvolver ações intersetoriais.

**3 – Estratégias – *tecnicamente, a unidade de saúde da família passa a ser a porta de entrada do sistema de saúde, com a de uma atuação sanitária que incorpora a atenção médica tradicional a uma lógica efetivamente de promoção da saúde, dentro de uma nova visão social e epidemiológica.*** Além de um possível álibi já incorporado pela população, a unidade se insere no sistema de saúde de forma orgânica e não isolada. Isso significa se responsabilizar com todos os nós do sistema, sendo parte crítica de sua organização. A seleção de opções terapêuticas seja de ordem clínica, cirúrgica ou mesmo de ação intersetorial, muitas vezes pessimamente chamada de “**triagem**”, tem que se dar neste contexto. ***Para tanto, além da capacitação da equipe, a unidade deve passar por um conjunto de modificações que vão da parte arquitetônica até o aprimoramento de seu sistema de informações.*** Sem essas modificações, o risco é o de ficar somente no discurso sem comprometimento prático, ou seja, sem a efetiva substituição.

O desenvolvimento de novo modelo assistencial baseado nos princípios do PSF não representa, contudo, um projeto defasado das condições atuais do processo de trabalho em saúde que se transforma rapidamente pela incorporação de tecnologias avançadas. Trata-se de, sem negar o uso de meios de trabalho resultantes do progresso científico–tecnológico, reorganizar o conteúdo dos saberes e práticas de saúde decorrente da incorporação de tais tecnologias ao complexo médico–empresarial que ainda é a feição dominante no sistema de saúde no Brasil.

As estratégias para colocar em prática as transformações do modelo assistencial que completem a atual ciclo de transição do SUS devem considerar, entre vários fatores aqueles que são determinantes. As estratégias para colocar em prática as transformações dos modelos assistenciais que da dinâmica do mercado de trabalho em saúde, principalmente: a formação, capacitação e educação continuada dos profissionais de saúde, a oferta de postos de trabalho em saúde, as forma de organização e remuneração deste tipo de trabalho capazes de gerar estímulos para novos padrões de prestígio profissional e compromisso social com os princípios de universalidade e equidade.

Na agenda da reforma sanitária, o uso de tecnologias eficazes e seguras, articulado a sistemas de referência e contra–referência, regionalizados e hierarquizados, faz parte da nova racionalidade do Sistema Único de Saúde para que se possa universalizar o acesso aos serviços de saúde a custos compatíveis com os gastos públicos e privados do país. ***Nesta óptica, a reforma pretende que o acesso aos serviços de saúde deixe de ser centrado no atendimento hospitalar para usar mais racionalmente os cuidados em unidades básicas e na rede ambulatorial.***

Em que pese tais tendências virem sendo mantidas, o deslocamento da incorporação de tecnologias complexas na rede ambulatorial não tem sido acompanhado de mudanças que ampliem a resolutividade, assegurem a continuidade da relação médico–paciente ou da equipe de saúde com as famílias. As formas de pronto atendimento comprometem a qualidade do cuidado com a saúde e são, em certa medida, práticas que resultaram dos modelos curativistas do antigo sistema de saúde.

É necessário reafirmar–se, contudo, que a mudança do modelo assistencial deve ser coerente com as demandas resultantes da transição demográfica e da heterogeneidade da configuração epidemiológica da população brasileira. *A diversidade dos padrões epidemiológicos de demográficos regionais e sociais, marcados pela estrutura de desigualdades da sociedade brasileira, exige do SUS que as propostas às demandas sociais sejam ágeis e ajustadas às condições locais e regionais, respeitando as políticas públicas nacionais.*

**Nota – este texto é, na realidade, uma breve introdução, por isso queremos esclarecer aos interessados no assunto, que para obter o texto na íntegra (total), basta solicitá-lo, que atenderemos todos os pedidos e enviaremos os mesmos pelos Correios e Telégrafos; portanto, entre em contato conosco através dos nossos telefones ou e-mail.**

**À Direção.**

**Maceió, Janeiro de 2.012**

**Autor: Mário Jorge Martins.**

**Prof. Adjunto de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).**

**Mestre em Parasitologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).**

**Médico da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).**