

Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro¹.

Telmo Mota Ronzani¹

Cornelis Johannes van Stralen²

Resumo

Este artigo é uma revisão bibliográfica a respeito de alguns conceitos básicos da Atenção Primária à Saúde (APS), relacionando-os com as políticas de implantação do Programa de Saúde da Família. Parte-se do embate entre dois paradigmas principais que pautam a prática dos profissionais e a implantação de políticas de saúde. O primeiro paradigma, ainda preponderante, fundamenta a formação superespecializada, com dependência dos recursos tecnológicos complexos e um isolamento entre as disciplinas de saúde. O segundo paradigma se baseia na ampliação das ações, voltadas para os conceitos de prevenção e promoção em saúde, princípios fundamentais do PSF. Desta forma, esta estratégia se desenvolve convivendo com tais paradigmas, muitas vezes de forma competitiva ou na confusão prático-conceitual dos pressupostos da APS. Ressaltamos que é preciso uma avaliação crítica do PSF para que seus objetivos primordiais não se percam ao longo de sua história.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Políticas de Saúde; Saúde Coletiva.

Difficulties in Implanting the Family Health Program as a Strategy for Reform of the Brazilian Health Care System

Abstract: This article is a bibliographical revision regarding some basic concepts of Primary Health Care (PHC), relating them with the policies of implementation of the Family Health Program (FHP). It begins with the contradiction between the two main paradigms that divide the professional' practice from the implementation of health policies. The first paradigm, still preponderant, is based on the overspecialized formation, with dependence on the complex technological resources and an isolation among the disciplines of health. The second paradigm is based on the amplification of work, going back to the concepts of prevention and health promotion, fundamental assumption of FHP. This way, this strategy is developed co-existing with such paradigms, often in a competitive way or in the practical-conceptual confusion of the

¹Psicólogo, Especialista em Saúde Coletiva, Mestre em Psicologia Social, Doutorando em Ciências da Saúde pela Escola Paulista de Medicina- UNIFESP, Pesquisador da UDED-UNIFESP.

Endereço: Av 11 de Junho, 685/136 bl 2 - Vila Clementino - São Paulo-SP - CEP: 04041-090

Tel: (11) 5572-8272 Fax: (11) 5539-0155 Email: telmo@psicobio.epm.br

²Psicólogo, Doutor em Sociologia e Política, Professor Adjunto da UFMG.

presuppositions of PCH. We point out that a critical evaluation of FHP is necessary so that its primordial objectives aren't lost along its path.

Key-Words: Primary Care Health; Health Policies; Collective health.

Introdução

Poderíamos dizer que, atualmente, existem duas propostas, de certa forma antagônicas, dentro das ciências da saúde. A primeira é aquela que privilegia as práticas especializadas, em que os lugares de prática e formação por excelência dos profissionais de saúde são os hospitais e, por outro lado, uma tendência que procura seu espaço, principalmente nas últimas décadas, fazendo um esforço para se efetivarem reformas dos sistemas de saúde que procurem mudar o enfoque político e assistencial e que levem em consideração as ações relacionadas à promoção em saúde, em contraposição a práticas meramente especializadas. Nesse contexto, o Programa de Saúde da Família (PSF) apresenta-se como uma estratégia assistencial que procura implantar um novo modelo de atenção à saúde, voltada para a saúde da família, considerando-a em todos os seus espaços de vida.

Porém, juntamente com essa tentativa de reforma, algumas confusões conceituais acabam refletindo diretamente nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). É a partir desse embate que procuramos realizar nossa discussão. Observamos propostas de mudança de enfoque assistencial, mas que — devido primeiramente à hegemonia das práticas pautadas na especialização no meio acadêmico e segundo às confusões relativas às práticas de APS — a formação acadêmica e identidade dos profissionais continuam ainda baseadas no modelo flexineriano (Ronzani, 2002).

Tal fato, direta ou indiretamente, influencia na configuração da principal estratégia de APS atualmente no Brasil, o PSF. Esses serviços tem se multiplicado em todo país. Em 2000, os Pólos de capacitação de profissionais envolviam cinquenta e oito escolas e faculdades de Medicina e sessenta e duas escolas e faculdades de Enfermagem, somando um total de trinta e dois Pólos implantados em todo o Brasil (Sousa, 2000a). O número de equipes de PSF passou de 847 em 1996, para 4950 em dezembro de 1999 (Machado 2000). Porém, não existe uma homogeneidade na prática desses profissionais, sendo que muitas Unidades de Saúde da Família (USF), muitas vezes, apenas reproduzem os antigos modelos de Postos de Saúde que se limitam à prática curativa. Observa-se, ainda, que tal crescimento não está acompanhado de uma mudança efetiva da prática dos profissionais, sendo que, na maioria das vezes, se reproduzem antigos modelos, sob um discurso dito como inovador. Os estudos nessa direção começam a ser desenvolvidos pois torna-se cada vez mais visível a disparidade entre a formação tradicional com o discurso que se quer novo, porém influenciado por confusões conceituais ou por questões ideológicas (Pedrosa e Teles, 2001; Souza, 2001).

A APS, então, mais especificamente o PSF, torna-se um discurso oficial nos meios profissionais e acadêmicos; porém a formação dos profissionais é ainda pautada no modelo antigo, em que se prioriza a especialização e o trabalho fragmentado em detrimento da formação generalista. Outro fato comum é o discurso tradicionalmente biologizado do profissional de saúde em detrimento das questões psicossociais também envolvidas nesse processo. Algumas escolas já procuram fazer uma mudança e uma crítica de tal formação, fazendo reformas curriculares. Porém, a nosso ver, existe um fator mais complexo em relação a esse problema, que seria a formação de uma identidade profissional presente no discurso do profissional

de saúde, que prioriza a superespecialização e a fragmentação do trabalho, pautado em recursos tecnológicos complexos, identidade esta mantida por questões corporativas ou mesmo por manutenção do *status* (Ronzani, 2002).

Este artigo, então, faz uma revisão bibliográfica sobre alguns conceitos primordiais para o entendimento da APS, principalmente da promoção de saúde e da tentativa de reforma de políticas de saúde no país. Nossa pesquisa bibliográfica foi feita em banco de dados de artigos nacionais e internacionais, documentos ou outras publicações de relevância para o tema abordado. Procuramos fazer uma discussão sobre amplitude dos objetivos a serem alcançados pelos sistemas de saúde no mundo que se preocupou com a complexificação e ampliação das questões envolvidas no fenômeno saúde/doença, ressaltando que as práticas em saúde não se limitam mais apenas ao fato de ausência de doença, comum num passado recente e ainda preponderante em alguns países, havendo uma maior preocupação com questões sócio-econômico-culturais que se relacionam com o processo saúde/doença e conseqüentemente uma ampliação de ações que visam à melhoria da saúde da população.

É a partir deste constante conflito conceitual que procuramos desenvolver o presente artigo. Dessa forma, os estudos a respeito da APS são importantes por alguns aspectos principais: ou por essa estratégia apresentar bons resultados — tanto a respeito de qualidade e equidade de serviços quanto na relação custo-benefício — pelo uso de um discurso pautado nos pressupostos básicos da APS, ou, por outro lado, seria uma prática que mostra uma deturpação de tais princípios e uma falta de preparo de profissionais e gestores para a implantação de tal política assistencial, priorizando o custo em detrimento do benefício e profissionais que acabam repetindo uma prática tradicional que vai de encontro aos princípios da APS.

Sendo assim, discutimos mais detalhadamente os princípios que embasam as ações no PSF, a partir da discussão dos pressupostos da atenção primária e promoção em saúde, suas características e problemas de efetivação para entendermos melhor a dinâmica dessa constante contradição tanto conceitual como prática das políticas de priorização da APS.

Políticas de Saúde no Brasil

Como já discutido acima, a implantação de programas de APS no Brasil apresentaram características próprias, decorrentes de suas políticas de saúde. Para entendermos melhor a caracterização da implantação do PSF no Brasil e sua relação com as políticas de saúde, torna-se útil utilizarmos a caracterização bastante didática dos sistemas de saúde dos países da América Latina, proposta por Frenk e Londoño (1997). Apesar da falta de uma análise mais aprofundada do sistema de saúde brasileiro, os autores fazem uma caracterização de nosso sistema de saúde como sendo o “Modelo de Contrato Público”. Tal modelo se caracteriza pela compra e oferta de serviços de saúde privados e públicos, possibilitando, assim, teoricamente uma escolha de serviços de melhor qualidade e de forma competitiva. Porém, observamos um crescimento cada vez maior do setor privado para uma população específica e uma falta de regulação da função denominada Articulação², pois, segundo os autores, tal função no sistema de saúde brasileiro é confundida com a função denominada Financiamento, havendo uma fragmentação do oferecimento e controle de preços e qualidade dos serviços. Assim, o modelo de Política

de Saúde brasileiro apresenta-se como um sistema que privilegia o mercado e o setor privado. O Estado acaba garantindo o mercado para esse setor, que oferece serviços complexos e de alta tecnologia e que, ao longo da história, vai se tornando um setor independente e instituído pelo Estado, comprometendo o princípio da equidade (Cohn, 1995; Soares, 2000). Dessa forma, observamos que a política de saúde brasileira foi marcada por um Estado financiador do setor privado para que estes, quando não mais necessitavam desse financiamento, se desvinculassem do Estado, passando a ser um “competidor” através de uma regulação do próprio Estado. Paradoxo este que tem como decorrência a ausência de equidade e a dificuldade de acesso de vários setores da sociedade aos serviços de saúde.

A partir destas características, coloca-se mais uma ambigüidade das reformas dos sistemas de saúde:

(...) enquanto a estratégia de Atenção Primária à Saúde se difunde a partir da Conferência de Alma-Ata, os centros hegemônicos da economia mundial revalorizam o mercado como mecanismo privilegiado para a alocação de recursos e questionam a responsabilidade estatal na provisão de bens e serviços para o atendimento das necessidades sociais, inclusive saúde (Paim e Almeida Filho, 1998, p. 301).

No Brasil, a reforma do sistema de saúde foi encabeçada pelo chamado Movimento da Reforma Sanitária. Este movimento foi articulado por sanitaristas e outros setores da sociedade no sentido de se fazer uma reforma do antigo sistema. Poderíamos dizer que a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) foi o resultado dessa luta, que incorpora na constituição de 1988 vários princípios e diretrizes da VIII Conferência Nacional de Saúde:

- 1) Universalidade, assegurando a todos os indivíduos o direito à saúde através de serviços de saúde e políticas econômicas e sociais.
- 2) Descentralização dos serviços de saúde, segundo os níveis de administração pública, com ênfase na esfera local³.
- 3) Hierarquização, organizando os serviços de saúde de acordo com sua complexidade.
- 4) Integralidade, integrando a assistência curativa com a prevenção e a promoção.
- 5) Regionalização, organizando ações e serviços tendo em vista sua especificidade e demandas locais.
- 6) Participação Popular, através da gestão participativa das políticas de saúde.

Entretanto, observamos que existem muitos problemas para a efetivação e a prática do SUS, pois há uma contradição entre a legislação que prioriza a prática e ação do Estado na saúde e a realidade política e econômica que faz o Estado reduzir sua ação social para dar espaço à livre concorrência do mercado.

Há, então, um constante embate entre o privilegiamento do aspecto econômico e a tendência de as políticas de saúde privilegiar ações voltadas para a prevenção e promoção à saúde, levando em consideração as determinações sociais do processo de saúde/doença, tornando a saúde um campo marcado pela interdisciplinaridade, em que as Ciências Sociais apresentam um papel importante de ação (Jekel, et al.1996; Minayo, 2000).

A Atenção Primária à Saúde

A partir da preocupação na expansão prático conceitual das políticas de saúde em todo o mundo e com o objetivo de definir novas estratégias assistenciais baseadas no conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ocorreu na cidade de Alma-Ata, no ano de 1978, a Conferência Internacional Sobre os Cuidados Primários em Saúde, tornando-se o marco na tentativa de se promover a saúde envolvendo outros setores da sociedade (OMS, 1978). Nessa conferência foram estabelecidos alguns parâmetros básicos da Atenção Primária à Saúde como uma estratégia de assistência baseando-se no conceito de saúde da OMS. A APS seria importante não somente para a prevenção e promoção da saúde, mas também para o desenvolvimento sócio-econômico dos países (FEPAPEM, 1986; Jekel, *et al.* 1996; Paim e Almeida Filho, 1998; Rubin, 1996). O seu relatório final afirma que as medidas para melhorar a saúde e a situação sócio-econômica devem ser vistas como mutuamente complementares, e propõe a APS como estratégia para alcançar a meta “Saúde para todos no ano 2000”, meta essa definida pela 30ª Assembléia Mundial da OMS realizada em 1977. Nesta perspectiva, o relatório conclui que a APS seria a chave para conseguir um grau aceitável de Saúde para Todos, ajudaria aos povos a contribuírem a sua própria evolução social e econômica (FEPAPEM, 1986; OMS, 1978; Paim e Almeida Filho, 1998).

Para compreendermos as propostas do PSF, não poderíamos deixar de citar, também, as Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde (I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, 1986; II Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, Adelaide, 1988; III Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, Sundsvall, 1991; IV Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, Jacarta, 1997), a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Região das Américas, ocorrida em 1992, na Colômbia, e a I Conferência sobre Promoção da Saúde do Caribe, realizada em 1993, em Trinidad e Tobago. Tais conferências, assim como em Alma-Ata, apresentam princípios e diretrizes importantes para as políticas internacionais e nacionais em relação à promoção em saúde, inclusive para o PSF no Brasil. Os relatórios destas conferências apontam para a planificação intersectorial de ações em saúde e para a formulação de políticas saudáveis (WHO, 1986; WHO, 1988; WHO, 1991; WHO, 1997).

Poderíamos então usar a conceituação de promoção em saúde como sendo o processo de possibilitar às pessoas um maior controle sobre sua saúde, baseado principalmente nos princípios de justiça social e equidade. A saúde, então, é vista como algo bastante amplo e envolve vários aspectos e pré-requisitos. Nesta perspectiva, foram definidas, em Jacarta, cinco prioridades para o campo da promoção da saúde:

1. Promover a responsabilidade social com a saúde, através de políticas públicas saudáveis e comprometimento do setor privado.
2. Aumentar os investimentos no desenvolvimento da saúde, através do enfoque multissetorial, com investimentos em saúde, e também em educação, habitação e outros setores sociais.
3. Consolidar e expandir parcerias para a saúde entre os diferentes setores em todos os níveis do governo e da sociedade.

4. Aumentar a capacidade da comunidade e fortalecer os indivíduos para influir nos fatores determinantes da saúde, o que exige educação prática, capacitação para liderança e acesso a recursos.
5. Definir cenários preferenciais para atuação (escolas, ambientes de trabalho, etc.) (Buss, 2000).

Para se chegar a ações efetivas na promoção em saúde, é necessário, dentre outras ações, o planejamento de políticas públicas de saúde, a integração de ações de saúde com outros setores como o meio-ambiente e a economia, a participação e o controle social das políticas de saúde. O Governo Federal, através do PSF, objetiva tais mudanças, mas no dia-a-dia esbarra com realidades de formação profissional e organização de serviços, até mesmo em Unidades de Saúde da Família, que ainda não conseguem transpor a barreira de práticas pautadas em ações individuais e isoladas (Ronzani, 2002).

Para podermos embasar nosso foco de discussão, devemos deixar claro que as ações e políticas de saúde baseadas na APS apresentam como diferencial fundamental o enfoque na promoção de saúde e não mais somente na prevenção — evitar que uma determinada doença ocorra. É a partir do conceito de promoção em saúde, principalmente, que podemos encontrar algumas contradições e dificuldades pelas quais os profissionais passam para conseguirem atingir os objetivos do PSF. A primeira dificuldade estaria no fato de que, a partir da promoção em saúde, as práticas não devem se limitar à doença em si, mas devem considerar o contexto histórico cultural e as concepções a respeito de determinados fenômenos e situações sociais (Minayo, 2000; OMS, 1978).

Para podermos fornecer mais alguns subsídios para nossa discussão e percebermos a amplitude dos objetivos da APS e as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde em atingi-los, cabe-nos detalhar um pouco mais tais objetivos. Os cuidados primários em saúde seriam definidos como acessibilidade de todos os indivíduos e famílias de uma comunidade a serviços essenciais de saúde prestados por meios que lhe sejam aceitáveis, através de sua participação integral e a custos que a comunidade e o país possam absorver (OMS, 1978). Neste sentido, a APS seria caracterizada, de forma sucinta, como uma prática preventiva e de promoção física, social e psicológica da saúde de forma mais ampla possível e com menores custos (FEPAPEM, 1986; OMS, 1978; Paim e Almeida Filho, 1998; Rubin, 1996).

Poderíamos então destacar os cinco princípios básicos da APS: acessibilidade, que seria o primeiro contato com a equipe de maneira a avaliar as queixas das pessoas; abrangência, que consiste no oferecimento amplo de ações no cuidado de doenças crônicas e prevenção psicossocial; coordenação, ou seja, disponibilidade de um sistema de informação e avaliação das ações; continuidade, que desenvolve ao longo do tempo um relacionamento com a comunidade e possibilita a promoção de uma forma mais consistente e ao longo prazo; e, por último, responsabilidade, que consiste na interação constante com a comunidade a respeito dos serviços oferecidos, de forma não somente a fornecer um esclarecimento do trabalho da equipe, mas também na discussão da forma de atuação mais adequada àquela comunidade (Paim e Almeida Filho, 1998; Rubin, 1996).

Além da importância social, o aspecto econômico também é um importante fator para a implementação desses programas, uma vez que a APS pode diminuir sensivelmente a hospitalização, os gastos tecnológicos — pois neste nível de atenção à saúde utiliza-se de tecnologias básicas — e com uma

resolutividade estimada em cerca de 75% a 85% (Jekel, *et al.* 1996; OMS, 1978; Paim e Almeida Filho, 1998; Rubin, 1996). Nos países em desenvolvimento como o Brasil, a APS se torna ainda mais importante, uma vez que nos situamos em dois problemas de saúde ao mesmo tempo. Ainda não se conseguiu erradicar algumas doenças infecto-contagiosas — comuns em países em desenvolvimento — e ao mesmo tempo cresce cada vez mais a incidência de doenças crônico-degenerativas — comuns em países desenvolvidos (Frenk e Lodoño, 1997). Sendo assim, passamos por uma situação controversa, pois não conseguimos resolver antigos problemas de saúde e, ao mesmo tempo, novos problemas estão aumentando.

A divisão da saúde em níveis de atenção é realizada numa busca de racionalidade dos sistemas de saúde de acordo com sua complexidade. Poderíamos distinguir os três níveis de atenção em saúde da seguinte forma: 1) nível primário: caracteriza-se por não haver distinção de idade, sexo nem de causa de consulta, com objetivo de ação antes que uma determinada doença se instale ou de diagnóstico precoce; 2) nível secundário: caracteriza-se por ser ambulatorial ou hospitalar, no qual se distinguem problemas para populações específicas que demandam atenção em nível especializado, com a progressão de uma determinada doença mais avançada, porém ainda passível de uma intervenção mais básica; 3) nível terciário: caracteriza-se por ser eminentemente hospitalar, com a realização de ações especializadas e com uso de tecnologias mais complexas.

Entretanto, como estratégia, a APS ultrapassa os limites do setor saúde. Tendo em vista a preocupação em se analisar os múltiplos fatores envolvidos na questão da saúde, as práticas e as características de planificação dos programas de APS devem levar em consideração a realidade de cada país e população específica, principalmente em relação às realidades sociais, econômicas e culturais de cada comunidade (Ronzani, 2000).

Além disso, a prática do profissional repercute nos resultados das políticas de saúde de forma mais ampla (Campos, 1992). Twaddle (1996) discute a questão da padronização mundial da prática médica, fazendo com que a relação médico-paciente se torne distanciada e sem considerar o contexto sócio-cultural. Tal fato também é apontado por Minayo (2000) a respeito da barreira criada entre médico e paciente, através de um código de linguagem fechado e específico. Dessa forma, muitas práticas alternativas não-profissionais ganham cada vez mais espaço de ação na comunidade. Em conseqüência, somado à dificuldade de acesso aos serviços de saúde pública, observamos a população procurando práticas alternativas como curandeiros ou procedimentos “caseiros” para a resolução de seus problemas. Tal fato faz com que o profissional tenha um difícil acesso à comunidade e não consiga implementar práticas efetivas de saúde.

Levando em consideração tal distanciamento entre o profissional e a população, discute-se a importância de se considerar aspectos sociais, econômicos e culturais de uma determinada sociedade. O acesso aos serviços de saúde estaria, então, diretamente associado a questões sociais. Starfield (1998) aponta que quanto maiores os recursos sociais dos indivíduos e comunidades, maior a probabilidade de melhores condições de saúde. Esta autora ainda faz uma relação entre desigualdade econômica e desigualdade ao acesso à saúde. A APS é defendida como uma possibilidade de redução dos efeitos decorrentes da desigualdade social. Porém, em decorrência das reformas dos sistemas de saúde em alguns

países onde se prioriza a privatização dos serviços, o princípio da equidade se encontra comprometido em decorrência de práticas mercantilistas que levam a exclusão social.

Apesar da difusão dos programas de APS, as políticas mundiais tendem a preconizar unilateralmente o desenvolvimento econômico em detrimento de políticas sociais. Por isso, torna-se importante uma avaliação crítica dos programas de APS que estão sendo implantados, para que a relação custo-benefício não se torne a principal fonte de redução de custos e, conseqüentemente, haja uma redução da qualidade dos serviços prestados e um “nivelamento por baixo” das equipes de atenção à saúde (Paim e Almeida Filho, 1998; Ronzani, 2000; Souza, 1999). Esta avaliação implica uma reavaliação prática e teórica das políticas públicas para que haja uma nova forma de se atuar, levando em conta as questões sociais relevantes à sociedade.

Outro fator que deve ser levado em consideração para a implantação dos programas de APS seria as possíveis conseqüências decorrentes da “Atenção Primitiva à Saúde”, conceito desenvolvido por Testa, citado por Paim e Almeida Filho (1998), que seria uma política assistencial adotada por países que dispõem de serviços diferenciados para distintos grupos sociais, e que estão preocupados fundamentalmente em reduzir os gastos em saúde, organizando serviços de segunda categoria para uma população considerada inferior. Por isso, a APS, por si só, não garante um acesso de todos aos serviços de saúde, de forma equânime e de qualidade. É necessária uma planificação de políticas de saúde que sejam compatíveis aos princípios da APS.

O PSF e a Reforma do Sistema de Saúde no Brasil

Para entendermos como a APS se torna a principal estratégia de melhoria de acesso e equidade na saúde e da reforma dos sistemas de saúde, é importante voltarmos à discussão sobre o conceito de saúde. Este conceito tem sido rediscutido, ampliando-se o foco do binômio saúde/doença para uma preocupação com as questões sócio-econômicas e psicológicas envolvidas, também encontradas nesse processo (Faria, 2000; Ferrara, *et al.* 1972; OMS, 1978; Paim e Almeida Filho, 1998; Souza, 1999). Desta forma, as ações referentes à saúde ampliam-se e articulam-se com os vários aspectos da vida da sociedade.

A Organização Mundial de Saúde discute já há algumas décadas, a redefinição, ou melhor, a mudança de enfoque a respeito da conceituação de saúde, sendo não somente a ausência de doença mas como o completo bem-estar físico, mental e social (Faria, 2000; Ferrara, *et al.* 1972; OMS, 1978; Paim e Almeida Filho, 1998; Rubin, 1996; Singer, *et al.* 1981). Tal idéia de saúde leva-nos a pensar na manutenção de um estado ótimo, que sintetiza a sensação de bem-estar. Saúde, então, deixa de ter a interpretação de ausência de doença, sendo equivalente a um bem-estar mais amplo. Como decorrência, a intervenção e a assistência à saúde não podem mais se limitar aos ambientes hospitalares, havendo a necessidade de ampliação dos campos de atuação, além da articulação com outros setores sociais e a inserção de outros profissionais para o alcance da promoção à saúde (Ferrara, *et al.*, 1972; Jekel, *et al.* 1996; Johnson, 1991; Muller Neto, 1991). Todavia, como ressalta Ferrara *et al.* (1972), tal conceito nos reporta a uma concepção estática, uma vez que saúde apresenta a equivalência de bem-estar de uma forma imprecisa. Em decorrência da dificuldade de uma definição clara de “bem-estar”, a conceituação de saúde

da OMS apresenta alguns problemas operacionais. Singer *et al.* (1981), no mesmo raciocínio, discute a falta de operacionalidade deste novo conceito. Além disso, este autor discute a incapacidade dos serviços e sistemas de saúde tradicionais em lidarem com tal conceito e resolverem os problemas de saúde de forma satisfatória.

Apesar de tal problema, a redefinição conceitual apresenta sua importância, uma vez que alguns países estão procurando promover mudanças nos sistemas de saúde, visando a uma maior eficiência e equidade dos serviços. Porém, ainda existem alguns problemas de planificação e reformas dos sistemas de saúde no mundo. Especificamente nos países em desenvolvimento, existe uma tendência à “modernização” através de investimento de medicina de alta tecnologia, deixando de lado as ações de atenção primária (Twadle, 1996). A partir de tal fato, existe uma espécie de perpetuação dos quadros de saúde da população, colocando em segundo plano as ações básicas preventivas e priorizando uma ação superespecializada, com pouca resolutividade e difícil acesso à população em geral (Campos, 1992; Campos, 1997a; Campos, 1997b; Costa Neto, 2000; Soares, 2000). Por isso, procura-se cada vez mais uma reforma dos sistemas de saúde voltadas para a APS.

O PSF é, atualmente, a principal estratégia de APS no Brasil e é até mesmo visto como alavanca de uma transformação do sistema como um todo. Porém, as Unidades de Saúde da Família (USF) têm-se expandido sem um controle mais rígido desses serviços. Observa-se uma inadequação da formação dos profissionais da equipe e uma dissonância entre a política de saúde proposta e o dia-a-dia do profissional. Além disso, a representação social a respeito do perfil e da prática do profissional de saúde e do seu lugar na sociedade, implica demandas nem sempre condizentes com aquilo que o PSF pretende oferecer. Em decorrência de tais fatos, dentre outros, a reforma do sistema de saúde brasileiro tem ocorrido com algumas características próprias e alguns entraves no que diz respeito principalmente aos serviços de APS, como discutidos acima. A seguir discutimos como o PSF se configura como estratégia de reforma do sistema de saúde brasileiro e alguns problemas na sua implantação e expansão.

O Programa Saúde da Família como Estratégia de APS

Em conseqüência dos princípios e das diretrizes do SUS e da difusão das estratégias de Atenção Primária à Saúde, iniciaram-se esforços para reformular o modelo de atenção à saúde. Neste contexto, o Programa de Saúde da Família, então, torna-se não apenas uma estratégia de Atenção Primária mas também de reformulação do modelo assistencial (Faria, 2000; Santos, *et al.* 2000; Sousa, 2000a; Vasconcelos, 2000; Viana e Dal Poz, 1998).

Poderíamos dizer que os primórdios do PSF seriam os médicos de família. Em 1963, a OMS publicou um documento sobre a formação do médico de família. Tal preocupação foi decorrente do modelo de formação flexneriana, que acarretou na superespecialização e fragmentação da formação médica (Vasconcelos, 2000). Colocou em questão se a atenção médica tradicional teria realmente promovido uma melhoria efetiva na saúde da população ou continuava muitas vezes se servindo de um papel dominador e controlador do corpo e da vida social do sujeito como um todo.

Os serviços de saúde, como consequência do modelo de formação flexineriano, tornam-se muito mais produtores de demandas do que um serviço que promova saúde efetivamente (Jekel, *et al.*1996; Minayo, 2000). Outro fator bastante discutido por diversos autores é a respeito do interesse corporativo da medicina tradicional em manter alguns privilégios e interessados muito mais em atender a interesses econômicos do que a responder às necessidades reais de saúde da população (Minayo, 2000). Contra essa tendência, surgia a proposta do médico de família, porém ainda pautada no modelo americano de medicina liberal que, até certo ponto, é uma prática excludente, pois as famílias atendidas dependeriam de uma capacidade financeira para o pagamento dos honorários do profissional (Vasconcelos, 2000).

A partir de tal influência, mas com adaptações em relação ao modelo americano, alguns profissionais procuraram trazer diversas experiências da medicina comunitária. Tais experiências, a princípio, estavam vinculadas principalmente às pastorais da igreja católica e a outros movimentos sociais emergentes nas décadas de 70 e 80 (Vasconcelos, 2000). A medicina comunitária já demonstrava, então, uma certa preocupação com as práticas coletivas, mas ainda limitada a ações pontuais e curativas.

Na década de 90, surge um maior enfoque na importância da família e da comunidade na reorganização dos serviços de saúde. Isto foi inspirado, entre outros, pelo modelo de atenção primária cubano e pela tendência de aproximar a assistência institucional e a não institucional, construindo redes de solidariedade primária.

O Governo Federal aponta, então, como principais estratégias de reforma assistencial do sistema de saúde brasileiro, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), que propiciaram uma mudança na alocação de recursos financeiros, na organização dos serviços e na concepção e atenção à saúde. Segundo Viana e Dal Poz (1998), o PSF se constituiria numa estratégia de reforma incremental³ do sistema de saúde no Brasil. Seu objetivo principal é o de aprimoramento e consolidação das propostas do SUS (Brasil, 1997). Para tanto, tem havido um investimento financeiro por parte do Ministério da Saúde no sentido de induzir à implantação do PSF em todo país (Souza, 2001). Da mesma forma, a partir de 1997, foram estabelecidas as responsabilidades de cada esfera do Governo e as funções dos profissionais que fazem parte das equipes do PSF (Brasil, 1997). Podemos notar, já nesse momento, uma atribuição de responsabilidades, principalmente da esfera municipal, levando a ações muito mais burocráticas e à manutenção do incentivo financeiro do que propriamente da efetivação do Programa. Além disso, algumas responsabilidades foram pré-estabelecidas sem a preocupação de que os municípios teriam ou não a capacidade técnica para executá-las (Brasil, 1997).

O PACS foi antecessor do PSF, criado no ano de 1991. Este Programa teve como modelo inicial as experiências realizadas nos estados do Mato Grosso do Sul, Paraná e Ceará, que tinham como objetivo principal a diminuição da mortalidade infantil e materna. Tal experiência foi avaliada como satisfatória e implantada principalmente nos estados das regiões Norte e Nordeste (Souza, 2001). Este programa já incorporava os princípios de uma maior aproximação com a comunidade e do abandono do enfoque reducionista da prática médica profissional, incentivando a criação do PSF devido aos bons resultados obtidos (Viana e Dal Poz, 1998).

Anteriormente à implantação do PSF, existiam basicamente dois modelos de medicina comunitária. O primeiro, implantado na cidade de Niterói (RJ), chamado de Programa de Médicos de

Família, inspirado no modelo cubano, onde não havia Agentes Comunitários de Saúde. O segundo, implantado na cidade de Porto Alegre (RS), onde se desenvolvia um projeto de saúde comunitária a partir de práticas de educação em saúde para os profissionais sobre diversos temas e havia já uma adscrição de área de atuação.

O PSF foi efetivamente implantado no ano de 1994 e expandido para o resto do país. Esse programa se baseou em experiências de outros países como Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra, porém levando em consideração características da realidade brasileira (Viana e Dal Poz, 1998).

Aos poucos, o PSF tornou-se um instrumento de reestruturação e reorganização do SUS, que vai de encontro ao modelo assistencial tradicional. Tal estratégia apresenta alguns princípios baseados nos pressupostos do SUS, tais como a universalização das ações, porém focalizando a população socialmente menos favorecida, promovendo ações especiais e diferenciadas. Outro princípio seria o de que é possível haver práticas focalizadas e, ao mesmo tempo, atender ao caráter de universalidade do SUS e reformulação da política de saúde como um todo (Brasil, 1996; Brasil, 2000; Vasconcelos, 2000; Viana e Dal Poz, 1998). O PSF se apresenta como uma estratégia assistencial em que a família e o seu meio social são o foco de ação. Esta estratégia apresenta as seguintes diretrizes e características básicas: o PSF é a porta de entrada para o sistema de saúde; visa à integralidade dos níveis de atenção; existe uma definição do território a ser atendido a partir do critério populacional; as ações devem ser realizadas numa relação multiprofissional (Souza, 2001).

É bastante clara a tentativa de reorganização do sistema de saúde, de transposição dos modelos tradicionais e da mudança na prática profissional a partir do PSF:

A diferença vai muito além do nome. Enquanto os postos e centros de saúde tradicionais adotam um modelo passivo de atenção, limitados a encaminhar doentes para os centros especializados ou para o hospital mais próximo, as Equipes de Saúde da Família (ESF), em atividade nas Unidades de Saúde da Família (USF), identificam os problemas e necessidades das famílias e da comunidade, planejando, priorizando e organizando o atendimento (Brasil, 2001, p. 5).

Sobre a caracterização das ações das Equipes, o Ministério da Saúde aponta:

Mais ainda, as ESF dispõem de meios e profissionais capazes de resolver a maioria dos problemas de saúde ali mesmo, na USF. Quando necessário, as ESF realizam atendimento no próprio domicílio. Só os casos excepcionais, que representam menos de 15% do total atendido pelas USF bem instaladas, são encaminhados para as unidades onde haja profissionais especializados e equipamentos mais sofisticados (Brasil, 2001, p.5).

Podemos observar na descrição acima, que o PSF se torna uma prática ampla e complexa, necessitando de uma equipe com um preparo técnico bastante diversificado. Realidade ainda pouco possível em função de uma ambigüidade em relação à formação — formação esta entendida como as ações formais, mas também pelas relações acadêmicas, grupos e instituições informais —, currículo acadêmico atual dos profissionais de saúde e a demanda de trabalho como proposto e os entraves políticos que passam desde a esfera federal até as esferas municipais (Costa Neto, 2000; Ronzani, 2000).

Outro problema a ser observado em relação à implantação do PSF como estratégia de reforma do sistema de saúde brasileiro seria a contradição entre os princípios que regem suas ações e sua operacionalização. Como já foi dito, o PSF apresenta como objetivo geral a mudança do antigo modelo de atenção à população com a inversão da lógica no modelo de atenção primária vigente. Porém, este modelo tem causado alguns problemas na questão da restrição ao acesso a esses serviços com a justificativa de manutenção da qualidade prestada. Desta forma, torna-se conflituosa a proposta de mudança de paradigmas assistenciais e o princípio básico do SUS que seria a universalidade de acesso. O PSF apresenta ainda problemas de efetividade social, uma vez que tem seu território de ação ainda restritos e competindo com os modelos tradicionais ainda preponderantes (Pinheiro, 2001). Além do mais, observamos que a implantação do PSF é ainda bastante heterogênea, servindo de manobras eleitoreiras ou de apenas mais uma fonte de renda para os municípios, sem mudar a lógica de saúde como proposta. Sendo assim, as características do PSF dependerão da perspectiva política dos administradores municipais (Ronzani, 2001), correndo o risco de uma atomização da estratégia de PSF e, conseqüentemente, havendo uma reprodução dos atuais problemas da política de saúde brasileira, como aponta Sousa (2000b): ineficiência, iniquidade, pouca resolutividade, insatisfação profissional e das famílias/comunidades.

Atualmente, a política de saúde brasileira tem dado grande enfoque à regionalização e à hierarquização de ações de acordo com a complexidade. A Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2002 (NOAS 01/02), estabelece uma classificação de municípios através do Plano Diretor de Regionalização (PDR), de acordo com os níveis de complexidade dos serviços de saúde e com critérios populacionais. Mais uma vez foi um projeto que não avaliou as realidades de cada região do país, havendo uma dificuldade na sua execução. A partir da NOAS, há uma centralização de alguns procedimentos em municípios pólo, que não têm condições de infra-estrutura para receber usuários de outros municípios e nega a estrutura existente em algumas cidades ou regiões. Observa-se uma priorização para a criação de novas Equipes de PSF nos municípios de médio e pequeno porte, porém não se discutem as mudanças e ajustes necessários para minimizar os problemas já existentes (Brasil, 2002). Além disso, as mudanças no sistema de saúde brasileiro estão sendo propostas, como no caso do PSF, sem serem devidamente discutidas pelas escolas de saúde pública ou outros órgãos de formação profissional, como os pólos de capacitação existentes em todo o país, fazendo com que elas sejam igualmente vistas de forma totalmente céticas ou acríicas, como afirma Almeida Filho (1997) e Campos (1997b).

Considerações Finais

Procuramos, a partir dessa revisão bibliográfica, levantar alguns questionamentos a respeito da efetivação da política de saúde brasileira atual, com o objetivo de problematizarmos e deixar mais claros alguns possíveis entraves para a efetivação do PSF. Enquanto não se discutir de forma ampla as questões levantadas nesse artigo, já discutida por outros autores, continuaremos a escutar o discurso oficial de priorização da APS, porém com um crescimento apenas quantitativo dessa estratégia. Sabemos que o PSF é uma estratégia implantada há poucos anos e que seu aprimoramento também depende do fator tempo. Entretanto, é preciso que se levantem e se discutam seus problemas para que esta estratégia não se perca no tempo e caia no descrédito tanto dos profissionais e, principalmente, da população em geral.

Concluindo, avaliamos que o PSF é uma proposta com potencial para promover algumas mudanças na situação de saúde da população, mas que passa por problemas como a formação de recursos humanos e a confusão freqüente a respeito dos seus pressupostos, dentre outros. Assim, postulamos que há uma dissonância entre a proposta assistencial e a sua efetivação prática, favorecendo a reprodução de antigos modelos.

Procuramos, dessa forma, contribuir para que as ações em saúde coletiva se desenvolvam cada vez mais e que possibilitem o objetivo último das pessoas envolvidas no estudo dos fenômenos sociais brasileiros: a conquista da dignidade de nossa população.

NOTAS

1. O presente artigo é parte da Dissertação de Mestrado em Psicologia Social da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

2. Os autores fazem uma divisão de quatro funções principais dos sistemas de saúde nos países. É através destas funções que eles analisam as políticas adotadas nos países. As quatro funções são: 1) modulação: projeto, implementação e monitoramento do andamento do sistema de saúde; 2) financiamento: mobilização de dinheiro para recursos; 3) oferecimento: seria o funcionamento dos serviços; 4) articulação: organização e gerenciamento dos cuidados de saúde.

3. Merece destaque este princípio pela controvérsia e discussão a respeito deste conceito. O objetivo da descentralização seria o da democratização do Estado, acarretando maior justiça social e maior controle da população e esferas locais. A descentralização se tornou um conceito estático e com uma conotação positiva do termo. Deve-se discutir porém, que descentralização, por si só não apresenta características boas ou más. Sabe-se de muitas confusões a respeito do termo, principalmente no que se refere às políticas de descentralização de alguns municípios, onde se confunde com freqüência a descentralização com “prefeiturização”, baseada em uma política de autoritarismo, falta de participação popular e democratização dos serviços. A caracterização do processo de descentralização dependerá das estratégias políticas e sociais a serem tomadas pelo município. Para que um programa de APS seja efetivo, é preciso que haja um processo de descentralização democrático, participativo e com capacidades para tomadas de decisão mais adequadas à realidade sócio-histórico-cultural de uma determinada comunidade (Muller Neto, 1991; Stein, 1997). Outro ponto muito bem discutido por Luz (2001) é que o processo de desresponsabilização da saúde vem ocorrendo no Brasil de uma forma de uma descentralização das obrigações do Estado mas, ao mesmo tempo, uma centralização de recursos, havendo uma responsabilização excessiva sobre os municípios sem que estes tenham um respaldo técnico-financeiro para tal.

4. Segundo tais autores, a reforma incremental seria pequenos ajustes sucessivos do sistema de saúde, diferenciando-se do que eles denominam de reforma big-bang, que seria mudanças expressivas e significativas no funcionamento dos sistemas de saúde, de forma rápida e pontual.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.2, n.1/2, p 5-20, 1997.

BRASIL. **Saúde da Família**: uma estratégia de organização dos serviços de saúde, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996. Mimeografado.

BRASIL. **Portaria 1886/GM**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. **A implantação da unidade de Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica. Caderno 1. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2001.126p.

BRASIL. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 107p.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 163-178, 2000.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma**. São Paulo: Hucitec, 1992. 220 p.

_____. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.13, n.1, p.141-144, 1997a.

_____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e a reforma das pessoas. O caso da saúde. In Cecilio, L.C.O. (Org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997b. p. 29-87.

COHN, A. Mudanças Econômicas e políticas de saúde no Brasil. In Laurell, A. C. (Org). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995. p. 225-244.

COSTA NETO, M.M. O currículo médico e o sistema de saúde em construção. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 1, n.2, p. 46-51, 2000

FARIA, E. V. F. A Formação do Profissional de Saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 2, n. 4, p 10-11, 2000.

FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA - FEPAPEM. **La Atencion Primaria**: una aproximacion a su comprension. Caracas: FEPAPEM, 1986. 57p.

FERRARA, F. A.et al. **Medicina de la comunidad**. Buenos Aires: Intermédia, 1972. 414 p.

FRENK, J. e LODOÑO, J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. **Health Policy**, v. 41, p1-36, 1997.

JEKEL, J. F. et al **Epidemiology, biostatistics and preventive medicine**. Philadelphia: Saunders, 1996. 328 p.

JOHNSON, D.B. (1991). Primary prevention in education. In: I CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA ESCOLAR **Anais...** Campinas: ABAPEE/PUCCAMP/ Átomo, 1991. p 21-26.

LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A. (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p 17-37.

MACHADO, M. H. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil**. Volume IV. Região Sudeste. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. 90 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2000. 270 p.

MULLER NETO, J. S. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. **Saúde em Debate**, v. 31, p. 31-66, 1991.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In Pinheiro, R. e Mattos, R. A. (Org). **Os Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p. 65-112.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, 1978.

PAIM, J. S. e ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PEDROSA, J. S. e TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001.

RONZANI, T. M. **O psicólogo na Atenção Primária à Saúde**: desafios, contribuições e redirecionamentos. 2000. 53p. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva)- Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora.

_____. O PSF e a saúde mental: uma proposta de saúde ampliada em Rio Pomba-MG. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v.3, n. 8, p. 38-42, 2001.

_____. **Novas políticas e velhas práticas**: um estudo sobre identidade de médicos de PSF. 2002. 171 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

RUBIN, R.H. **Medicine in Primary Care Approach**. Philadelphia: Saunders, 1996. 493 p.

SANTOS, B. R. L. et al. Formando o enfermeiro para o cuidado à saúde da família: um olhar sobre o ensino de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 53, p. 49-59, 2000.

SINGER, P. et al. **Prevenir e curar**. O controle social dos serviços de saúde. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1988. 166 p.

SOARES, L. T. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, p. 17-24, 2000.

SOUSA, M. F. Saúde da Família provoca inovações nas instituições de ensino superior. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 8-11, 2000a.

_____. A enfermagem reconstruindo sua prática. Mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, p. 25-30, 2000b.

SOUZA, A. S. A interdisciplinaridade e o trabalho coletivo em saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 2, n. 2, p. 10-14, 1999.

SOUZA, S. P.S. **A inserção dos médicos no serviço público de saúde**. Um olhar focalizado no Programa de Saúde de Família. 2001. 123 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Instituto de Medicina Social- UERJ, Rio de Janeiro.

STARFIELD, B. O Desafio de atender às necessidades de saúde através da Atenção Primária. **Argentina meeting health needs**. Argentina, 1998. Mimeografado.

STEIN, R. H. A descentralização como instrumento de ação política e suas controvérsias. **Serviço Social e sociedade**, São Paulo, v. 54, p. 75-96, 1997.

TWADLE, A. C. Health system reforms - toward a framework for international comparisons. **Society Science Medical**, v. 32, n. 4, p. 637-654, 1996.

VASCONCELOS, E. M. A priorização das famílias nas políticas de saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 2, n. 4, p. 20-28, 2000.

VIANA, A. L. D. e DAL POZ, M. R. A Reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

WHO. First International Conference on Health Promotion. Ottawa. Disponível em: <www.who.int/hpr/archive/pconference/first/logo.html>. Acesso em: 10 jul. 2002.

WHO. Conference Statement of the 2nd International Conference on Health Promotion. Adelaide. Disponível em: <www.who.int/hpr/archive/docs/adelaide.html>. Acesso em: 10 jul. 2002.

WHO. Third International Conference on Health Promotion. Sundsvall. Disponível em: <www.who.int/hpr/ncp/publications.htm>. Acesso em: 10 jul. 2003.

WHO. Fourth International Conference on Health Promotion. Jacarta. Disponível em: <www.who.int/hpr/archive/pconference/fourth>. Acesso em: 10 jul. 2003.

Submissão: junho de 2003 Aprovação: novembro de 2003
