

A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO SUS NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Thamires Conceição Silva Santos¹

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo evidenciar uma breve evolução histórica do Sistema Único de Saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família; além disso, buscou-se também descrever as principais mudanças ocorridas no âmbito da saúde pública no Brasil; compreender os fundamentos da saúde pública; e, salientar os aspectos pertinentes com os objetivos da Estratégia Saúde da Família. Para tanto, desenvolveu-se o método da pesquisa bibliográfica, contando com o respaldo de vários autores que contribuíram de forma sistemática para a elaboração e compreensão da temática referida. Os resultados obtidos com a realização deste trabalho demonstraram claramente as inúmeras transformações ocorridas no âmbito do Sistema Único de Saúde, desde a sua implantação até o momento atual. Com isso, ficou devidamente claro a importância de diferentes programas implantados pelo Serviço Público de Saúde, especialmente a ESF que visa consolidar o modelo assistencial preconizado pelos Sistema Único de Saúde, considerando a estratégia com base em seus princípios.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Estratégia Saúde da Família. Saúde Pública.

1 INTRODUÇÃO

Falar em saúde pública do Brasil, tanto historicamente quanto da atualidade remete, necessariamente a uma compreensão que abrange discussões em torno de problemas que parecem permanecer, ou, ainda de questões intrincadas que se estabelecem e se renovam com o aumento da população.

Contudo, há de se considerar que a partir da Constituição de 1988, mudanças significativas ocorreram no país, sobretudo no tocante à saúde que deu grandes saltos em sua qualidade e seu alcance. Um desses feitos que merecem destaque é, sem dúvida a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, que passou a fornecer um atendimento mais amplo aos menos favorecidos, especialmente com a

¹ Graduada em Enfermagem pela Universidade Tiradentes – UNIT. Pós-Graduada em Gestão em Saúde Pública e da Família pela Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe – FANESE. E-mail: thanthan_aju@hotmail.com

criação de programas que levaram as equipes de saúde a ter um contato mais direto com as comunidades (AYRES, 2006).

Um dos programas que ganhou extrema relevância foi justamente o Programa Saúde da Família – PSF, sendo implantado na década de 90 que teve por escopo consolidar e aperfeiçoar as doutrinas e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS. Posteriormente esse mesmo programa foi denominado de Estratégia Saúde da Família – ESF, a qual tem ganhado extrema notoriedade em todo território brasileiro (ROSA, 2005).

Assim, este trabalho tem por objetivo evidenciar uma breve evolução histórica do Sistema Único de Saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família; bem como descrever as principais mudanças ocorridas no âmbito da saúde pública no Brasil; compreender os fundamentos da saúde pública; e, salientar os aspectos pertinentes com os objetivos da Estratégia Saúde da Família.

O desenvolvimento deste tema se justifica por ser um assunto que está altamente em evidência, bem como por ser uma matéria que permeia toda a esfera da sociedade, pois, as mudanças e transformações ocorridas no âmbito da saúde pública no Brasil necessitam, por certo, serem sempre investigadas e pesquisadas sobretudo quando se trata de conhecer propostas que inovem a maneira de atendimento à população, como é caso do ESF.

Cabe destacar ainda que este trabalho foi realizado a partir do método da pesquisa bibliográfica, onde se contou com o apoio de diversos autores que contribuíram para a execução do assunto, assim como para sua devida compreensão.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Evolução Histórica do SUS

Inicialmente, é fundamental ressaltar que o Sistema Único de Saúde, conforme explica Souza (2002) começou a ser implantado através de uma estratégia que buscou dar paradigma universal à cobertura das ações de saúde, até então proporcionada pelo INAMPS somente para os seus beneficiários.

No final da década de 80, o setor público de assistência à saúde sustentava uma estreita relação com o INAMPS, que a partir de 1990 passou a integrar a

estrutura do Ministério da Saúde e que já vinha, nos anos anteriores, participando de modo significativo do seu financiamento (SOUZA, 2002).

De acordo com Souza (2002), levando em conta essa relação e a continuidade da participação do Ministério da Previdência no financiamento do INAMPS, este foi a princípio preservado e se estabeleceu no instrumento para garantir a continuidade, agora em caráter universal, da assistência médico-hospitalar a ser prestada à população. O INAMPS foi somente extinto pela Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, deste modo quase três anos após a promulgação da lei que instituiu o SUS.

No entendimento de Gavronski (2003), uma das características mais marcantes da instituição constitucional do Sistema Único de Saúde está em suas origens. Possivelmente, nenhuma outra seção da Constituição Federal de 1988 tenha embasamentos tão concretos e autênticos em um movimento social construído há mais de uma década antes da constituinte - o chamado "Movimento de Reforma Sanitária" - como é o caso da Seção II (Saúde) do Capítulo da Seguridade Social.

Segundo o autor supracitado, foi formado por pessoas e grupos organizados voltados para a crítica do modelo predominante de atenção à saúde e, posteriormente, para a elaboração e defesa de um projeto alternativo, o Movimento de Reforma Sanitária foi categórico no processo de reforma sanitária pelo qual passou (e passa) o Brasil, tendo fornecido as bases do vigente Sistema Único de Saúde, dentre as quais a participação da comunidade. O próprio movimento é a primeira expressão real da importância dessa participação na construção do SUS.

Em 1988, graças às reivindicações do Movimento da Reforma Sanitária, foi aprovada a Constituição Federal de 88, representando a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais no Brasil em face da grande crise e às demandas de enfrentamento dos grandes índices de desigualdade social. Essa Constituição tem como princípios fundamentais a universalidade, equidade e gestão democrático-participativa das políticas sociais. O texto constitucional, com relação à Saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário (VITAL, 2007, p. 16-17).

Assim, conforme esclarece Vital (2007), foi justamente na Constituição de 1988 que foi aprovado o Sistema Único de Saúde (SUS), onde concretiza a saúde como um direito basilar para o exercício da cidadania e dos direitos humanos

passando a ser responsabilidade estatal e ficando estabelecido: a universalidade, o acesso igualitário, a hierarquização, a descentralização e o controle social, como princípios básicos.

A Constituição de 1988 e as “Leis Orgânicas da Saúde” Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990 e Lei nº. 8.142 de 28 de dezembro de 1990, incorporaram grandes mudanças no sistema público de saúde, dando origem ao SUS com seus princípios: Universalidade, Eqüidade e Integralidade, e organizado pela Regionalização e Hierarquização, Descentralização, Resolutividade, Participação da comunidade e Complementaridade do setor privado (GALLO, 2005, p. 24).

Siqueira (2005) afirma que o Serviço Único de Saúde – SUS surgiu em virtude do agravamento da crise financeira, fazendo com o que o sistema redescobrisse, quinze anos depois da existência do setor público de saúde, a necessidade de se investir nesse setor. A Constituição de 1988, no capítulo VIII da Ordem Social e na seção II referente à Saúde, define no artigo 196 que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (SIQUEIRA, 2005, p. 21).

Segundo Siqueira (2005, p. 21), o SUS é definido pelo artigo 198 da seguinte maneira:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade.

Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Siqueira (2005) considera que o texto constitucional evidencia perfeitamente que a concepção do SUS estava fundamentado na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado com o bem-estar social, principalmente no que tange à saúde coletiva e aos direitos da cidadania.

Urge destacar que, inobstante o SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei 8.080. Esta lei define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento (Ibidem).

Assim, conforme explica Siqueira (2005), o SUS foi gerado como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar. Foram definidos como princípios doutrinários do SUS:

- Universalidade - o acesso às ações e serviços deve ser garantido para todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais e pessoais;
- Equidade - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida;
- Integralidade - significa considerar amplamente o indivíduo, atendendo todas as suas necessidades.

Ainda segundo o autor supracitado, esses objetivos e atribuições do SUS foram elaborados com o intuito de identificar e divulgar os fatores determinantes de saúde, por meio de políticas e de assistência à população. Uma consequência do SUS é o apoio e incremento do desenvolvimento científico-tecnológico na área de saúde.

Interessante observar ainda que, desde o surgimento do processo de implantação do SUS, foram publicadas três Normas Operacionais Básicas (NOB SUS 1991, 1993 e em 1996). No ano 2001 foi, publicada a Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS-SUS), atualmente em vigor. Neste contexto, Souza (2002) traz à baila os fundamentos jurídicos e normativos da descentralização do SUS:

Fundamentos jurídicos e normativo:

- Constituição Federal de 1988;
- Lei Orgânica da Saúde n.º 080802/90;
- Lei n.º 8.142/90;

- Normas Operacionais Básicas – NOB – publicadas em 1991, 1993 e 1996;
- Emenda Constitucional n.º 29/2000;
- Norma de Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – publicada em 2001.

Souza (2002) enfatiza ainda que uma das dimensões proeminentes desse processo refere-se à tentativa de definição do papel de cada esfera de governo no SUS, que se dá com intensos debates e conflitos, tendo em vista o caráter ainda recente do processo de democratização no Brasil, a acentuada heterogeneidade política, econômica e social no país, as características do federalismo brasileiro e as intensas transformações por que o Estado brasileiro vem passando nas várias áreas da política, entre outras questões.

Souza (2002) garante que o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a assegurar assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população, inclusive aos pacientes portadores do HIV, sintomáticos ou não, aos pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer.

Embora seja notória a presença de muitas dificuldades enfrentadas pelo SUS ao longo de sua existência, é possível asseverar que a atenção primária apresentou progressos expressivos no setor público. Esta evolução, não obstante, não foi verificada no setor privado, que detém a maioria dos serviços de complexidade e referência a nível secundário e terciário (SOUZA, 2002).

De qualquer modo, o Sistema Único de Saúde vem passando, desde a sua instituição pela Lei Orgânica da Saúde em 1990, por importantes mudanças. As principais delas, conforme explica Souza (2002) são orientadas pelas Normas Operacionais do SUS, estabelecidas através de portarias ministeriais. Estas Normas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir as novas posições no processo de implantação do SUS.

Não se pode negar que o SUS tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme importância e que apresenta resultados inquestionáveis para a população brasileira. Entretanto, persistem muitos problemas a serem enfrentados para aprimorá-lo como um sistema universal que possa prestar serviços de qualidade a toda população brasileira (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2009).

2.2 A Estratégia Saúde da Família

De acordo com Alencar (2006), o Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil a partir de 1994, tendo por objetivo concretizar e aprimorar as doutrinas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente nos serviços de atenção primária. Essa estratégia apresenta-se como a linha norteadora dos serviços de atenção básica e possui como elemento de trabalho a família com todas as características loco - regionais que ela possui.

Conforme Souza (2000 *apud* ALENCAR, 2006, p. 14):

A estratégia do PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada.

Na concepção de Antunes e Egry (2000 *apud* ALENCAR, 2006), o PSF surge com o propósito de rescindir com o modelo assistencial clínico, centrado na consulta médica, na supervalorização da rede hospitalar, na cultura da medicalização, na pré-consulta e na pós-consulta e, principalmente no descompromisso e na falta de humanização nas ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos em determinada área de abrangência.

Na concepção de Santos (2003, p. 38):

A forma tradicional de atendimento em saúde sempre conduziu ao atendimento individualizado, o usuário fora do seu contexto familiar e dos seus valores sócio-culturais. O Programa Saúde da Família vem a ser uma forma de substituição deste modelo vigente, em sintonia com os princípios de universalidade, equidade de atenção e da integralidade, e, acima de tudo, a defesa do cidadão. A família, como unidade de cuidado, é a perspectiva que dá sentido ao processo de trabalho do Programa Saúde da Família (PSF).

Neste contexto, Sousa (2000 *apud* OLIVEIRA; SPIRI, 2006) acredita que o PSF veio estabelecer uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, assim como para a relação com a comunidade e para diversos níveis de assistência.

Seu caráter, por certo, adota o compromisso de prestar assistência integral à população na unidade de saúde e no domicílio conforme regem as necessidades, além de identificar fatores de risco aos quais ela está exposta intervindo de maneira adequada. Estabelece, ainda, humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação dos usuários, através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, tendo sempre a saúde como direito de cidadania.

Nos moldes dessas informações, Costa e Silva (2004) advertem ainda que dentro da proposta de reorganização das práticas de atenção à saúde, novos e antigos instrumentos de trabalho foram incorporados para propiciar melhor desempenho das atividades e facilitar a aquisição do novo modelo, a exemplo da consulta médica e de enfermagem individual, consulta conjunta, com mais de um profissional atendendo o cliente, e da visita domiciliar.

Os autores supracitados ressaltam ainda que, a visita domiciliar assegura o vínculo e o acesso da equipe de saúde ao contexto familiar e social dos assistidos e é relevante no sentido de ser uma atividade que permite acompanhar regularmente a saúde da família, prestar ou supervisionar cuidados e identificar, no domicílio e nas dinâmicas e relacionamentos do grupo familiar, os fatores que poderão auxiliar na determinação do processo saúde-doença.

Não se pode deixar de enaltecer que o Programa Saúde da Família trabalha com conceitos de adstrição de clientela e territorialidade, e prima pelo estabelecimento do vínculo entre a comunidade e a sua equipe. É necessário também enfatizar que, segundo a Portaria GM/MS n.º 1.886 de 18 de dezembro de 1997, que discorre sobre as normas e diretrizes do PSF, cada Equipe de Saúde da Família deve ser composta minimamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde, considerando a proporção de um agente para, no máximo 150 famílias ou 750 pessoas (BRASIL, 1997 *apud* SANTANA, 2003).

O Ministério da Saúde propôs o PSF como uma estratégia para reorientação do modelo assistencial a partir da organização da atenção básica, apostando no estabelecimento de vínculo e na criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população (AYRES et al., 2006, p. 308).

De acordo com o Ministério da Saúde (2003), a ideia do Programa de Saúde da Família, respaldado nos princípios da Reforma Sanitária, assume como foco a

reorganização da atenção básica, assegurando a oferta de serviços à população brasileira e o fortalecimento dos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS.

Além disso, o PSF possibilita outras interfaces do sistema em múltiplos sentidos: por sua natureza municipalista, procura estimular a organização dos sistemas locais; pauta-se a partir da aproximação dos serviços com sua própria realidade; e envolve os atores sociais destas mesmas realidades. Neste contexto, o controle social e a participação popular se fortaleceram à medida que o programa se ampliou.

O conceito de saúde, que permeia todo o desenvolvimento do PSF, influenciou de forma decisiva na mudança da organização do processo de trabalho. A equipe da Saúde da Família assume, deste modo, o desafio da atenção continuada, resolutiva e regulada pelos princípios da promoção da saúde, nos quais a ação intersetorial era considerada essencial para a melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população acompanhada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

No entendimento de Vasconcelos (1999 *apud* ROSA; LABATE, 2005), o surgimento do PSF na década de 90, apoiado pelo Ministério da Saúde, reflete a intenção de valorização da família na agenda das políticas sociais brasileiras. Não é um atendimento simplificado, pelo contrário, é uma ampliação da atenção primária à saúde em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e, sobretudo, dos grupos mais vulneráveis.

Desta forma, conforme assevera Vasconcelos (1999 *apud* ROSA; LABATE, 2005), passa-se a denominar Saúde da Família como as práticas tradicionais de abordagem individual ou de relação com os grupos comunitários. Qualquer tipo de intervenção da equipe é considerado como familiar.

É importante esclarecer que, atualmente, o PSF assumiu outros enfoques, mudando inclusive sua denominação, a qual passou a ser chamada de Estratégia Saúde da Família – ESF, a qual continua priorizando as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua.

De acordo com Fernandes (2007 *apud* MORAIS; SILVA, 2008), a edificação da integralidade do cuidado em saúde na ESF tem sua proeminência na implantação e no fortalecimento da atenção básica à saúde pela ampliação e pela qualificação de sua equipe com incorporação das ações programáticas estratégicas, nas quais

devem constar a atenção à gestante e à mulher, como oferta do planejamento familiar, a prevenção do câncer de colo uterino e mama.

Silva; Motta e Zeitoune (2010) esclarecem que a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido mencionada como a estratégia estruturante para a obtenção de mudanças expressivas na esfera da Saúde Pública brasileira, especialmente, por propor importantes transformações na maneira de administrar o trabalho em saúde e que apresenta potencialidades em contribuir para a construção de um novo paradigma assistencial mais voltado para a prática humanizadora e holística.

Os autores supracitados afirmam também que com o intuito de dar continuidade às mudanças advindas da Reforma Sanitária, verifica-se sobremaneira o estímulo aos municípios em aumentar a cobertura da sua população pela Estratégia Saúde da Família, por perceber ser uma importante estratégia de reorientação do modelo assistencial, que tem como objetivo a organização da atenção básica e, sobretudo, a reordenação dos níveis secundários e terciários de atenção.

Sendo assim, Campos (1989 *apud* SANTOS, 2011) reforça a ideia de que a ESF deve se qualificar bem para ser a porta de entrada para o Sistema de Saúde, e como parte de uma rede básica, não deve ser pensado como uma simples porta de entrada do sistema de saúde, como uma porta hegemônica do modelo biomédico.

3 METODOLOGIA

De acordo com Gonçalves (2003), a metodologia objetiva especificar o tipo de pesquisa que será desenvolvida (de campo, documental ou bibliográfica), identificando também a forma de estudo (exploratória, descritiva, analítico, explicativo e experimental). É na metodologia que se define o caminho a seguir para o alcance dos objetivos propostos.

Sendo assim, o tipo de pesquisa escolhido para o desenvolvimento deste trabalho foi a bibliográfica que consiste no estudo de opiniões de vários teóricos, que estabeleceram de forma significativa acerca da evolução histórica do SUS no contexto da Estratégia Saúde da Família, auxiliando deste modo, a obter um conhecimento bibliográfico que prestará como respaldo para o apoio de revelações para a execução deste trabalho.

Segundo Gil (2002), a pesquisa bibliográfica é produzida com base em material já elaborado, composto especialmente, de livros e artigos científicos. Embora quase todos os trabalhos sejam requeridos algum tipo de estudo desse caráter, porém, existem pesquisas exclusivamente executadas a partir de fontes bibliográficas, sendo especificamente a natureza deste trabalho.

O instrumento de coleta de dados deste estudo se deu basicamente ao direcionamento a diversas bibliotecas, centros de documentação especializados para consultar livros. Além disso, utilizou-se o recurso da pesquisa em Internet, que em muito facilitou a busca de diferentes artigos que compõem a temática presente.

Quanto ao procedimento de coleta, realizou-se algumas ponderações acerca do material de estudo, por conseguinte, a leitura no material pesquisado, analisando rigorosamente e interpretando da melhor forma possível quais eram as idéias manifestadas.

A realização da análise dos dados do presente estudo, se deu em evidenciar de forma clara e precisa os principais conceitos utilizados pelos autores supracitados com relação ao tema proposto. Além disso, com base nesses conceitos, foi possível estabelecer as considerações finais, demonstrando o conhecimento adquirido com o material coletado.

Partindo desta visão, Goldenberg (2005) garante que, após a análise do material coletado, deve-se elaborar as considerações finais, que, de modo geral, são uma síntese das ideias principais da pesquisa e sugestões para novos estudos.

4 CONCLUSÃO

Conforme se observou, o Sistema Único de Saúde, foi uma das aquisições de mudanças sociais mais relevantes para a história do Brasil, surgindo num momento de profundas mudanças em diversas esferas da sociedade, destacando-se ainda mais no processo de redemocratização do Brasil que, em linhas gerais, estabeleceu novos rumos nas políticas públicas e fez surgir novos atores sociais que propunham um novo modelo de atenção à saúde.

Ao que consta, o estabelecimento do SUS gerou resultados imediatos. O mais relevante foi o fim da separação que havia no sistema público de saúde entre os incluídos e os não-incluídos economicamente com a implantação do princípio da

universalidade, que erradicou a figura injusta dos indigentes sanitários, promovendo a integração do Inamps ao sistema público de saúde.

Dentre as inúmeras mudanças ocorridas no âmbito do SUS, e, visando melhorar o nível de atendimento aos indivíduos, bem como, buscando estabelecer um atendimento mais assistencialista, criou o Programa Saúde da Família, sendo denominado posteriormente pela Estratégia Saúde da Família, o qual objetiva proporcionar um atendimento mais adequado às pessoas, com uma paradigma mais humanista e holístico se configurando, sobretudo como uma programa de caráter mais assistencialista.

Há que se considerar que a Estratégia Saúde da Família tem por incumbência promover a reorganização da prática assistencial com novos critérios de abordagem, provocando reflexos em todos os níveis do sistema, bem como priorizar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios e doentes, de forma integral e contínua.

Portanto, acredita-se que a ESF é um programa que se caracteriza por dar essencialmente prioridade aos indivíduos e a família, justamente por ser composto por diferentes profissionais, detendo toda uma gama de elementos disponíveis para lidar com diferentes problemas de saúde pública e, tendo, deste modo, extrema relevância no contexto do Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The present work has for objective evidence a brief historical evolution of the System Only of Health in the context of the Health family's Strategy; moreover, it also sought describe the main changes occurred in the scope of the public health in Brazil; comprehend the foundations of the public health; and, point out the pertinent aspects with the goals of the Health family's Strategy. For so much, this study developed the light of the method of the bibliographical research, relying on the several authors back-up who contributed of systematic form for and elaboration and comprehension of the referred thematic. The results obtained with the accomplishment of this work demonstrated clearly the countless transformations occurred in the scope of the System Only of Health, since your implantation until the current moment, moreover, it got properly clear the different programs importance implanted by the Public Service of Health, especially family's Health Strategy who aims consolidate the model care praised by the System Only of Health, considering the strategy with base in their principles.

Words-key: System Only of Health. Health family's strategy. Public health.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Rodrigo Conti Vieira de. **Vivência da ação educativa do enfermeiro no programa saúde da família (PSF)**. Dissertação apresentada a Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.

AYRES, Regina Celi Vieira et.al. Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, abri./jun., 2006.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretário de Saúde. **SUS 20 anos**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009.

GAVRONSKI, Alexandre Amaral. A **participação da comunidade como diretriz do SUS: democracia participativa e controle social**. Monografia apresentada à Universidade de Brasília. Brasília, 2003.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte e pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 9 ed. Rio de Janeiro: Record, 2005.

GONÇALVES, Hortência de Abreu. **Manual de monografia, dissertação e tese**. São Paulo: Avercamp, 2004.

OLIVEIRA, Elaine Machado de; SPIRI, Wilza Carla. Programa Saúde da Família: a experiência da equipe multiprofissional. **Revista Saúde Pública**. 2006.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. novembro/dezembro, 2005.

SANTOS, Elenice Pinheiro dos. **Contribuição da Estratégia Saúde da Família para a consolidação do modelo assistencial preconizado pelo Sistema Único de Saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Minas Gerais. Araçuaí/MG, 2011.

SIQUEIRA, Sandra Regina Cardoso. **Aplicação de ferramentas gerenciais para o aprimoramento da gestão hospitalar: uma abordagem analítica**. Monografia apresentada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2005.

SOUZA, Renilson Rehem de. **O sistema público de saúde brasileiro**. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, agosto, 2002.

VITAL, Natália Silva. **Atuação do serviço social na área de saúde mental frente ao neoliberalismo**. Trabalho de conclusão apresentado à Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.

ANEXO

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

NOB – Norma Operacional

NOAS – Norma Operacional da Assistência a Saúde