

Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes

**UNIVERSIDADE TIRADENTES**

**ISIS GONÇALVES LONGO**

**HISTÓRIA DA IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO DE  
LITERATURA.**

**ARACAJU**

**2012**

Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes

**ISIS GONÇALVES LONGO**

# **HISTÓRIA DA IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à coordenação do curso de odontologia da Universidade Tiradentes como parte dos pré-requisitos para obtenção do grau de bacharel em odontologia.

**ORIENTADORA: PROF. Ms. SIMONE ALVES GARCEZ GUEDES**

**ARACAJU  
2012**

ISIS GONÇALVES LONGO

# HISTÓRIA DA IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

Trabalho de conclusão de curso apresentado à coordenação do curso de odontologia da Universidade Tiradentes como parte dos pré-requisitos para obtenção do grau de bacharel em odontologia

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Banca Examinadora

---

Profº. Ms. Simone Alves Garcez Guedes

UNIT

---

Profº. Examinador 1

UNIT

---

Profº. Examinador 2

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a DEUS que é o combustível que nos move e faz com que tudo em nossas vidas seja possível, especialmente aos meus pais, Gilmar e Albenice, que por meio de muita dedicação e trabalho tornaram realidade o meu sonho de conquistar uma profissão e me tornar alguém melhor.

## AGRADECIMENTOS

Várias pessoas já haviam me dito o quão rápido o tempo passa quando estamos na faculdade e eu não dei tanta importância para isso, mas realmente quando me vejo aqui á um passo de tornar-me uma dentista e faço o meu retrospecto vejo que realmente foi num piscar de olhos e parece que foi ontem que cheguei à Aracaju ainda tão deslumbrada com a idéia da liberdade de morar sozinha e a empolgação de ser doutora!

E agora que cheguei a hora e eu alcancei o meu principal objetivo é indispensável expressar a minha enorme gratidão a todos que mesmo direta ou indiretamente participaram da realização do meu sonho. Antes mesmo de citar os anjos da minha vida tenho que dar graças a DEUS que sempre me cobriu de muitas bênçãos e habitou a minha alma e o meu coração, agradeço aos meus pais por essa conquista que é nossa, a minha mãe Albenice por todo o amor e dedicação que me deu, por todas as vezes que deixou toda a sua vida em Itabuna e veio para me ajudar nos meus estudos e cuidar de mim, por todos os esforços que eu sei que você fez mãe, muito obrigada, te amo!

Ao meu pai Gilmar que foi quem mais me incentivou quando optei pela odontologia, pelas ligações e palavras de incentivo, por todo o esforço que eu tenho certeza que você fez para que eu pudesse ter um futuro brilhante, muito obrigada pai, te amo!

Aos meus avós Armando, Celenita e Antônio (in memorian) que tenho certeza que estavam torcendo por mim e a minha amada vózinha Berenice que sempre me incentivou com suas sábias palavras e me ajudou muito em suas orações.

A minha irmã amada, minha Rafaella coração, que sempre me deu tanto carinho, amor e conselhos, você foi a minha maior saudade durante esse tempo “amor igual ao teu eu nunca mais terei”.

A minha família Gonçalves que foi a minha base, meu exemplo de família unida e que sempre me incentivou com muito carinho e dedicação. Tia Alba e Clarinha que me alegraram demais com suas visitas, tio Carlinhos e tia Viveca que me fizeram derramar as primeiras lágrimas da minha trajetória na hora da despedida e aos meus amados Mu e Mari pelo carinho que só aumentava a cada reencontro.

A minha família Longo que mesmo de longe sempre conseguiram transmitir o quanto torciam por mim. Vocês foram indispensáveis minhas tias queridas e me incentivaram e alegraram a cada divertida reunião da família em volta da mesa do casarão. Amo vocês!

Ao meu amor Fred que ao longo desse tempo tornou-se indispensável para mim, obrigada por todo o companheirismo, carinho e amizade que me dedicou foi maravilhoso amadurecer e crescer ao seu lado. Te amo!

Aos amigos que conheci em Aracaju. As meninas com quem dividi apartamento e que foram companheiras nas alegrias e quebradeiras (risos) Thalita, Tacy, Mila, Anne, Nanda, Iara que é uma amiga muito especial desde o primeiro dia de aula Amélia. Aos bons amigos que conheci no condomínio, Milena e agora toda a sua família que estão sendo fundamentais para mim.

Aos bons e velhos amigos de Itabuna que sempre me fizeram tão feliz e revigorada a cada reencontro, minha galerinha do Delta. Obrigada a todos vocês.

## **História da implantação da estratégia de Saúde da Família: uma revisão de literatura**

**Isis Gonçalves Longo<sup>a</sup>, Simone Alves Garcez Guedes<sup>b</sup>**

*(<sup>a</sup>) Graduada em Odontologia – Universidade Tiradentes; (<sup>b</sup>) Mestre. Professora do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe.*

---

### **Resumo**

Para dominar o modelo de saúde centrado na doença e em práticas curativas, como acontecia de costume, o Ministério da Saúde lança, em 1994, o Programa Saúde da Família. O acesso dos pacientes à este programa é modulado pela ordem de chegada, onde os pacientes podem observar cartazes informativos em lugares visíveis, informando-os sobre o número de vagas atualizado a cada dia de atendimento. A estratégia de saúde da família (ESF) representa uma mudança no protótipo assistencial, passando de uma linha curativa para a preventiva, da ação monosssetorial para a intersetorial, da exclusão para a universalidade. Existem ainda algumas melhoras a serem feitas pois, assim como todo programa, este tem falhas e a principal delas é de ordem política pois faz-se necessário que a cada 4 anos realizem-se as eleições, porém com elas geralmente toda a equipe de uma determinada gestão é alterada por uma outra, de pessoas conhecidas do novo prefeito. Um outro conflito que é gerado, ainda com relação ao tratamento paciente-profissional ressalta que o processo terapêutico organiza-se de forma tensa e conflitante, entre fazer ou não o tratamento completo de cada paciente ou atender as urgências de vários outros.

*Palavras-chaves:* Ministério da saúde. ESF. Preventiva

---

### **ABSTRACT**

To dominate the health model focusing on illness and healing practices, as was usual, the Ministry of health in 1994, spear, family health Program. Access of patients to this program is modulated by the order of arrival, where patients can observe informational posters in visible places, telling them about the number of vacancies updated every day of care. The family health strategy (ESF) represents a shift in healthcare, from a prototype line for curative, preventive action monosssetorial for deletion for the wider application of universality. There are still some improvements to be made because, as well as any program, it has flaws and the main one is political because it is necessary that every 4 years held elections, but they generally the entire team in a particular management is changed by another, of people known to the new mayor. Another conflict that is generated, even with respect to the treatment patient-professional points out that the therapeutic process organizes itself so tense and conflicting, between make or not complete treatment of each patient or meet the urgencies of several others.

*Key-Words:* The Ministry of health. ESF. Preventive

---

---

## Introdução

Para dominar o modelo de saúde centrado na doença e em práticas curativas, como acontecia de costume, o Ministério da Saúde lança, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), objetivando a reorganização do processo de trabalho em saúde na atenção básica, realizando melhorias onde havia problemas nos programas antecessores ao PSF, vislumbrando a incorporação de novos conceitos e práticas inovadoras, balizadas por diferentes tecnologias necessárias para atender às necessidades apresentadas nos espaços concretos, onde as pessoas constroem suas histórias e representam seu processo de saúde-doença (MAIA, *et al*, 2007).

A saúde bucal passou a compor a equipe do PSF em 28 de dezembro de 2000, quando foi sancionada *Portaria n. 1.444* 10, na qual o Ministério da Saúde estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção em saúde bucal, pela tamanha necessidade que havia em incorporá-la a esta equipe. O Artigo 2o, dessa Portaria, destaca que “*o trabalho das equipes de saúde bucal, no PSF, estará voltado para a reorganização de acesso às ações de saúde, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento do vínculo territorial*” .

É de fundamental importância a informação de que o PACS é um projeto antecessor do PSF, pois uma das variáveis importantes que o primeiro introduziu e que se relaciona diretamente com o segundo é que pela primeira vez há um enfoque na família, e este princípio de enfoque na família já estava estabelecido pelo PACS, e não no indivíduo, dentro das práticas de saúde. O programa também introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, de não “esperar” a demanda “chegar” para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se, assim, em instrumento real de reorganização da demanda. Além disso, outro diferenciador destes programas são as concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica, mas principalmente na prevenção. Ressaltando-se que

todos esses elementos serão centrais para a construção do Programa de Saúde da Família, porque constituem a essência (da concepção) de sua intervenção. O PSF se compõe em uma estratégia de reforma incrementada ao sistema de saúde no Brasil, tendo em vista que o programa aponta para mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde (superação da exclusividade do pagamento por procedimentos), nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local, e, portanto, no processo de descentralização (D’ÁVILA, DAL POZ, 1998)

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresenta características importantes para o Sistema Único de Saúde (SUS) e aponta possibilidades de adesão e mobilização das forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes, ou seja, o programa consegue abranger diversas áreas de fundamental importância. Isto possibilita integração e organização das ações de saúde em território definido, trata-se de um programa que atinge as necessidades básicas da população. A sua finalidade é propiciar o enfrentamento e a resolução de problemas identificados, problemas esses que já vinham sendo identificados com os fracassos dos projetos antecessores, pela articulação de saberes e práticas com diferenciados graus de complexidade tecnológica, integrando distintos campos do conhecimento e desenvolvendo habilidades e mudanças de atitudes nos profissionais envolvidos pois de nada adiantaria termos uma estratégia perfeita com profissionais incapacitados para colocá-la em prática (SANTOS, BATISTA, 2001).

Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresenta-se como uma possibilidade de reestruturação da atenção primária, pois este projeto abrange desde o primeiro contato do paciente com a recepcionista até o procedimento propriamente dito, a partir de um conjunto de ações conjugadas em acordo mútuo com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, coresponsabilização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer. (ALVES, SOUZA, 1998).

Inicialmente concebido como programa, o saúde da família é alçado à condição de estratégia para a reorientação da atenção básica (CONIL, 2000).

Cada equipe da ESF deve ser composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis ACS. Outros profissionais – a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos- poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com a demanda e possibilidades de cada localidade.

(LOPES, CARMAGNANI, 2001)

## **2. Desenvolvimento**

### **2.1 Linhas de tensões**

No estudo realizado por Maia, et al, (2007) foram analisadas as linhas de tensões do processo de acolhimento das equipes de saúde bucal, na Estratégia de Saúde da Família, no Município de Alagoinhas, Bahia, Brasil, essas linhas de tensões se instituem ao redor do programa saúde da família: o primeiro grupo estudado foram as recepções, nas Unidades de Saúde da Família, onde foi constatado que ainda são burocráticas e regidas por critérios administrativos e não técnicos. Os depoimentos, colhidos entre profissionais e pacientes convergem com as observações, apontando para o atendimento de uma demanda definida pela oferta restrita na porta de entrada – a recepção, ao contrário de outros programas de saúde onde geralmente se tem uma quantidade de pacientes a serem atendidos pré-estabelecida ou pela recepção ou pelos profissionais que os atendem.

Seguindo nessa direção, outro importante requisito a ser analisado é a forma como se dá o acesso dos usuários do programa à unidade de saúde da família, este é um quesito importante, pois o mesmo pode conflitar com o princípio da universalidade, proposto pelo próprio programa, considerando que o mesmo é modulado pela ordem de chegada, onde os pacientes podem observar cartazes informativos em lugares visíveis, informando-os sobre o número de vagas atualizado a cada dia de atendimento, deve conter

também os dias específicos para determinado grupo (gestantes, idosos, crianças, pacientes portadores de doenças sistêmicas), os dias em que cada profissional do programa estarão na unidade, o tipo de demanda, triagem ou seleção prévia de alguns casos, dentre outras formas de organização que permitam que o programa não esquive dos seus próprios princípios (MAIA et al, 2007).

O primeiro momento do tensionamento já ocorre durante a procura por uma vaga para consulta com o dentista. O sistema de marcação deste programa se dá por uma demanda espontânea, por meio de uma procura por consultas odontológicas, uma situação em que não há garantia de que os usuários conseguirão vagas, já que a procura ao atendimento odontológico torna-se cada vez maior. E em consequência deste grande número de oferta e procura ao atendimento odontológico forma-se a tensão e há uma limitação no número de consultas, dando início a uma disputa injusta entre os usuários, que passam a chegar cada vez mais cedo nas filas, para garantirem o seu acesso, e estes usuários que geralmente conseguem enfrentar essas filas e ter disponibilidade de tempo para garantirem seus lugares são os adolescentes e adultos jovens enquanto os idosos, donas-de-casa e pessoas que trabalham se vêm em desvantagem. Este conflito que se cria em volta desta situação pode tornar o programa em um serviço excludente, conflituoso e tenso, em que os usuários precisam procurar alternativas possíveis para serem atendidos, porém, se sentem muitas vezes inseguro e abandonado na busca cotidiana pelo atendimento, ou seja eles acreditam que estão fazendo algo que é de obrigação da organização do programa (MAIA et al, 2007).

Uma outra linha de tensão que se forma ao redor das unidades de saúde da família analisadas no estudo de Maia et al (2007) expuseram uma infra-estrutura deficiente, não apenas aos olhos dos usuários, que podem ser considerados leigos em analisar a infra-estrutura do local, mas muitas vezes, estavam em desacordo com as exigências da vigilância sanitária (que é o órgão especializado nesta análise) ou seja, inadequadas para o atendimento às pessoas e ao próprio trabalho do profissional, que sem a devida segurança e infra-estrutura pode até mesmo adquirir



uma doença sistêmica. Constatou-se que as unidades estudadas não tinham espaço suficiente para a acomodação dos usuários na recepção, o que mostra uma deficiência desde a estrutura física do projeto, insuficiência de bancos ou cadeiras, sendo que os existentes eram desconfortáveis; ausência de qualquer meio de entretenimento (televisão, som, revistas, jornais) para os usuários durante a espera; aspecto envelhecido ou mesmo sujo das paredes da recepção e dos consultórios; alguns consultórios sem ar condicionado, o que, segundo os trabalhadores, prejudicava o atendimento, o conforto e a segurança; uma das cadeiras odontológicas era antiga, colocando em risco a integridade física das pessoas que transitavam no consultório que poderiam se machucar. (MAIA et al, 2007).

Uma outra linha de tensão que se criou foi aquela relacionada com as práticas de saúde bucal propriamente dita, o atendimento dentro do consultório. Os dentistas, mesmo com a disponibilidade de tecnologias duras ao seu alcance que estavam disponíveis para a intervenção clínica, no entanto, realizavam procedimentos rápidos, escolhendo sempre aqueles com o grau de dificuldade mais simples de ser executado, negligenciando muitas vezes as normas de biossegurança e os critérios clínicos estruturados, comprometendo a qualidade do procedimento produzido. Em contrapartida a relação de encontro efetivou-se de forma leve e respeitosa, trazendo feixes de acolhida. Cada usuário, que entrava e saía do consultório, apresentava satisfação quanto ao tratamento relacional com o profissional, apesar de alguns demonstrarem insatisfação quanto ao procedimento realizado. Significando que o diálogo ocorria de uma maneira que agradava os usuários, porém o procedimento (restauração, exodontia, dentre outros), que implica garantia de resolubilidade e ganho de saúde, não se completava de forma satisfatória. (MAIA et al, 2007).

Um outro conflito que é gerado, ainda com relação ao tratamento paciente-profissional ressalta que o processo terapêutico organiza-se de forma tensa e conflitante, entre fazer ou não o tratamento completo, ou seja, concluir todas as necessidades que cada usuário apresenta, pelo menos, em relação aos

procedimentos básicos ou de urgência, ou resolver apenas os problemas demandados em cada consulta e atender a urgência do próximo paciente. No caso em que se faça a opção de atender apenas as necessidades básicas ou procedimentos de urgência de cada paciente iria gerar um tratamento que não se completa ocorrendo uma maior rotatividade de usuários que utilizam os serviços, criando um círculo vicioso, no qual a baixa resolubilidade acaba por gerar a permanência dos mesmos usuários por muito tempo no serviço, sem a garantia de que concluirão o tratamento ou se conseguirão resolver seus problemas e ainda impede que outros usuários, que possam ter até procedimentos mais urgentes a serem realizados sejam atendidos (MAIA et al, 2007).

A equipe de saúde bucal, que é de fundamental importância para a integração da ESF, precisa de gestores comprometidos com a organização do sistema e engajados com a saúde coletiva; trabalhadores capacitados para desenvolver, plenamente, seu conhecimento específico, educados de forma ininterrupta e permanente nos serviços e comprometidos com a defesa da vida individual e coletiva (que é o princípio básico deste programa); é de fundamental importância que a comunidade também esteja integrada nas decisões e no planejamento das propostas e ações de saúde; tudo isso, permitindo articulações com as proposições do SUS, num encontro concreto com a integralidade da atenção. (MAIA et al, 2007).

O acolhimento, em uma unidade de saúde, inicia-se com o diálogo no momento dos encontros que inicialmente deve ser do usuário com a recepcionista, por meio do trabalho em equipe, configurando-se numa verdadeira teia comunicacional, tanto para os trabalhadores entre si, como para os trabalhadores e usuários e não apenas atender a demanda dando lhes horários disponíveis, este programa precisa da mobilização das três partes que o compõe (usuários, gestores e profissionais da área de saúde) para que ele funcione da melhor forma possível. Sendo assim, cada encontro é um ponto de eminente tensão ou acolhimento, que poderá (ou não) produzir o cuidado. (MAIA, et al, 2007)

## **2.2 A família**

Provavelmente a ESF representa uma mudança no protótipo assistencial, passando de uma linha curativa para a preventiva, da ação monosssetorial para a interssetorial, da exclusão para a universalidade. Como todo programa de saúde este tem as suas dificuldades confinantes a este desafio, que neste caso interessa destacar o componente relacionado com o apoio da comunidade, “*Trata-se de detectar e principalmente promover acontecimentos sócio-políticos que possam afetar a consciência social ou sanitária de grupos na comunidade*” Ou seja, é necessário construir a viabilidade social de qualquer proposta de mudança, que passa pela inclusão das bases da sociedade civil nos processos decisórios. (ALVES, SOUZA, 1998) .

Em relação a saúde, o fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde, de instituições e segmentos sociais que possam exercer um controle social efetivo, participando tanto da análise dos problemas de saúde, quanto da definição de intervenções, são prerrogativas para construção de viabilidade social das mudanças no setor da saúde. Este estudo baseia-se em dois eixos temáticos principais. A expectativa de que a ESF seja um programa que traga bons resultados para que possa funcionar como uma alavanca avançando na transformação do modelo assistencial vigente no Brasil, o qual não surtia bons resultados, foi o ponto de partida. (ALVES, SOUZA, 1998).

Depois de criado e implantado o ESF o próximo passo foi o argumento de que é imprescindível não simplificar um objeto tão complexo como a família no momento de definir e avaliar práticas de saúde e não apenas usar a família como uma nomenclatura do projeto. É necessário perguntar de que família falamos, enfatizando o desenvolvimento de análises sobre práticas culturais e representações sobre saúde-doença no âmbito da família, e de seu próprio modo de vida. Dando um enfoque estratégico à família, enquanto um sujeito dinâmico e não meramente reativo, sendo parte de uma rede de relações de interdependência e ultrapassando os limites de uma abordagem linear. (ALVES, SOUZA, 1998) .

Ultimamente, diferentes possibilidades têm sido experimentadas no âmbito da organização da atenção primária, no sentido de atender aos princípios da

integralidade da ação, do impacto e da não-rejeição da demanda. Acerta levar em conta as experiências que foram positivas e negativas no momento de definir a organização e, principalmente, práticas de saúde e atribuições no âmbito do PSF. Outro importante tópico deste tema expede à formulação de uma proposta de avaliação do programa de Saúde da Família, com ênfase na dimensão sócio-cultural. Nesta avaliação serão analisados pontos fundamentais para o decorrer do programa como por exemplo: a definição do enfoque, a escolha do método e a própria exposição dos resultados constituem, sem dúvida, um todo conflitivo. Deve-se realizar a construção de critérios e estratégias de avaliação que se ajustem, ainda que por tentativas, à natureza do programa em questão. É, portanto, o reconhecimento da família como a base desta estratégia, como espaço privilegiado de constituição, desenvolvimento, crise e resolução dos problemas de saúde individuais e coletivos. (ALVES, SOUZA, 1998) .

### 2.3 Desvantagens da ESF

Um fator que pode contribuir para o desmantelamento da ESF é basicamente de ordem política, pois, a cada 4 anos é inevitável que grande parte dos municípios troquem seus prefeitos que, por sua vez, também trocam as equipes por outras, pois geralmente colocam nelas pessoas conhecidas comprometendo, assim, todo o trabalho implementado, ou seja, a troca excessiva dos membros das equipes por motivos "políticos" impossibilita o estabelecimento de vínculos, o avanço das ações e a relação equipe/família/comunidade, pois quando os profissionais conseguem ganhar a confiança e assiduidade dos pacientes os mesmos já se deparam com uma nova equipe . Assim, parece que a política municipal não reconhece os princípios norteadores do PSF e desconsidera a comunidade local como foco de atenção, dando a impressão de que o PSF é apenas um programa estratégico para reforçar a arrecadação e fortalecer as campanhas eleitoreira (ALMEIDA, CURI, 2005)

Existe também um fator que depende do aumento da demanda pela chegada de novas famílias e o atendimento a moradores de outras áreas representaram fatores negativos para o grupo de médicos pois cada equipe é responsável por uma quantidade  $x$  de famílias locais, ao lado da desvalorização do profissional do programa pelos médicos das unidades tradicionais. Durante análises de entrevistas feitas às enfermeiras foi constatado que os pontos negativos foram inexistência de apoio de outros setores do governo municipal e condições socioeconômicas das comunidades. Os agentes apontaram uma falta de plano de capacitação e profissionalização do agente, insuficiente respaldo institucional da USF e do gestor municipal (SANTOS, BATISTA, 2001).

Uma outra desvantagem observada durante este estudo é que este programa trata-se de um modelo de atenção que é voltado para populações que não podem contribuir financeiramente para a melhoria do atendimento ou até mesmo da infra-estrutura, e um modelo pelo qual as ações de saúde, para serem mantidas pelo estado, necessitariam de menos investimento em equipamentos e mais investimento em profissionais capacitados. Torna-se necessário ainda fazer referência ao seu barateamento pela participação da comunidade. Aponta-se ainda como equivocada a identificação do PSF como um sistema de saúde “*pobre para os pobres*”, com utilização de baixa tecnologia. O programa, segundo consta, deve ser entendido como modelo substitutivo da rede básica tradicional – de cobertura universal, após outros programas mostrarem-se deficientes neste quesito, porém assumindo o desafio do princípio da equidade - e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes (LOPES, CARMAGNANI, 2001).

#### 4. Considerações Finais

O Programa Saúde da Família foi lançado em 1994 com o principal objetivo de realizar significativas

mudanças no sistema de atenção básica à saúde no Brasil, este novo modelo foi construído baseando-se nos defeitos e qualidades que outros programas antecessores já haviam apontado.

Este programa apresenta-se com importantes princípios: a prevenção, universalidade, intersetorialidade, territorialização, dentre outros, com principal foco na família.

Assim como outros programas o PSF aponta algumas falhas, onde a mais gritante delas é de ordem política, pois faz-se necessário que a cada 4 anos realizem-se as eleições porém com elas geralmente toda a equipe de uma determinada gestão é alterada por uma outra, de pessoas conhecidas do novo prefeito.

#### Referências

1. ALMEIDA W.G.R.; CURI R.L., Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência, 2005
2. ALVES L.B.T.; SOUZA A.C.B., O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação, 1998
3. CAPISTRANO D.F., O Programa de Saúde da Família em São Paulo, 2000
4. D'AVILA A.L.V.; DAL POZ M.R., A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família, 1998
5. LOPES M.S.; CARMAGNANI M.I., Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens, 2001
6. MAIA A.S.; ARAUJO M.M.A.; ALÉCIO A.A.O.R.; ALVES M.A.N., Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil, 2007
7. MARQUES R.M.; MENDES A., Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?, 2002
8. MOTA T.R., MESQUITA C.S., O Programa Saúde da Família segundo

profissionais de saúde, gestores e usuários, 2006

9. SAMPAIO V.A., Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial, 2005
10. SANTOS J.I.P.; BATISTA J.M.T., Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família, 2001