



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES - CCHLA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**Íris da Silva Cabral Moisés**

**UMA POLÍTICA PARA POBRES? Um estudo sobre a Atenção Primária à Saúde no  
Brasil (1995-2010)**

**2016**

**Íris da Silva Cabral Moisés**

**UMA POLÍTICA PARA POBRES? Um estudo sobre a Atenção  
Primária à Saúde no Brasil (1995-2010)**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba/UFPB como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientador: Dr. Gustavo Tavares da Silva

M714u

Moisés, Íris da Silva Cabral.

Uma política para pobres? Um estudo sobre a Atenção Primária à Saúde no Brasil (1995-2010) / Íris da Silva Cabral Moisés. - João Pessoa, 2016.

106f

Orientador: Gustavo Tavares da Silva

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHL

1. Serviço social. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Política de saúde. 4. Assistência à saúde.

UFPB/BC

CDU: 36(043)

## **TERMO DE EXAME**

Dissertação de Mestrado apresentada à banca do Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, como pré-requisito à obtenção do grau de Mestre em Serviço Social.

Data da avaliação: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

## **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Gustavo Tavares da Silva – Orientador

Serviço Social da UFPB

---

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Maria de Fátima Melo do Nascimento - Examinadora Interna

Docente do Departamento de Serviço Social da UFPB

---

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Ana Paula R. De Sales Miranda - Examinadora Externa

Docente do Departamento de Serviço Social da UFPB

## **AGRADECIMENTOS**

O meu agradecimento em primeiro lugar é para Aquele que sempre se mostrou presente e real em minha vida; Deus! Agradeço a Ele por estar ao meu lado desde o momento da aprovação no mestrado até sua conclusão. A Ele toda honra, toda glória e todo louvor.

Meu agradecimento especial é para o meu orientador Gustavo Tavares. Obrigado professor pela sua disponibilidade, solicitude e boa vontade que tiveste comigo. Sempre respeitando minhas ideias e a essência do trabalho que queria construir. Sou grata pela ajuda, colaboração e por seu apoio. Terás sempre meu respeito, carinho, admiração e gratidão.

Em seguida, estendo meus sinceros agradecimentos a uma pessoa que foi essencial durante essa trajetória no mestrado, a professora Maria de Fátima Melo do Nascimento. Querida professora Fátima, muito obrigado por ter me aceitado contigo no estágio docência, pelo espaço na sala de aula, nas participações em bancas de TCC, na qualificação do projeto, pelos conselhos, pelas palavras de ânimo e conforto. Foram muitas as lições que aprendi contigo. Fostes muito mais que uma professora, uma amiga. Por tudo que fizeste, saiba que estarás sempre em meu coração.

Agradeço também a professora Socorro Vieira que mesmo sem me conhecer acreditou em mim, e em momentos de tensão que passei nesses dois últimos anos sempre me recebeu com um sorriso no rosto, me ouviu, me orientou e me ajudou. Saiba que jamais saberei exprimir em palavras o tamanho da minha gratidão e respeito por ti. Também agradeço a professora Ana Paula Miranda, pela presença e disponibilidade em contribuir para este trabalho.

Por último, não menos importante, ao meu eterno namorado, meu esposo amado, Jobson Marcos, que esteve comigo em todos os momentos e a cada novo desafio. Você que fez minha inscrição nesse mestrado, foi meu maior incentivador, meu melhor amigo, quem mais me apoiou e me deu alento ao longo do meu caminho... Tenhas certeza que de todas as minhas realizações você é a maior delas.

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz,  
de tal maneira que um dado momento a sua fala seja a sua prática”.

Paulo Freire

## DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação a três pessoas que foram de suma importância durante esse processo. Especialmente ao meu esposo Jobson Marcos Moisés pela assistência e amor; a minha sogra Janeide Moisés que sempre me ajudou e que está em constante oração por mim e, também, a professora Maria de Fatima Melo do Nascimento por todo apoio, amizade e carinho.

## RESUMO

O presente trabalho parte da indagação se a Atenção Primária a Saúde (APS) pode ser considerada uma política para pobres e tem por objetivo principal analisar os desafios da APS a partir da abordagem de autores que defendem e os que criticam a execução dessa política. Para isso, foi realizada uma pesquisa documental com base em alguns dos principais materiais lançados pelo Ministério da Saúde (MS), representando assim, a posição oficial e legal do governo federal. Também foi feita uma revisão bibliográfica na literatura crítica a respeito da saúde pública e da condução dos cuidados primários à saúde no país. O período analisado foi de 1995 a 2010 que envolve dois importantes governos. Neste estudo aborda-se brevemente sobre o desenvolvimento do sistema da assistência a saúde no Brasil até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. Em seguida trata-se sobre os cuidados primários no país destacando a adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a criação dos Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF). Por fim, apontam-se as principais divergências entre o discurso institucional e as interpretações que contestam a versão oficial sobre a APS. A partir deste estudo observa-se que desde os anos de 1990 a política de governo de cunho neoliberal impactou negativamente o setor da saúde, ampliou o espaço privado na oferta de serviços, restando ao poder público o cuidado básico para aqueles que não podem pagar. Entre os desafios identificados está o fortalecimento da APS e a efetiva inversão do sentido que lhe é atribuído de uma política de alcance limitado por utilizar tecnologia simples, focada na população mais pobre.

**Palavras-chave:** Atenção Primária a Saúde, Política de Saúde, Assistência à Saúde.

## ABSTRACT

This study of the question whether the Primary Health Care (PHC) can be considered a policy for poor and has as main objective to analyze the challenges of APS from the authors approach defending and criticizing the implementation of this policy. For this, a document search based on some of the main materials released by the Ministry of Health (MOH) was performed, thus representing the official and legal position of the federal government. There was also a literature review in the critical literature on public health and the conduct of primary health care in the country. The study period was from 1995 to 2010 involving two major governments. In this study, we discuss briefly about the development of the health care system in Brazil until the creation of the Unified Health System (SUS) in 1988. Then it is on primary care in the country highlighting the adoption of the Family Health Strategy (ESF) and the creation of Support Centers for Family Health Strategy (NASF). Finally, point to the major differences between the institutional discourse and interpretations that challenge the official version of the APS. From this study it was observed that since the 1990s the neoliberal government policy negatively impacted the health sector, expanded the private area in the provision of services, leaving the Government to basic care for those who cannot afford. Among the challenges identified are the strengthening of PHC and the effective reversal of the direction given to it a range of policy limited to use simple technology, focused on the poor.

**Keywords:** Primary Health Care, Health Policy, Health Care.

## **LISTA DE SIGLAS**

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

APS – Atenção Primária de Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

DMP - Departamento de Medicina Preventiva

DNERU - Departamento Nacional de Endemias Rurais

ESF – Estratégia Saúde da Família

FHC - Fernando Henrique Cardoso

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

MOPS - Movimento Popular de Saúde

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio da Saúde da Família

NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde

NOB - Normas Operacionais Básicas

OMS – Organização Mundial da Saúde

PB - Paraíba

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Rede de Assistência a Saúde

RN – Rio Grande do Norte

SAMU – O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIAB – Sistema de Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

UPAS – Unidade de Pronto Atendimento

USB – Unidade Básica de Saúde.

## LISTA DE GRÁFICOS

|                                                                                                                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gráfico1 - Evolução da cobertura da Saúde da Família. Brasil 1998 - 2005/2006.....                                                                                            | 78 |
| Gráfico 2 - Evolução da cobertura da Saúde da Família. Região Nordeste.1998-2005/2006.....                                                                                    | 79 |
| Gráfico 3 - Evolução da cobertura da Saúde da Família. Municípios com renda baixa. Brasil, 1988-2005/2006.....                                                                | 80 |
| Gráfico 4 – Evolução da cobertura da Saúde da Família. Municípios com renda alta. Brasil, 1988-2005/2006.....                                                                 | 80 |
| Gráfico 5 – Evolução da cobertura da Saúde da Família. Municípios agrupados segundo faixa de renda. Brasil, 1988-2005/2006.....                                               | 81 |
| Gráfico 6 – Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas segundo estrato da Saúde da Família. Brasil, 1988-2005/2006.....                       | 83 |
| Gráfico 7 – Taxa de internações por AVC (por 10.000 hab.) na população de 40 anos ou mais, segundo o percentual de cobertura da Saúde da Família. Brasil, 1988-2005/2006..... | 84 |

## SUMÁRIO

|                                                                                                                                                        |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>I – INTRODUÇÃO .....</b>                                                                                                                            | <b>13</b>  |
| <b>II – CAPÍTULO - O SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRO E À ASSISTENCIA A SAÚDE. ....</b>                                                           | <b>20</b>  |
| 2.1 – O desenvolvimento do Sistema de Proteção Social e da Assistência à Saúde no Brasil: A origem de uma política pobre? .....                        | 21         |
| 2.2 – O Sistema Único de Saúde (SUS) na perspectiva de proteção social. ....                                                                           | 34         |
| 2.3 – Dilemas da assistência à saúde no Brasil. ....                                                                                                   | 38         |
| <b>III CAPÍTULO – CONTEXTUALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SEU DESDOBRAMENTO NO BRASIL .....</b>                                                 | <b>44</b>  |
| 3.1- O debate sobre os cuidados primários em saúde.....                                                                                                | 45         |
| 3.2 – Atenção Primária à Saúde no Brasil: Subsídio para entender a Estratégia Saúde da Família e o Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família. .... | 57         |
| 3.3 – O Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil. ....                                                                                     | 64         |
| <b>IV CAPÍTULO – PROBLAMATIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE INSTITUCIONAL.....</b>                                                                    | <b>69</b>  |
| 4.1. – A interpretação do CONASS sobre a Atenção Primária à Saúde. ....                                                                                | 69         |
| 4.2 – Atenção Primária à Saúde segundo a Política Nacional de Atenção Básica. ....                                                                     | 73         |
| 4.3. – O que diz a Análise dos ‘Indicadores Seleccionados’. ....                                                                                       | 77         |
| 4.4 – Críticas a atual forma como vem sendo implementada a Política de Atenção Primária a Saúde no Brasil. ....                                        | 86         |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                                                                                                       | <b>97</b>  |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>                                                                                                                               | <b>104</b> |

## I – INTRODUÇÃO

O trabalho em tela surge da indagação se a Atenção Primária a Saúde (APS) pode ser considerada uma política para pobres, tendo como base para essa análise o período de 1995 até os anos de 2010. Dessa forma, o principal objetivo consiste em analisar os desafios da APS a partir da abordagem de autores que defendem e os que criticam a execução dessa política.

Não é peculiar apenas ao setor da saúde a existência de desigualdades marcantes, advindas do interior da formação econômico-social brasileira, seja no perfil da saúde, seja na oferta de serviços. Analisando especificamente a saúde, destacaram-se ao menos duas visões que ganham cada vez mais expressividade no campo da Atenção Primária à Saúde (APS): de um lado, os que advogam um sentido amplo, sistêmico e integrado de APS, que possibilitam articulações intersetoriais em prol do desenvolvimento humano, social e econômico das populações (CONASS, 2007; PNAB, 2012; BRASIL, 2008). De outro lado, os que apontam APS como uma política pobre que demanda baixa tecnologia, seletiva e focalizada nas populações pobres, que se distancia do princípio da universalidade (Bravo, 2008; Cohn, 2005; Behring, 2003; Teixeira, 2007).

As conquistas trazidas pela Constituição Federal de 1988 para o sistema de proteção social de modo geral, dentre as quais se ressalta a saúde pública, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), constituiu-se em um marco significativo na trajetória dessa política. Foi inaugurado um modelo de proteção social pautado na universalidade, que expressava o reconhecimento dos direitos sociais e afirmava o dever do Estado na garantia de tais direitos.

No entanto, com os impactos trazidos pelo neoliberalismo para as políticas sociais, a partir da década de 1990, houve um confronto entre o que previa a recém-criada Constituição e as medidas que passaram a ser implantadas a partir de então, processo que BEHRING (2003) caracteriza de contrarreforma do Estado. Tratou-se de uma reação conservadora de natureza regressiva, tendo como algumas de suas expressões a flexibilização das relações de trabalho, a privatização, o sucateamento dos órgãos públicos, a precarização de salários, o desmonte das políticas da Seguridade Social e as restrições dos direitos sociais.

O enxugamento do Estado como provedor dos direitos básicos, entre os quais se sobressai a assistência à saúde, amplia o espaço para o setor privado na oferta de tais serviços, por possibilitar altas taxas de lucros, restando ao poder público os cuidados básicos para aqueles que não podem pagá-los e acessá-los via “mercado”.

Assim, o projeto neoliberal para a saúde se espraia ao longo do governo do presidente Fernando Henrique Cardoso - FHC (1995-2002). Para Bravo (2008), o Projeto da Reforma Sanitária, marco no campo da Política de Saúde nos anos 1980, confronta-se, a partir de então, com o Projeto de Saúde de cunho privatista. O período apresenta, em linhas gerais, a contenção de gastos com a racionalização da oferta, bem como a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e focalização de programas. Sob essa perspectiva, o Estado assume a tarefa de garantir um mínimo aos que não podem pagar, cabendo à iniciativa privada prestar os serviços de saúde àqueles que podem consumir pelas regras de mercado.

A partir dos anos 2000, com o governo de Luiz Inácio da Silva (2003-2010), houve significativas ações no campo das políticas sociais, das quais podemos destacar: Bolsa Família, ampliação do acesso ao nível superior, criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), alargamento da cobertura das equipes de Saúde da Família (ESF), criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Contudo, para Teixeira (2012), a tendência da década anterior foi mantida, com as propostas de focalização de programas às populações mais vulneráveis, como é o caso da ESF; manteve-se o incentivo à privatização do setor e estímulo aos seguros privados, além de um forte apelo às parcerias com a sociedade civil, por meio da refilantropização da assistência à saúde.

Desde a criação do SUS em 1988, o acesso à assistência básica tem avançado muito nos últimos anos, sobretudo a partir da adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia da atenção básica, tendo com objetivo promover mudanças no modelo de assistência à saúde do país. No entanto, convivem distintas interpretações no campo teórico e conceitual a respeito da condução da APS no território nacional. De um lado, o governo afirma, por meio do Ministério da Saúde (MS), que a atenção primária não é uma assistência precária para os pobres, tratando-se de cuidados primários pautados na prevenção, promoção e cura, articulada com os outros níveis de assistência à saúde. É um sentido amplo, sistêmico e integrado de APS (BRASIL, 2007).

Com essa concepção, o MS baseia-se nos princípios básicos do SUS, que residem na crítica ao modelo de assistência de cunho biologista, no qual o corpo é visto de forma segmentada, e não como um todo integrado, privilegiando as ações curativas e fragmentadas em especialidades, optando por avançar até o sofisticado nível de alta complexidade, que encarece a assistência e reduz a cobertura.

Por outro lado, há os que advogam que a APS, para além do discurso oficial, constitui-se, de fato, em uma estratégia de atenção à saúde seletiva, focalizada na população mais pobre

e portadora de uma tecnologia simples e limitada. Para Bravo (2002, p. 201), “foi instituída uma medicina pobre para pobres”. Na concepção de Behring, “foi instituído um sistema pobre para os pobres e um padrão de qualidade maior para os que podem pagar pelos serviços mais corriqueiros” (BEHRING, 2003, p. 268).

Já para Teixeira, é bem racional e lógico o que consta nos dados oficiais, do ponto de vista do custo benefício, da racionalidade do sistema de saúde e da filosofia do mercado, “mas, em termos práticos, esse tipo de política acaba por servir mais a uma necessidade compensatória, de baixo custo, que funciona também como controle social da população pelo Estado, ao mesmo tempo em que amortiza conflitos” (TEIXEIRA, 2001, p. 238). Ainda afirma que, em sua maioria, tal modelo de assistência tende a reproduzir a prática médica que trata de patologias e não de cidadãos.

Portanto, objetivou-se analisar os desafios da Atenção Primária à Saúde a partir das abordagens acima referendadas. Procurou-se também associar a esse debate a discursão mais ampla que envolve o desenvolvimento da assistência à saúde e seu trajeto histórico, até sua inclusão como política de proteção social trazida pela Constituição/1988, o processo de “sucateamento” vivenciado pelas políticas públicas de modo geral a partir da década de 1990 e com a contrarreforma na saúde. Ou seja, buscou-se associar o problema com uma totalidade que interage de forma dialética e abre um campo de reflexão que é pouco utilizado para entender a realidade do país (ANDREAZZI, 2012).

A tarefa é apreender tal processo a partir de uma perspectiva crítica dialética de totalidade. E para alcançar os objetivos acima referidos, utilizaram-se fontes bibliográficas e documentais. Trata-se de um estudo descritivo e analítico, com abordagem qualitativa. Isso permitiu não apenas registrar, levantar informações para analisar os fenômenos estudados, mas também identificar as principais contradições que marcam a Atenção Primária no contexto nacional através de uma pesquisa de nível exploratório e explicativo.

O recorte temporal utilizado se dá a partir dos anos de 1995 até 2010. A década de 90 é um período em que ocorreram as primeiras publicações, denominadas de Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS), e em que a temática sobre a atenção básica adquiriu maior visibilidade no cenário nacional. Desde então, ocorreu uma maior sistematização e produção de conhecimento sobre atenção primária. O período também abrange dois importantes governos, o de Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva, apresentando assim, algumas peculiaridades na política de governo importantes para a análise.

Os procedimentos metodológicos seguidos consistiram primeiramente em uma revisão bibliográfica com a apropriação dos autores que discutem o desenvolvimento do Sistema de

Proteção Social e da Assistência à Saúde no Brasil, até a concepção de Sistema Único (SUS) e adoção da Atenção Primária à Saúde como modelo a ser adotado por esse novo sistema de saúde. Também se percorreu a literatura sobre a Atenção Primária, seus pressupostos e fundamentos (COHN, 2005; BRAVO, 2008; BRASIL, 2011; FILHO, 2002; JÚNIOR E ALVES, 2007; STARFIELD, 2002).

Prosseguiu-se com o estudo, com apropriação dos principais documentos e normatizações da área da saúde emitidas pelo Ministério da Saúde (MS) disponíveis no endereço eletrônico da Biblioteca Virtual de Saúde, no Portal da Saúde (Departamento da Atenção Básica - DAD) e no Sistema de Atenção Básica (SIAB). Procurou-se trazer algumas tabelas e gráficos que apresentam informações relevantes sobre a expansão da Estratégia Saúde da Família com a redução dos índices de mortalidade infantil, a queda na taxa de internação por AVC, entre outras (dados do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB). Utilizaram-se as principais leis vigentes que definem e regem o Sistema Único de Saúde (SUS), a Política de Atenção Básica (PANAB), além da Portaria GM nº 154/2008, que cria os NASF. (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010; BRASIL, 2012).

Também se utilizou como metodologia de tratamento das informações a análise de conteúdo frequencial e temática, na busca de compreender criticamente o sentido das informações coletadas. No decorrer do estudo, surgiram dados quantitativos que foram importantes, e optou-se então por representá-los por meio de tabelas, em caráter de complementaridade. Como principais categorias teóricas, foram elencadas as seguintes: Política de Saúde, Atenção Primária e Proteção Social e Atenção Primária à Saúde.

A escolha pelo tema desta dissertação, a abrangência da pesquisa e o potencial a ser atingido coloca-se para além de uma mera descrição dos princípios da APS e das condições postas às equipes da ESF e do NASF, ou mesmo de um mero levantamento teórico sobre a assistência à saúde e a proteção social, mas propõem-se a fazer uma reflexão crítica relacionando o contexto mais amplo de determinações para o primeiro nível de atenção e para a efetivação de seus princípios.

O interesse pelo tema iniciou na graduação, por ocasião do Estágio Curricular e do Trabalho de conclusão de curso (TCC), em que se buscou refletir sobre os reflexos do neoliberalismo para ESF e para o NASF. Contudo, na medida em que foram se realizando novas leituras e refletindo sobre outros aspectos, intentou-se aprofundar nossa investigação no mestrado sobre a Atenção Primária.

A organização desta dissertação está dividida em quatro capítulos, a introdução considerada o primeiro capítulo, seguido dos demais. No segundo capítulo, procurou-se

responder um dos objetivos específicos, qual seja, refletir sobre a assistência à saúde na perspectiva da proteção social. Fez-se uma breve retomada histórica sobre o longo caminho de desenvolvimento da assistência à saúde no país, desde a concepção fragmentada, paliativa, com foco na doença e restrita aos trabalhadores formais, até os principais avanços com a adoção de um novo modelo, incorporado pelo SUS, que assume os cuidados primários como estratégia prioritária do sistema de saúde.

Destaca-se aqui que a organização de um sistema de saúde deve ter como metas: otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde; em seguida, deve minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde. Por essa razão e reconhecendo às crescentes iniquidades sociais e de saúde em quase todos os países, é que a Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou um conjunto de princípios para construir a base da atenção primária dos serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

Em diversos países, a assistência médica básica foi agregada ao rol dos direitos humanos, o que conferiu à saúde o estatuto de um direito universal e indispensável que é sustentado pela Declaração Universal desses direitos. No Brasil, a saúde ganhou o status de política pública de caráter universal e gratuito a todos os cidadãos a partir da Constituição Federal de 1988, que além de ser um arcabouço de direitos, prevê um conjunto de demandas como dever do Estado.

Assim, a interpretação da APS assumida pelo MS (como o primeiro nível do sistema de atenção à saúde) conceitua-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais frequentes de saúde. Orienta-se a fim de minimizar os custos econômicos e a satisfazer às demandas da população.

A atenção primária é o ponto de entrada para a atenção à saúde individual, é o lócus da responsabilidade continuada pelos profissionais em populações e o nível de atenção que está na melhor posição para interpretar os problemas apresentados no contexto histórico e meio social. Assim, a maneira como é formulada para prestar os serviços e de como fazê-lo de forma mais adequada são componentes-chave de uma estratégia para melhorar a efetividade e a equidade dos serviços de saúde.

No terceiro capítulo, aprofundou-se o estudo sobre os fundamentos e principais pressupostos que norteiam a Atenção Primária à Saúde, bem como a organização e os

princípios normativos que pressupõem na realidade brasileira. Em seguida, apropriando-se das análises dos autores (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2007; TEIXEIRA, 2001; BRASIL, 2015), identificou-se ao longo do texto que a Atenção Primária oferece o suporte filosófico para a organização de um sistema de serviços de saúde.

Através dessa retomada histórica (macrossocial), que envolve desde a discussão do capítulo anterior até a concepção da Atenção Primária, buscou-se compreender os principais dilemas, relacionando-os às peculiaridades que envolvem a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Isso porque, no Brasil, inicialmente foi adotado o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia para Atenção Primária à Saúde, que depois foi substituído pela ESF em decorrência da criação da NOB 01/96.

O panorama de publicação da NOB 01/96 (com a criação do PSF), reflete a opção do Estado brasileiro pelas medidas de cunho neoliberal, da década de 90, ou seja, redução na área social, priorizando a economia, com expansão do setor privado na prestação dos serviços de saúde. A lógica inicial do PSF e, por conseguinte, pela ESF, surge seguindo essa tendência de Estado mínimo, visto que a ESF pressupõe uma equipe mínima de especialidades (Médico, Enfermeiro e Agente Comunitário de Saúde), para atender a um determinado número de usuários. Mesmo com a criação do NASF, em 2008, não se resolveu a carência e a qualidade na atenção primária.

Assim, o IV capítulo está intrinsecamente relacionado a outro objetivo específico, que pretende buscar na literatura o discurso institucional sobre a Atenção Primária à Saúde e os autores (BRAVO, 2008; BEHRING, 2003; TEIXEIRA, 2012; HAVEY, 2006; JUNIOR e ALVES, 2007; COHN, 2005) que são críticos à aplicação dessa política no contexto nacional.

É demonstrado por meio dessas leituras quedo ponto de vista institucional (MS), a Atenção primária é considerada como eixo transversal da universalidade, integralidade e equidade, em um cenário de descentralização e controle social. A Atenção Primária é definida como um conjunto de prioridades políticas que deve superar a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença. Para tanto, deve ser por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidades (BRASIL, 2006).

Em contrapartida, apresentaram-se concepções que divergem dessa análise ou que discordam e apontam outro ângulo. Trata-se de análises que contribuem para a politização do debate, possibilitando uma maior discussão e reflexão sobre a condução da assistência à saúde

e o alinhamento da atenção primária quanto aos princípios que regem a política de saúde, especialmente a universalidade, a integralidade e a equidade.

Trata-se de um estudo de caráter científico e, portanto, prezou-se pela credibilidade, veracidade e pelo rigor teórico para sua autenticidade. Acredita-se na consistência teórica deste estudo, nos esforços rebuscados para compreender a realidade estudada, bem como na relevância desse tema. A discussão que se procedeu é fundamental para a compreensão do lugar e da função dos trabalhadores da APS, em especial os profissionais da ESF e do NASF, compreendendo o cenário teórico e político que embasam seus saberes e práticas junto às comunidades e territórios brasileiros.

Espera-se que a perspectiva crítica adotada pelos autores incentive as reflexões sobre as realidades loco-regionais, possibilitando o reconhecimento de especificidades e a criação de propostas emancipatórias tanto para usuários quanto para trabalhadores de saúde. O desejo principal ao trazer-se esse debate é de contribuir para a reflexão e para a autoconstrução dos sujeitos sociais que compõem o cenário, trabalhadores da saúde, estudantes, pesquisadores e usuários dos serviços de saúde pública.

## **II . CAPITULO - O SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRO E À ASSISTENCIA A SAÚDE.**

A Seguridade social, embora na perspectiva de proteção social, ainda hoje apresenta traços da década de 1920, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), com a Lei Eloy Chaves e depois, da unificação das Caixas nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), em 1938. Seja a Centralização, o burocratismo e a ineficiência na medida em que progressivamente afasta-se de seus objetivos legais e “se transforma em poderoso instrumento econômico, para fins de acumulação, e político para legitimar o poder instituído” (COHN, 2005, p. 20).

O desdobramento no campo social a partir dos anos de 1930, especialmente o da Previdência que também prestava os serviços de saúde aos cidadãos inserido no mercado formal de trabalho, são analisados e apresentados por Wanderley Guilherme dos Santos (1979), como ‘cidadania regulada’. Isto por que havia uma nítida e expressa associação, expressa nas normas previdenciárias, entre cidadania e ocupação/trabalho. “Reconhece-se como cidadãos somente aqueles que apresentam uma das ocupações reconhecidas e definidas por lei”. Ao mesmo tempo, o Estado também intensificou a repressão a demandas dos trabalhadores, e que mesmo a maior mobilização de algumas categorias profissionais não foi suficiente para imprimir sua marca ao modelo previdenciário que então se reformula (COHN, 2005, p. 18-19).

Em outras palavras, o direito aos benefícios não eram prestados pela condição de cidadão, mas sim, baseado no reconhecimento da sua ‘situação ocupacional’ que fosse oficialmente legitimada, estando diretamente ligada a uma obrigação contratual de caráter contributivo. A assistência à saúde no Brasil apresenta fortemente esses traços, caracteriza pelo seu vínculo estreito com a Previdência Social, ou mesmo por uma relação de dependência. Ou seja, a tida, ‘saúde previdenciária’ era prestada aos trabalhadores que contribuíam para a previdência, ficando a mercê da filantropia e da caridade religiosa o atendimento aos demais.

Nos itens a seguir trataremos com maior aprofundamento sobre essas questões. Inicialmente trataremos sobre o desenvolvimento da assistência a saúde no país até a concepção de Sistema único de Saúde (SUS), através de sua incorporação, por meio da Constituição Federal de 1988, como uma das três políticas do sistema de proteção social, a Seguridade Social.

Em seguida abordaremos a política de saúde já na atualidade e os avanços e desafios aos SUS na prestação da assistência a saúde sobre os princípios da integralidade e universalidade. Ao resgatar um pouco a trajetória da assistência a saúde no país, buscamos compreender as heranças e os traços que se mantem presente na atual política de saúde. Buscamos identificar as heranças de dessa política, se pobre ou avançada.

No entanto, á interesse desse estudo, nos deteremos brevemente sobre a Seguridade Social por destinar-se a assegurar os direitos relativos à saúde, a previdência social e a assistência social. Ou seja, trata-se das principais políticas no contexto nacional de prestação de benefícios e serviços e que por isso mesmo traz à tona uma imbricada rede de questões sobre relação Estado/sociedade e Estado/mercado. Apresentamos o debate sobre a Seguridade que divide em dois lados, de um lado, políticas econômicas voltadas para a estabilização da moeda e o ajuste estrutural da economia e, de outro, a complexa relação entre democracia política e democracia social com vista a equidade e justiça social.

Neste sentido é que acreditamos ser importante examinar a trajetória percorrida pela Seguridade Social na perspectiva de proteção social, através das suas políticas, especialmente da política de saúde.

## **2.1 – O desenvolvimento do Sistema de Proteção Social e da Assistência à Saúde no Brasil: A origem de uma política pobre?**

O século XIX foi para os países centrais um período de grandes avanços no que se refere à conquista de muitos direitos, posto que o Estado se interpôs como mediador entre os conflitos de classe, a fim de manter a ordem social capitalista, e também em atender a alguns interesses sociais, colocados pelo Keynesianismo<sup>1</sup>. Assim, a experiência do Estado de Bem Estar Social (Welfare State) para esses países, possibilitou a vivencia da cidadania em uma plenitude maior e garantiu conquista dos direitos sociais nessas regiões.

---

<sup>1</sup> Keynesianismo: Keynes, um economista inglês (1883-1946) criou a teoria do Estado de Bem Estar Social (*Welfare State*) logo após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945). Defendia um Estado intervencionista, provedor do bem estar social e dos meios para o pleno emprego, aliando o desenvolvimento econômico ao bem estar dos cidadãos. Também defendia uma política redistributiva, passando por mais controle do Estado sobre a livre mobilidade do capital, com aumento dos gastos públicos nas políticas sociais, resultando em uma economia social e moral (HARVEY, 2011).

Já no Brasil, apenas no século XX, especialmente a partir da década de 1930 é que temos de fato a intervenção estatal no campo social estando intimamente relacionado com o processo de industrialização do país. Fato que por si só, trouxe consigo muitas transformações, sinalizando para a necessidade de uma redefinição do papel e do caráter estatal.

Como já mencionado acima, a partir dos anos de 1923 com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), mantidas pelas empresas e o financiamento através de contribuição direta proveniente de empregados e empregadores é que temos o início de um mecanismo que garantia algum tipo ‘proteção social’. Quanto às vantagens, “eram proporcionais às contribuições e previam: assistência médica curativa e fornecimento de medicamentos,” além de outras vantagens como “aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para dependentes para os dependentes e auxílio funeral” (BRAVO, 2008, p. 90).

O contexto histórico, econômico e político do Brasil de 1930, do início da industrialização, das reivindicações dos trabalhadores entre tantas outras peculiaridades, possibilitaram também o surgimento de políticas sociais no país que respondessem a questão social de forma mais orgânica e sistemática. Particularmente no campo da saúde:

Necessitava transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. (BRAVO, 2008, p. 91).

O primeiro período do governo Vargas (1930-1945) foi um marco para as políticas sociais no Brasil, pois trouxe mudanças sociais e institucionais significativas que incidiram sobre a política pública do país, pois sua gestão foi marcada pela centralização da máquina governamental e, também pelas constantes tentativas de bloquear as reivindicações populares. O governo Vargas ficou conhecido na história do país como um governo populista<sup>2</sup>, onde o Estado se apresentava como o pai dos pobres, como o tutor da sociedade, como o provedor das necessidades indispensáveis dos cidadãos. Desta forma, o presidente utilizou-se das políticas sociais para se “justificar diante da sociedade o sistema autoritário, atenuado pela bondade do presidente” (FILHO, 2002, p. 30).

---

<sup>2</sup> POPULISMO: É uma ideologia que atribui ao Estado o papel de árbitro dos conflitos sociais, preservando as relações de dominação de classe, apesar de algumas concessões feitas aos grupos populares (FILHO, 2002, p.30).

A necessidade de obter apoio social e político e conferir alguma legitimidade ao Estado ditatorial exigiu uma legislação social que garantisse maiores direitos aos trabalhadores urbanos. Afinal, não era possível que o governo tratasse a chamada “*questão social*”, na qual se incluía os reclamos populares referentes à saúde, como uma simples questão de polícia, como aconteceu no decorrer de toda República Velha. (FILHO, 2002, p. 32).

Foi também durante tal período que ficou estabelecido um arcabouço jurídico e de princípios que influenciaram o sistema de proteção social por muitas décadas seguintes. De todo período varguista, podemos destacar as ações mais relevantes, tais como: licença remunerada à gestante trabalhadora; a jornada de oito horas de trabalho e o salário mínimo que foi incluído na legislação trabalhista.

Em 1941 foi reorganizado o Departamento Nacional de Saúde, que fundiu e incorporou vários serviços de combate as endemias além de assumir o controle da formação dos técnicos em saúde pública. A ênfase da saúde neste período estava voltada para as campanhas sanitárias, bem como a criação de serviços de combate as endemias.

A vitória dos Estados Unidos e dos países aliados na Segunda Guerra Mundial trouxe repercussão para os países do mundo todo, inclusive para o Brasil. Os EUA deu forte apoio as manifestações populares contra a ditadura do Estado Novo, que foi do período de 1937 a 1945. Desta forma, a ditadura varguista entra em crise por pressão das forças políticas de oposição, tanto de caráter elitista como popular que culminou com a deposição de Getúlio Vargas, no ano de 1945. Neste mesmo ano o general Eurico Gaspar Dutra venceu as eleições com 55 por cento dos votos.

Em setembro de 1946, sob o governo Dutra, foi promulgada uma nova Constituição, a quinta até então, o Brasil inicia um período que duraria 19 anos de experiências democráticas. Os anos de 1946 a 1964 passaram a ser considerado pelos historiadores e cientistas sociais como o período de redemocratização do país. Onde inicialmente, algumas conquistas foram alcançadas, tais como as eleições diretas para os principais cargos políticos, bem como a liberdade da imprensa e também das agremiações políticas e dos sindicatos.

A saúde pública, ainda que herdeira dos aparatos estatais construídos nos 15 anos do primeiro governo Vargas, teve sua estrutura centralizada com múltiplos programas e serviços verticalizados para implementar campanhas e ações sanitárias, assim como sua burocracia foi confrontada com novos contextos e contornos políticos e sociais que caracterizaram o Brasil até 1964.(BRASIL, 2011, p. 15)

Apesar dos avanços democráticos, iniciado com o presidente Dutra, em 1950 Getúlio Vargas retorna ao governo onde permaneceu até 1954. Os presidentes que o sucederam, a fim de obter o apoio popular, se mantiveram na mesma direção social varguista, com políticas

populistas e com ações superficiais ao invés de medidas estruturais para resolver de fato os grandes problemas da população.

No campo da saúde o descaso desses governantes fazia-se notável pela falta de investimento financeiro na área, o que impossibilitava que medidas eficazes fossem realizadas a fim de diminuir as péssimas condições da saúde coletiva e acentuava o quadro de precarização. “Faltavam funcionários especializados, equipamentos apropriados, postos de atendimento e, sobretudo, faltava ânimo aos servidores” (FILHO, 2002, p 40).

Podemos destacar desse período, a criação do Ministério da Saúde em 1953; em 1956 a reorganização dos serviços nacionais no Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu); destacam-se também as campanhas nacionais de combate a lepra e erradicação de doenças, como a malária, de 1958 a 1964. Além do que, em 1963 houve a 3ª Conferência Nacional de Saúde, em que aparece a proposta inicial de descentralização na área de saúde, sendo proposta a definição de atribuições para cada ente da esfera de governo, (federal, estadual e municipal) no campo das atividades médico sanitárias. O objetivo era de que fossem colocadas em prática a descentralização executiva dos serviços, com a efetiva participação dos municípios na solução dos problemas de saúde pública. Isto por que, o modelo verticalizado dos programas até então vigentes, mostravam-se cada vez mais ineficientes na solução dos problemas sanitários (BRASIL, 2011).

No entanto, as ações mantinham-se ainda com um caráter pontual sobre doenças específicas e os quadros de doenças infecciosas e parasitárias permaneciam com altas taxas de morbidade e mortalidade infantil em geral. Além de que, “a estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 1950 e apontava na direção da formação das empresas médicas” (BRAVO, 2008, p.92).

Assim, vale frisar também que a partir desse período o setor privado da medicina passa a ter um grande destaque no cenário nacional. Segundo Filho (2002) o referido setor passa a pressionar tanto o governo federal como os estados a restringir ou mesmo interromper os planos de construção de hospitais públicos. Do mesmo modo, o Estado não deveria competir com a medicina privada, ao contrário, deveria investir em doações ou empréstimos a juros baixos, para que os empresários do setor pudessem ter condições de criar grandes hospitais e clínicas pelo país. Ou seja, o interesse era de que tanto a população, quanto os Institutos de aposentadoria e pensões (IAP) <sup>3</sup> e o próprio governo, comprassem os serviços de saúde ao setor privado.

---

<sup>3</sup> IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensões foi criado em 1933, em substituição as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's). Os IAP's eram autarquias de nível nacional, centralizados no governo federal. A filiação se

No entanto, o período de liberdade e de expansão da democracia é interrompido com o Golpe de 1964, quando as Forças Armadas do Brasil derrubaram o governo do presidente esquerdista democraticamente eleito em 1961, João Goulart. A ditadura que durou até 15 de março de 1985, aprofundou e tornou mais complexo e dramático os problemas estruturais que o país enfrentava.

Paradoxalmente e simultâneo a esse ataque aos direitos civis e políticos, sob o domínio dos tecnocratas civis e militares, e com o lema ‘Segurança e desenvolvimento’, o governo militar foi o grande responsável pelo milagre econômico que o Brasil vivenciou no final da década de 1960 até a metade da década de 1970.

Na década de 70, o Brasil viveu o momento que foi conhecido com o “milagre econômico”. A economia apresentou altos índices de crescimento, o consumo de bens duráveis alcançou patamares nunca antes vistos. Foram construídas estradas, hidrelétricas e consolidado um grande parque industrial no Brasil. O crescimento do Produto Interno Bruto revela o “milagre”: em 1971, o PIB cresceu 11,3%; 10,4% em 1972; e 11,4% em 1973 (COUTO, 2004, p. 127).

Neste sentido, a ditadura trouxe um misto de repressão e assistencialismo. Por um lado avançou, por exemplo, através do reconhecimento de alguns direitos civis (como o direito a vida, a liberdade, a segurança e a propriedade), direitos políticos (como o voto para maiores de 18 anos) e sociais (o direito ao trabalho, jornada diária de oito horas, descanso remunerado a gestantes após o parto, entre outros). A finalidade era de evitar tensões sociais e de levar o país ao desenvolvimento econômico. Por outro lado, dar-se uma forte repressão política e policial, torturas, mortes, desrespeito aos direitos humanos e muitos conflitos populares (COUTO, 2004).

A ênfase da saúde durante todo o período da ditadura militar estava voltado para a medicina de cunho individual e assistencialista, e embora se pregasse que a área da saúde se constituía em um dos principais fatores para a produtividade, para o desenvolvimento e crescimento econômico do país, o que tivemos de fato, não foram ações significativas e eficazes, mas sim o privilégio de ações e serviços de saúde individual e não como fenômeno coletivo. As práticas médicas eram meramente pontuais e curativas, mostrando-se insuficiente para atender os problemas de saúde mais amplos. Houve também um aumento no número dos que eram excluídos da cobertura médica por que não tinham carteiras assinadas e não eram contribuintes da previdência social.

---

dava por categoria profissional, como por exemplo: as dos marítimos, as dos comerciários, dos bancários etc. Eram criados conforme a organização, importância e mobilização das categorias. E foi extinto 1964 com a reformulação do sistema previdenciário, que culminou com a fusão de todos os IAPs no INPS (Instituto Nacional da Previdência Social). (FILHO, 2002, p. 46).

Além de todos esses fatores o setor privado comandava os serviços de saúde, o que gerou um processo altamente nocivo, pois os setores privados superfaturavam, adulteravam e desdobravam atos médicos, tais como internações e procedimentos cirúrgicos desnecessários e mais caros, não aquisição de equipamentos novos, além da insuficiência de profissionais técnicos no setor. Também se ressalta os desvios de recursos do sistema da previdência para cobrir gastos de outros setores, dentre muitas outras irregularidades. O período ditatorial pode ser caracterizado pelo “predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde” (BRASIL, 2011, p. 16).

Uma parte do pouco dinheiro destinado ao setor foi desviada para o pagamento dos serviços prestados por hospitais particulares aos doentes pobres. O ministério utilizou verbas também em algumas campanhas de vacinação. Quase nada sobrava para investir nos sistemas de distribuição de água tratada e de coleta de esgotos, elementos vitais para a prevenção de muitas enfermidades (FILHO, 2002, p. 52).

Desta forma, verifica-se claramente a incorporação na área da saúde das características capitalistas, tais como a acumulação, o lucro e a mercantilização, principalmente, trazidas pelas modificações tecnológicas do exterior. A saúde pública, que já apresentava sérios problemas, tem ainda um notório declínio tornando-se uma máquina ineficiente e conservadora, com atuação mais voltada para campanhas de pouca eficácia. Segundo o CONASS (2011) os recursos para saúde não chegavam a 2% do PIB, o que colaborava para o “quadro de penúria e decadência, com graves consequências para a saúde da população” (BRASIL, 2011, p. 16).

Já a medicina previdenciária cresceu, teve crescimento de leitos e mais orçamento. Porém, os “serviços médicos prestados pelas empresas privadas aos previdenciários eram pagos por Unidades de Serviço (US) e essa forma de pagamento tornou-se uma fonte incontrolável de corrupção” (BRASIL, 2011, p. 17).

A construção ou a reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados com dinheiro público, mais especificamente com recursos financeiros da Previdência Social, associada ao enfoque na medicina curativa, foi concomitante à grande expansão das faculdades particulares de medicina por todo o país [...] Em 1974, o modelo econômico implantado pela ditadura militar entra em crise. A população com baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão, passou a conviver com o desemprego e as suas consequências sociais, como aumento da marginalidade, das favelas e da mortalidade infantil. O modelo de saúde previdenciário começa a mostrar suas mazelas (BRASIL, 2011, p. 17).

Há de se destacar desse período que a política social em geral teve por objetivo “obter maior efetividade no enfrentamento da ‘questão social’, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares” (BRAVO, 2008, p. 94). Ademais, as diversas dificuldades que se fizeram

presentes, de um lado, pela necessidade de ampliação das ações e serviços de saúde oferecidos pelo Estado e recursos destinados; de outro o interesse privado da área médica e corporações do setor e, por último as reivindicações do emergente movimento sanitário que tornava mais tensa ainda as contradições do Sistema Nacional de Saúde.

Outro ponto a destacar diz respeito às Conferências Nacionais de Saúde que aconteceram durante todo o período da ditadura militar, datadas de 1966, 1975 e 1977, ainda que timidamente, devido ao clima da época. Mesmo sob as fortes repressões do Estado, tiveram uma participação significativa em denúncias sobre a situação caótica da saúde pública e dos serviços previdenciários sempre terem sido fundamentais para a democratização do setor.

Já no final da década de 1970, o modelo econômico imposto pela ditadura militar começa apontar para uma inflexão política, influenciada por diversos fatores como: a) pelo capitalismo a nível internacional que entra num período de crise; b) redução do fluxo de capital estrangeiro, que contribuía para o desenvolvimento da economia nacional; c) “o país diminuiu o ritmo de crescimento que em períodos áureos chegou a 10% do PIB, tornando o crescimento econômico não mais sustentável” (POLIGNANO, 2001, p. 17). Além do mais, o regime ditatorial desde que começara a vigorar havia tratado as oposições, as resistências políticas e, as críticas e demandas populares de modo duplo, como já foi dito, por um lado, com “concessões econômicas restritas e uma política social ao mesmo tempo repressiva e paternalista”. (BRASIL, 2011, p. 19). Somado a esses fatos, também eclodiram os protestos, revoltas e movimentos tais como o da luta pela anistia e por um novo sindicalismo.

É nesse contexto dos anos 70 que se instala o debate a nível internacional sobre o modelo biomédico, clínico categórico, que exigia instrumentos e exames cada vez mais complexos e caros para diagnosticar doenças, elevando vertiginosamente a escalada dos custos dos Sistemas de Saúde, evidenciando, mais uma vez, os limites da biomedicina. “Prevaleceram as propostas que enfatizavam a racionalização do uso das tecnologias na atenção médica e o gerenciamento eficiente. A mais difundida foi a de atenção primária à saúde ou medicina comunitária”. No entanto, essa proposta foi alvo de uma polarização de debates. Pois havia os que argumentavam os aspectos de simplificação e racionalização, surgindo assim o argumento desse modelo de medicina comunitária como ‘medicina pobre para os pobres’, e havia aqueles que viam a proposta como uma estratégia racionalizadora, importando-se com o acesso de toda a população aos reais avanços tecnológicos na saúde (JÚNIOR; ALVES, 2007, p. 29).

No Brasil, essa proposta foi encarada por grupos de oposição ao governo militar como estratégia para redemocratizar a política e levar assistência à saúde à população em geral. Assim, o último general presidente de 1979 a 1985, João Figueiredo, se viu obrigado a acelerar o processo de redemocratização do Brasil, que havia sido iniciada, de forma lenta e gradual pelo seu antecessor, Ernesto Geisel. E foi então extinto o bipartidarismo imposto pelos militares e criaram-se novos partidos políticos. “A imprensa livrou-se da censura, os sindicatos ganharam maior liberdade e autonomia e as greves voltaram a marcar presença” (FILHO, 2002, p. 60). É então, a partir da década de 1980 que começa a haver uma abertura política no país.

É nesse contexto dos anos de 1980 que diversos protagonistas, como sindicatos de diversas categorias de profissionais da saúde, movimento estudantil, movimentos de setores populares, intelectuais, pesquisadores, cientistas e, etc. se reúnem em congressos e seminários para discutirem sobre a organização de modelos assistenciais coerentes com a realidade do país, sobre as epidemias e endemias que contribuíam para a degradação de uma qualidade de vida para as populações, também sobre a extensão dos serviços de saúde para todos, além da democratização da saúde. Além dessa pauta, outros movimentos lutavam por outras prerrogativas, mas todos tinham em comum a luta por direitos civis e sociais, elementos que são próprios da democracia.

O Departamento de Medicina Preventiva (DMPs) constituíram a base institucional que produziu conhecimento sobre a saúde da população e o modo de organizar as práticas sanitárias. A Lei da Reforma Universitária de 1968, que incorporou a medicina preventiva no currículo das faculdades, tornou obrigatórios os DMPs. No Brasil, os primeiros foram criados na década de 1950[...] Esse novo campo da especialidade médica foi *lócus* a partir do qual começou a se organizar o movimento sanitário, que buscava conciliar a produção de conhecimento e a prática política, ao mesmo tempo em que ampliava seu campo de ação, envolvendo-se com organizações da sociedade civil nas suas demandas pela democratização do país (BRASIL, 2011, p. 18).

Também surgem nos espaços acadêmicos do país as ideias e estudos sobre a medicina social, que se contrapunha a “concepção positivista de uma ciência universal, empírica, atemporal e isenta de valores”, uma abordagem médico-social fundada na percepção do caráter político da área da saúde (BRASIL, 2011, p. 18). A sociedade civil reivindicava também a participação na formulação, acompanhamento e execução das políticas sociais em gerais, assim, o tema sobre o controle social também fica à tona.

Toda esta mobilização nacional, protagonizada principalmente por alguns grupos, instituições e organizações populares de caráter democrático, tais como, o Movimento Popular de Saúde (MOPS), as Plenárias de Saúde Mental, o Centro Brasileiro de Estudos de

Saúde (CEBES), também participaram as escolas e departamentos de medicina social de saúde pública e Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) dentre muitos outros. Sem contar que todos estes, juntamente com os profissionais de saúde, com dirigentes sindicais e de órgãos públicos, intelectuais e parlamentares, uniram-se para pressionar a Assembléia Nacional Constituinte a fim de que fosse inserido o modelo defendido e aprovado pelos movimentos sociais na Constituição brasileira. Todo esse movimento social ficou denominado como o ‘Movimento Sanitário’.

O Movimento Sanitário conduziu a formulação da proposta da ‘Reforma Sanitária’. Esse longo processo de lutas e articulação populares culminou com a 8ª Conferencia Nacional de Saúde (CNS) que aconteceu em 1986 em Brasília. O início de uma nova era para a saúde no Brasil. É um marco histórico para o país, pois pela primeira vez, houve uma ampla participação das camadas populares que marcaram as mudanças mais significativas nessa área. A proposta do Movimento Sanitário constituiu a base de um novo sistema de saúde que foi debatido pelo Congresso Constituinte de 1988, representava o fim de um sistema que vigorara durante 21 anos em que durou o regime da ditadura militar em nosso país. A ênfase estava para “a unificação dos serviços, a participação dos usuários, a ampliação do acesso e a qualidade da atenção” (PAIM, 2007, p.77).

O relatório final da 8ª Conferência trouxe o tema da saúde como direito social de todos e dever do Estado, uma nova concepção de saúde, entendendo esta como sendo o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.

Desse modo, podemos entender a Reforma Sanitária como um movimento ideológico e político, de “confronto teórico com o movimento preventista liberal de matriz americana e com versão racionalizadora proposta pela burocracia estatal”. E que tem inspiração para o seu pensamento reformista na base conceitual a partir de um diálogo estreito com as correntes marxistas e estruturalistas em voga (BRASIL, 2011, p.19). Ou seja, a Reforma sanitária foi a proposta de democratização da saúde no Brasil e foi a partir dela que se introduziu, na Constituição Brasileira de 1988, a determinação de que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”.

O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e as demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de

universalizar direitos, tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes (BRAVO, 2008, p. 96-97).

Esse novo modelo proposto pelo Movimento Sanitário foi inscrito na Constituição no Título XIII que trata da Ordem Social, Seção 11 – Da Saúde, nos artigos 196, 197, 198, 199 e 200. Também em 1990 foi regulamentada a Lei Orgânica da Saúde, pelas Leis 8.080 e pela Lei 8.142. Devemos considerar que não foram sem muitos conflitos e embates que isso aconteceu, os empresários da saúde, organizaram *lobbies*, ou seja, grupos de pressão, que atuaram nas várias Assembléias Legislativas, para defender publicamente os interesses da iniciativa privada. Conforme aponta Bravo:

A Assembléia Constituinte, com relação à saúde, transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústria Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte[...] A eficácia da Plenária das Entidades, para atingir seus objetivos, foi resultado do uso de três instrumentos de luta: a capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional claro e consistente; a pressão constante sobre os constituintes; a mobilização da sociedade (BRAVO, 2008, p.97).

No entanto, a importância dos princípios defendidos pelo Movimento Sanitário, e o enfrentamento com os *lobbies* dos empresários que lucravam com a falência e declínio da saúde pública, resultou em uma das maiores conquistas sociais para o Brasil, pois a redação final da Constituição de 1988 foi promulgada incluindo a maior parte das propostas da Reforma Sanitária. Um dos dispositivos da nova Constituição foi a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, em substituição ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que existia desde 1987.

O SUS então é o resultado final das várias alternativas estudadas e propostas, representando certo consenso no que diz respeito à reformulação dos serviços de saúde. Consenso este que está em torno de alguns conceitos balizares, tais como, segundo JUNIOR e ALVES (2007, p. 32-33):

- A noção de território: que não é compreendida apenas do ponto de vista geográfico, mas como território-processo, onde a sociedade se estrutura e reproduz a vida, organiza a cultura, vive a história.
- A definição de problema de saúde: É construída de maneira mais ampla que a doença em si, por meio de uma sistematização de causas e consequências das situações que interferem na saúde da população, na programação de ações e na avaliação de seu impacto sobre problemas identificados.

- Com a percepção das desigualdades regionais e microrregionais, são estabelecidas estratégias de forma que seja possível orientar propostas redistributivas de recursos visando à maior equidade. Ou seja, estabelecer prioridades que sejam compatíveis com as peculiaridades de saúde cada região, a fim de atender a todas de acordo com suas necessidades.
- A reorganização das práticas de saúde privilegiam uma abordagem interdisciplinar na qual a epidemiologia, as ciências sociais, a clínica, a educação em saúde e a política setorial, entre outros conhecimentos, possam articular-se na compreensão da saúde e da doença em seus aspectos individuais e coletivos.
- A necessidade na mudança da percepção dos trabalhadores sobre os usuários, compreendendo-os nos seus aspectos biológicos, psíquicos e sociais, resulta no desenvolvimento de ações que articulam a promoção de saúde, a prevenção dos agravos, a cura e recuperação de indivíduos ou coletividades doentes e a vigilância à saúde. Ou seja, trata-se de uma abordagem integral, compreendendo o indivíduo no seu todo.
- A articulação do setor da saúde com os demais setores de governo na formulação de ‘políticas saudáveis’ para as cidades - intersectorialidade.
- A gestão deve ser democratizada, tendo em vista a horizontalização dos organogramas e a construção de espaços coletivos de gestão, apontadas como alternativas para possibilitar maior participação dos trabalhadores e da população na gestão dos serviços de saúde.

Com aprovação da Constituição Federal, importantes avanços foram dados no tocante ao sistema de proteção social de forma geral, não apenas quanto à assistência a saúde. Neste sentido, a seguridade, conforme a nova Constituição compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinando-se a assegurar os direitos relativos à saúde, a previdência social e a assistência social. Ou seja, a Seguridade compreende todas essas políticas e ações dirigidas à proteção social da população. Fica estabelecido que a organização da seguridade social seja de competência do poder público e com base nos seguintes preceitos:

- ✓ Universalidade da cobertura e do atendimento;
- ✓ Uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- ✓ Seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- ✓ Irredutibilidade do valor dos benefícios;

- ✓ Equidade na forma de participação no custeio;
- ✓ Diversidade da base de financiamento;
- ✓ Caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

Assim, o atual texto constitucional sela não mais um sistema de seguro social, mas de seguridade social, tendo por base de financiamento desse sistema, recursos oriundos de toda sociedade, de forma direta e indireta, mediante recurso que provém dos orçamentos da União, dos estados, Distrito Federal e dos municípios. Os recursos da Seguridade social destinados a área da saúde são depositados no Fundo Nacional de Saúde e, posteriormente, transferidos aos Fundos Estaduais/Distrito Federal e Municipais de Saúde.

Embora a Constituição de 1988 tenha criado e definido a Seguridade Social, a mesma só foi regulamentada de fato, um ano depois (1989) devido a demora do governo Sarney em enviar o projeto de Lei ao Congresso, assim mesmo, foi aprovada por leis distintas. A aprovação da Lei Orgânica da Saúde (LOS), por exemplo, composta pelas Leis 8.808/90 e 8.142/90 aconteceu somente em 1990. Esse processo envolveu muita negociação do Ministério da Saúde com o movimento da Reforma Sanitária. Com isso, com um atraso inicial de dois anos, que começou a implantação do SUS (BRASIL, 1998, p. 14).

Essa proposta representa uma mudança radical no quadro do sistema de proteção social brasileiro. Implementá-la, portanto, significa enfrentar o peso da tradição criada em todo o processo de sua montagem, exigindo maior racionalidade e agilidade de seu aparato institucional. Traz à tona uma imbricada rede de questões sobre a relação entre Estado/sociedade e Estado/mercado.

Dessa forma, a Seguridade Social e sua concepção já signifiquem por si só uma grande conquista, contudo, herda os traços de um sistema de proteção social presente no país, caracterizado por:

[...] um alto grau de centralização, com definição de prioridades e diretrizes ditada pelo nível federal; oneroso, pela superposição de programas, clientelas e serviços intra e entre as esferas federal, estadual e municipal; acentuadamente privatizado, com parcela significativa dos serviços sendo prestada pelo setor privado — lucrativo e/ou filantrópico; discriminatório e injusto, porque nível de renda e/ou inserção no mercado de trabalho acabam por se transformarem, na prática, no principal critério de acesso aos benefícios e serviços prestados; com fontes instáveis de financiamento, provenientes de recursos fiscais e tributários complementados por outros de variada natureza, compondo um conjunto desarticulado e fragmentado, além de variável quanto à sua vinculação ou não a gastos específicos; entre outros (GOHN, 1995, p. 3).

Tais questões instigam e reforçam os argumentos dos neoliberais que especialmente a partir dos anos de 1990, defendem a falência ou o enxugamento do Estado, que lançam descrédito ao setor público como provedor dos serviços de saúde, assistência, previdência, habitação etc. Argumentam que o aparato institucional voltado para as políticas sociais além de gigantesco é também oneroso. Nesse contexto temos, por exemplo, a tão difundida e polêmica ‘reforma da Previdência Social’, que resumidamente prever a restrição de benefícios e do seguro privado de aposentadorias e pensões.

Neste sentido Boschetti (2009) aponta que apesar do caráter inovador no sentido de compor um sistema de proteção social, a seguridade social brasileira é caracterizada como um sistema híbrido, pois a previdência social segue a lógica de seguro, e para acessar seus direitos precisa de prévia contribuição. A saúde é tida como uma política universal, e a assistência social segue a tendência da seletividade.

As políticas sociais nesse contexto cabe frisar, convivem com a dualidade de uma concepção legalmente universalizante e integral, mas que seu desmembramento e execução geralmente são de caráter clientelistas, de baixa eficiência, paternalistas e não universalizantes, focando-se em populações carentes e pobres, não atingindo, no entanto, a origem dessa pobreza, miséria e exclusão social. Portanto, trata-se um paliativo, mas que sem elas agravaria ainda mais as expressões da questão social. Reverter, portanto, essa lógica que vem imperando na área social, na atual conjuntura, implica a redefinição da articulação entre desenvolvimento econômico e desenvolvimento social.

Diante dessas questões apontadas, percebe-se que a seguridade social, ainda que tencione compor o sistema de proteção social, não avançou no sentido de fortalecer a lógica de “proteção” e da universalização, ao contrário, amplia e fortalece a lógica de seguro, ou seja, os direitos derivados do trabalho. Assim, o sistema público tende a focar cada vez mais no “(mau) atendimento aos pobres, ao mesmo tempo em que o mercado de serviços médicos, assim, como o da previdência, conquista adeptos entre a classe média e o operariado” (BOSCHETTI, 2009, p. 331).

Assim, acreditamos as três políticas que compõem o sistema de proteção social no país, Assistência Social, Previdência social e, principalmente a Saúde, não apenas se originaram como também se aprofundam na reiteração das desigualdades sociais. Os princípios constitucionais da universalidade, uniformidade e equivalência estão sendo cada vez mais desconstruídos, em um processo de contrarreformas.

No âmbito da política de saúde, os princípios que regem o SUS, como a descentralização, participação democrática, universalidade e integralidade se dissipam na

realidade através de um pacote básico, que não assegura nem a prevenção e promoção, como previsto para a atenção primária a saúde, nem atendimentos de urgência eficiente. Conforme Boschetti (2009, p. 333) “É notória a falta de medicamento, ausência de condições de trabalho, de orçamento e de capacidade de absorção das demandas, o que se evidencia nas longas filas de espera por uma consulta ou internação”. Demonstrando-se assim, a necessidade de resistência e de luta pela efetivação dos princípios legalmente instituídos, de modo a tornar, por meio dessas políticas, verdadeiro e eficiente o dito sistema de proteção social.

## **2.2 – O Sistema Único de Saúde (SUS) na perspectiva de proteção social.**

A criação do SUS marcou a separação total da saúde em relação à Previdência Social. No entanto, ele não é uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Por isso, insere-se no contexto das políticas de seguridade social, que abrangem, além da saúde, a Previdência e a Assistência Social.

A saúde, bem como a própria criação do Sistema único de Saúde (SUS) foi concebida como uma das principais políticas na perspectiva de garantir a proteção integral aos indivíduos. Como fruto do Movimento de Reforma Sanitária, a saúde passou a ser entendida em seu sentido mais amplo, como o efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência, bem “como a expressão ativa – e participativa – do exercício de direitos de cidadania, entre os quais o direito ao trabalho, ao salário justo, a participação nas decisões e gestões de políticas institucionais” (NOGUEIRA & MIOTO, 2008, p. 6) impõe reconhecer a entisica relação entre direitos sociais e econômicos, entendendo, também, que a intervenção estatal, na esfera das políticas sociais, não pode ser vista como independente dos interesses econômicos. Estes, por sua vez, moldam e incluem na agenda política e governamental os itens que lhes são relevantes, segundo determinações históricas particulares que envolvem o ambiente sistêmico e o ambiente programático.

Dessa forma, o novo sistema de saúde (SUS) surgiu com o propósito de ser o instrumento para garantir o cumprimento do ‘dever do Estado’ e de proporcionar saúde e bem estar a todos os cidadãos brasileiros, de forma gratuita, independente de contribuição à previdência social. É tido como um sistema porque é formado pelas instituições dos três níveis de governo (União, estados e municípios) e pelo setor privado em caráter

complementar. Único porque tem a mesma filosofia de atuação em todo território nacional, é organizado e segue uma mesma lógica (BRASIL, 2003).

A Lei 8.080/90 trata da organização da saúde determina em seu artigo 9º que a direção única do SUS será exercida em cada esfera de governo, pelos seguintes órgãos: Ministério da Saúde; Secretaria de Saúde estadual ou órgão equivalente; e Secretarias Municipais de Saúde, respectivamente, âmbito federal, estadual e municipal. Essa Lei também trata sobre a direção e gestão do SUS definiu as competências e atribuições das três esferas de governo, trata sobre o financiamento e sobre a participação dos serviços privados de assistência a saúde, de modo que, estes, quando contratados pelos governos, têm um caráter complementar aos serviços estatais. Também versa sobre a política de recursos humanos e dos recursos financeiros; também da gestão financeira, planejamento e orçamento. (BRASIL, 2011).

A Lei complementar de n. 8.142/90 foi regulamentada a fim de detalhar sobre a participação da comunidade na saúde, para isso em seu art. 1 trata sobre as instancias colegiadas em cada esfera de governo. Ou seja, a existência dessas instâncias colegiadas garante a participação de todos no processo de implantação do SUS. Temos como mecanismos de participação:

- A Conferencia de Saúde que deve se reunir a cada quatro anos, nas três esferas de governo, respectivamente (Municipal, Estadual e Federal). A representação dos usuários nas Conferências, bem como nos Conselhos de Saúde é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.
- O Conselho de Saúde que tem existência também nas três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal). Têm caráter permanente e deliberativo, sendo compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Este, atua na formulação de estratégias e, no controle da execução da política de saúde na instancia correspondente.
- O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS): É uma entidade de direito privado que congrega os Secretários Estaduais (gestores, oficiais das Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal). É um órgão permanente de intercambio de experiências e informações entre seus membros.
- O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS): Este é um órgão colegiado de representação dos Secretários Municipais em âmbito nacional, que congrega todos os municípios brasileiros. E tem como função atuar na defesa do SUS nos termos constitucionais.

Além destas instâncias, vale lembrar a existência da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Todas essas estão sempre interagindo, de um modo ou de outro, mas atuam na construção de uma grande rede na defesa do SUS.

Essas Leis juntamente, (8.080/90 e a 8.142/90), representam a união de todas as ações e serviços públicos de saúde com vistas a garantir a todos os cidadãos o acesso à promoção da saúde, prevenção e recuperação de doenças, ou seja, a assistência integral da saúde. Além disso, de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, o SUS tem os seguintes princípios éticos e doutrinários:

- **Universalidade:** O Sistema Único de Saúde deve atender a todos, sem distinção, de acordo com suas necessidades, e de forma gratuita, independe de contribuição a Previdência Social. O princípio da universalidade é que garante a atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão brasileiro.
- **Integralidade:** A saúde das pessoas não é vista em parte, dividida, mas como um todo. Significa que as ações de saúde devem estar voltadas ao mesmo tempo em que, para indivíduos, também para a comunidade. A prioridade deve ser para as atividades de promoção e prevenção, sem prejuízo dos serviços assistenciais especializados.
- **Equidade:** Tratar de forma diferenciada os desiguais, oferecendo mais a quem precisa mais, os recursos de saúde devem ser dados de acordo com as necessidades de cada um, de forma a reduzir as desigualdades.

A esses, são acrescidos os chamados ‘princípios finalísticos’, que são aqueles que tratam da natureza do sistema que se pretende formar, são também tidos como os princípios estratégicos, ou organizativos/operativos, por meio dos quais se realizam os princípios doutrinários. São eles: A **descentralização** com direção única; o segundo, a **regionalização e hierarquização**, se refere ao modo em que os serviços devem ser organizados, em níveis crescentes de atenção (atenção primária, secundária e terciária) devendo articular-se entre si de acordo com as regiões geográficas, delimitadas de acordo com as necessidades.

Outro princípio é a **Participação social**, pois o SUS é democrático e todos os segmentos envolvidos com o sistema, como governos, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e, principalmente os usuários dos serviços, a comunidade e a população em geral podem, devem e tem o direito assegurado de participação.

Também o princípio da **racionalização**, em que todos os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios devem ser planejados e conjugados na prestação de serviços de assistência à

saúde, para que não haja gastos excessivos e/ ou desnecessários. Também, a capacidade de **resolução** dos serviços em todos os níveis de assistência na unidade de atendimento, rápido, ou o mais próximo possível de onde as pessoas vivem, de acordo com suas necessidades; e por último, levando em consideração de que, o SUS é **livre a iniciativa privada**, de caráter filantrópico ou lucrativo quando a estrutura pública for insuficiente está previsto o caráter de complementaridade do setor privado.

Isto implica que deve haver uma distinção entre o que é público e o que é estatal. Ou seja, que independente dos serviços serem realizados por instituições estatais e/ou privadas, isto é, lucrativas ou filantrópicas, o seu controle deve ser guiado pela lógica do interesse público e não do interesse privado.

Cabe destacar que sobre a importância da descentralização, em que o poder de decisões passa a ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações. Pois se entende que, em um país como o Brasil, de vasta dimensão territorial, com diferenças climáticas, regionais e sociais os problemas de saúde também se apresentam diferentes em cada região. Assim, a gestão mais perto de onde vive a população atendida, tem maior capacidade de identificar as necessidades e os agravos à saúde, e propor soluções possíveis e ações de promoção e prevenção. Resultando no que se chamam de municipalização da saúde.

O SUS também estabelece que os serviços devam estar organizados de modo a atender a níveis diferentes de complexidade dos problemas de saúde, assim, o sistema para dar conta desses problemas se organiza em dois níveis de atenção – básica e especializada. O conjunto de ações e procedimentos oferecidos pelos serviços de Atenção Básica - Saúde da Família, centros e postos/unidades de saúde – é de obrigatoriedade da esfera local ou de forma regionalizada, de acordo com um plano diretor.

De modo que todos esses princípios são interdependentes e convergem para atender a esses níveis de complexidade. Os detalhamentos para que tais princípios sejam operacionalizados ao longo do tempo vem sendo feita por meio de regulamentações complementares. Inicialmente por meio das Normas Operacionais Básicas (NOB), seguidas das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) e, por último, o Pacto pela Saúde e o Decreto n. 7.508/2011, atualmente em vigência, que as substituem.

No que se refere ao Pacto pela Saúde, foi aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde e publicado na Portaria GM/MS nº399 de 2006, durante a reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em que os gestores do SUS, representados em suas três esferas pactuaram um conjunto de reformas institucional para o SUS, intitulado ‘Pacto pela Saúde, tendo como objetivos principais promover a melhoria dos serviços ofertados à

população e a garantia de acesso a todos aos serviços de saúde. Sendo composto por três dimensões, **‘Pacto pela Vida’, ‘Pacto em defesa do SUS’, ‘Pacto de Gestão do SUS’**.

Com relação ao Pacto pela Vida, ele estabelece um conjunto de compromissos sanitários que são considerados prioritários para serem implementados por cada ente federado. Destacamos para o fato de que o Programa Saúde da Família (PSF), substituído pela ESF, também aparece como uma das metas e objetivos gerais a serem alcançados através da pactuação de ações entre estados, regiões e municípios. Verifica-se que para a Atenção Básica o propósito é de, “consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS” (BRASIL, 2006).

Vale ressaltar que o conceito de Atenção Básica (AB) se difere essencialmente de Atenção Primária a Saúde (APS). Visto que a AB apresenta-se, em certo sentido, como uma “incapacidade estrutural de responsabilizar-se por algo mais que a demanda espontânea, incompletos no que se refere à amplitude de serviços oferecidos e sem complementação adequada dos outros níveis de atenção” (HARZHEIM, STEIN, DARDET, 2004). Já o conceito de APS é bem mais amplo, adiante explanaremos melhor.

Entretanto, no contexto nacional, foi adotado o termo Atenção Básica (AB) como referência ao conceito de Atenção Primária Saúde (APS), assim, foi através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Devido o próprio conceito de APS, utilizaremos neste estudo o termo Atenção Primária a Saúde (APS) para nos referirmos ao primeiro nível de atenção.

### **2.3 – Dilemas da assistência à saúde no Brasil.**

O modelo assistencial a saúde, diz respeito à forma como “são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais”, podemos dizer que é a forma como se organiza e se articula os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade (JÚNIOR; ALVES, 2007, p. 27). No contexto brasileiro, existiram vários modelos de assistência à saúde, até chegar à concepção do Sistema Único de Saúde inscrito na Constituição de 1988, conforme visto anteriormente.

Esse novo modelo que passa a vigorar então pretende substituir o que até então existia, de caráter coletivo dos serviços de atenção médica individual, devendo, este novo modelo

assistencial “referir-se ao conjunto das medidas do setor de saúde entendido de maneira integrada, e não fragmentado num somatório de programas e ações pulverizado por inúmeras instituições impermeáveis entre si” (COHN, 2005, p. 39).

Um modelo de atenção a saúde se refere, portanto, ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares. E isto sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades enquanto valores de uso, enquanto utilidades para indivíduos e grupos. (JÚNIOR; ALVES, 2007, p. 27).

Vários países, incluindo o Brasil, enfrentaram ou estão enfrentando o imperativo de alterar seus sistemas de saúde para responder melhor aos desafios em face de mudanças nos perfis demográficos, como por exemplo, o envelhecimento das suas populações e mudanças nos padrões de risco de enfermidade. Responder a essas novas questões sem afetar negativamente suas economias devido a altos gastos com os serviços de saúde tem despertado para a importância dos cuidados primários em saúde. Assim, a reforma da atenção à saúde, que envolve transformações importantes nas características dos sistemas de saúde, está progredindo em muitos países.

Sob os princípios da Reforma sanitária, o SUS assumiu a Atenção Primária a Saúde (APS) como referência ao primeiro nível de organização e acesso à saúde pública, por constituir-se na porta de entrada ao sistema de saúde. E sobre essa lógica, podemos dizer que no Brasil, o sistema de saúde estabeleceu a atenção primária para delimitar metas e prioridades nacionais. A APS é, portanto, “a forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, tendo como perspectiva as necessidades em saúde da população” (BRASIL, 2007, p. 36).

A APS reflete os princípios da Reforma Sanitária, e o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotou a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Isto significa afirmar que diversos sentidos de APS estão em disputa na produção acadêmica e política no campo das políticas e planejamento em saúde.

Ou seja, o SUS assumiu a Estratégia Saúde da Família como meio para mudança no modelo de assistência à saúde. Pautando-se em uma forma inovadora de organização e hierarquização das redes assistenciais, assim, “a ideia predominante envolve uma ‘imagem em pirâmide’ para a atenção à saúde, bem como a ideia da ‘complexidade crescente’ em direção ao topo. Hospital no topo e rede básica como porta de entrada do sistema de saúde” (JUNIOR

& ALVES, 2007, p. 34). Supõe-se que a pirâmide organiza a assistência em graus crescentes de complexidade, com a população fluindo de forma organizada entre os vários níveis por meio de mecanismos formais de referência e contra-referência (normas de fluxos de usuários na busca de alternativas de assistência).

De outra parte, o conjunto da rede de ações e de serviços de saúde precisa incorporar a noção de responsabilidade sobre a saúde da população. São necessários arranjos tecnoassistenciais que contribuam para a mudança do olhar e a mobilização da escuta aos usuários e seus problemas de vida, como o acompanhamento horizontal, a familiaridade com os modos de andar a vida no local ou o contato com a cultura na rua, nos coletivos e redes sociais dos usuários dos serviços de saúde. Isso é indispensável para cumprir a promessa de um sistema único e organizado para a integralidade e humanização, que funcione como ‘malha de cuidado ininterrupto à saúde’, e não como um sistema burocrático e despersonalizado de encaminhamentos. A maior parte das propostas tecnoassistencias desenvolvidas para o SUS centram-se na reorganização da atenção básica. Mas é fundamental que haja transformações no âmbito hospitalar e em outras partes do sistema de saúde. Uma mudança importante será desenvolver práticas humanizadas de acolhimento de pessoas na atenção hospitalar, tais como a incorporação da presença de acompanhantes e familiares na internação (JUNIOR & ALVES, 2007, p. 36).

Essa nova concepção do SUS, trata-se, na verdade, de um modelo assistencial (com valores, princípios, e elementos próprios) que se constitui como o primeiro contato com o sistema de saúde e local do cuidado à saúde dos indivíduos, de suas famílias e da população ao longo do tempo. É também “uma concepção de sistema de saúde, uma filosofia que permeia todo o sistema de saúde” (BRASIL, 2007, p 25). No entanto, dizer que o sistema de saúde que o país adotou é a Atenção Primária a Saúde vai muito mais além do que consta nos documentos e portarias oficiais, pois:

Um país só pode afirmar que tem um sistema de saúde baseado na APS, no sentido mais profundo de expressão, quando seu sistema de saúde se caracteriza por: justiça social e equidade, auto responsabilidade; solidariedade internacional e aceitação de um conceito amplo de saúde (BRASIL, 2007, p. 25).

Assim, podemos dizer que “os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde das populações que se expressam, fundamentalmente, nas suas situações de saúde”. Em decorrência disso, deve haver uma sintonia muito fina entre essas necessidades de saúde e a forma como o sistema de atenção à saúde se organiza para respondê-las socialmente (BRASIL, 2015, p. 23).

A afirmação de que o país adotou a Atenção Primária a Saúde como reorientação do modelo assistencial, baseado em um sistema universal e integrado de atenção à saúde significa também reconhecer os desafios impostos para essa mudança na assistência à saúde. Assim, podemos enumerar, conforme (JUNIOR & ALVES, 2007) alguns deles:

Primeiramente é necessário fortalecer a atenção básica como lugar do mais amplo acolhimento às necessidades de contato com as ações e os profissionais de saúde. No lugar formal e burocrático da pirâmide, podem ser desenhados os mais diversos diagramas, dependendo de quais serviços que já estão disponíveis, das características da população e de quais as possibilidades de investimento e apoio. Pois é na dimensão micropolítica da atenção à saúde onde pode ocorrer, com mais efetividade, a reflexão sobre o ato de cuidar e a relação com a população usuária.

Também se constituem em um grande desafio a estrutura e os processos de gestão nos serviços de saúde. Ainda são incipientes os mecanismos que favoreçam a construção coletiva de desenhos tecnoassistenciais. As instâncias formais de pactuação entre gestores (comissões intergestores), de participação dos trabalhadores (mesas de negociação) e de participação da população (conselhos de saúde) ainda se dedicam mais ao debate da organização e financiamento do sistema do que propriamente o debate sobre a organização da atenção. É preciso investir na capacidade de escuta qualificada às demandas, no processamento de problemas e na gestão compartilhada dos projetos de intervenção, assim será possível viabilizar gestões mais participativas.

Outro grande desafio diz respeito à carência que ainda existe quanto aos processos de avaliação, embora hoje já exista, como veremos nos próximos capítulos, todavia se faz necessário que transcendam os aspectos normativos e quantitativos do cumprimento de metas e que possam avaliar, também, o desenvolvimento de políticas ou qualitativo das práticas e dos resultados de forma mais efetiva e menos superficial. Há os que defendem outras abordagens que levam em conta a integralidade, o processo de trabalho e a percepção da qualidade da atenção pelos usuários. Assim, para que seja possível construir esse novo modo na gestão, na atenção a saúde e no controle social, precisamos também de outro perfil de trabalho e de trabalhadores.

É preciso avaliar o sistema de saúde que existe hoje para poder enfrentar as condições crônicas que se fazem presentes. Quando comparados os sistemas, em uma perspectiva internacional, pode-se verificar que as respostas sociais às situações de saúde pelos sistemas de saúde geralmente apresentam uma sequência que vai desde a fragmentação até a integração. “Por isso, pode-se mencionar duas formas polares de organização dos sistemas de saúde: os sistemas fragmentados de saúde e os sistemas integrados de saúde ou as Redes de Atenção à Saúde” (BRASI, 2015, p. 18).

Assim, a partir dessas experiências internacionais quanto de experiências nacionais, pode-se afirmar que o principal problema enfrentado pelo SUS reside na incoerência entre a

situação de “condição de saúde brasileira de tripla carga de doença, com o forte predomínio relativo das condições crônicas, e o sistema de atenção à saúde adotada, que é fragmentado, episódico e reativo”, voltando-se prioritariamente para as condições e os eventos agudos (BRASI, 2015, p. 18). O fracasso das respostas sociais às condições crônicas por um sistema fragmentado é, portanto, universal e exige ser enfrentado por mudanças radicais e profundas.

Dito isso, há de se reconhecer que os sistemas de atenção à saúde são muito resistentes às mudanças, ao percorremos todo o processo exposto até agora sobre os modelos de assistência a saúde no Brasil, até à concepção do Sistema Único de Saúde, que por sua vez, adotou a Atenção Primária a Saúde como estratégia para um novo modelo assistencial, percebemos todas essas dificuldades. No entanto, o preço de não mudar seria muito maior, seja econômica ou sanitariamente.

Reconhecemos também que houve significativos avanços no que se refere à proposta, legislação e concepção. Avançou-se na direção da compreensão da saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais<sup>3</sup> e políticos mais amplos da saúde. Tendo em vista que o foco político e social da APS não se volta para os aspectos específicos das doenças e sua cura, mas também para a promoção e prevenção.

No entanto, a efetivação e operacionalização da Atenção Primária a Saúde, se mantém atrasada e distante dos seus fundamentos conforme veremos no capítulo seguinte. Constituindo-se em questão central que “as políticas de desenvolvimento devem ser mais inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação”, que pretenda alcançar mais equidade em saúde (BRASIL, 2007, p. 25).

Além de tudo isto, um dos maiores desafios, do qual derivam muitos outros, “é o da valorização política e social do espaço da APS junto a gestores, academia, trabalhadores, população, mídia e todos os segmentos que, de uma maneira ou de outra, influem na definição dos rumos do país” (BRASIL, 2007, p. 27). Pois, como bem será mostrada, a concepção de Atenção Primária a Saúde, como o modelo de assistência a saúde, está mais além do que meras definições teóricas e discursos de governo estão antes de tudo em propiciar a equidade e da justiça social.

Dito isso, é preciso avaliar o sistema de saúde que temos para enfrentar as condições crônicas. A análise de sistemas comparados, em perspectiva internacional, permite verificar que as respostas sociais às situações de saúde pelos sistemas de saúde podem se apresentar em um contínuo que vai desde a fragmentação até a integração. Por isso, pode-se mencionar duas formas polares de organização dos sistemas de saúde: os sistemas fragmentados de saúde e os sistemas integrados de saúde ou as Redes de Atenção à Saúde.

Vejamos no capítulo seguinte, com maior aprofundamento sobre Atenção Primária a Saúde e seus desdobramentos na realidade brasileira, onde destacaremos a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família (NASF) como estratégias para a APS no país.

### **III CAPÍTULO – CONTEXTUALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMARIA A SAÚDE E SEU DESDOBRAMENTO NO BRASIL**

No capítulo que se segue, veremos que em 1979, a Assembleia Mundial da Saúde, lançou para os países-membros a definir e colocar em prática estratégias nacionais, regionais e globais, com o intuito de atingir a meta de “Saúde para Todos no ano 2000”. Entretanto, quando a Organização Mundial da Saúde propôs sua agenda para operacionalização das metas acordadas em Alma-Ata (Cazaquistão), a maioria dos países industrializados já as havia alcançado grandes melhorias nos seus sistemas de saúde. Em contrapartida, os países em desenvolvimento ainda estavam longe de atingi-las.

O motivo desses índices positivos dos países desenvolvidos foi graças a programas de longa duração em atividades como o fornecimento de alimentos, de água potável, saúde materno-infantil, imunizações e controle de doenças endêmicas, fornecimento de medicamentos essenciais e ações de prevenção, promoção e cuidados primários de saúde de modo geral. Ou seja, quando a atenção primária em saúde ocupou um lugar de destaque e recebeu a ênfase necessária nos cuidados à saúde percebeu-se seu potencial através dos resultados.

Dessa forma, os sistemas de saúde que reconhece e adota a orientação da atenção primária está associado ao alcance de um patamar melhor de saúde, com custos mais baixos e maior satisfação das pessoas. Assim, a atenção primária à saúde é encarada como uma estratégia para integrar todos os aspectos dos serviços de saúde, onde o sistema de atenção à saúde deve ser organizado para enfatizar a justiça e a equidade social, a auto-responsabilidade, a solidariedade internacional e a aceitação de um conceito amplo de saúde seus determinantes.

No entanto, nem todos os países organizaram seus sistemas de saúde em torno de uma forte base de atenção primária, ou grosso modo, de forma enviesada, é o exemplo de muitos países da América Latina, como o Brasil. O contexto nacional apresenta algumas peculiaridades que nos permitem identificar certas contradições. O imperativo tecnológico, especialmente a partir do século XX tem sido responsável por uma tendência à especialização e à inferioridade do generalista ou médico da família, sendo este imperativo ainda muito na realidade nacional. A seguir, faremos uma contextualização da Atenção Primaria a Saúde, seus princípios e fundamentos, bem como seu desdobramento no Brasil.

### 3.1- O debate sobre os cuidados primários em saúde.

A concepção que hoje temos sobre a Atenção Primária a Saúde (APS) é em certa medida, reflexo do Relatório Dawson feito pelo governo inglês em 1920. O Relatório recebeu esse nome em homenagem ao médico que trabalhou na organização de serviços de emergência na I guerra Mundial. Esse documento se contrapunha ao modelo de atenção à saúde americana, pautada apenas na doença, nas ações individuais e no reducionismo biológico. De modo que, sob esse molde, os custos com saúde eram elevados e a resolutividade muito baixa.

As principais inovações trazidas pelo documento são o esquema de rede, pois com a expansão do conhecimento, as medidas necessárias para dar conta dos problemas de saúde e das enfermidades se tornam também mais complexas, o que reduz a necessidade das ações no âmbito individual e exige esforços combinados, articulados e em rede. Além de propor Serviços domiciliares apoiados por centros de saúde primários e auxílio de laboratórios, radiografias e acomodação para internação. Também propõem para os centros urbanos maiores, centros de saúde secundários, com serviços especializados no mínimo, clínica, cirurgia etc.

Trouxe à tona a questão da localização, que deve ser de acordo com a distribuição da população e dos meios de transportes públicos, e os conceitos de Território, de Populações adscritas, de Porta de entrada, do vínculo e acolhimento, e especialmente o da Atenção primária como coordenadora do cuidado a saúde em que se devem basear os sistemas de saúde, e também:

A influência foi tão vasta desse Relatório que forneceu a base para a reorganização dos serviços de saúde em muitos países (especialmente os países desenvolvidos), por enfatizar os cuidados primários em saúde fundamentados sob duas características básicas, quer seja a regionalização onde os “serviços de saúde devem estar organizados de forma a atender as diversas regiões nacionais, através da sua distribuição tendo em vista bases populacionais, bem como a identificação das necessidades de saúde de cada região”, bem como a integralidade, que prevê a ações não apenas curativas, mas também preventivas, a fim de atender o indivíduo na sua totalidade (BRASIL, 2007, p. 44).

O relatório concebia o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino (hospitais-escola). Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos por médicos com formação

generalista. Os casos que o médico não tivesse condições de solucionar com os recursos disponíveis nesse âmbito da atenção deveriam ser encaminhados para os centros de atenção secundária, onde haveria especialistas das mais diversas áreas, ou então para os hospitais, quando existisse indicação de internação ou cirurgia. Essa organização caracteriza-se pela hierarquização dos níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2007, p. 44).

No entanto, enquanto os países desenvolvidos desde a década de 1920 avançava na mudança dos seus sistemas de saúde (transição epidemiológica), na América Latina foi apenas a partir do final dos anos de 1960 que se desenvolveu uma discussão em torno dos cuidados primários, avançou-se nos questionamentos em torno do modelo que preponderavam na área da saúde e abriu-se espaço para uma corrente crítica ao modelo curativista, medicalizante, caro e que também se mostrava ineficiente.

De modo que, somente em 1978, por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em Alma Ata, na região do Cazaquistão, que o tema sobre a relevância da Atenção Primária a Saúde (APS) ganhou maior relevância e expressividade. Mesmo assim, não podemos falar em uma transição epidemiológica no caso do Brasil, por exemplo, mas sim em acumulação epidemiológica ou modelo prolongado e polarizado (BRASIL, 2015).

Nesta Conferência foi aprovado por unanimidade como meta para os países membros, “a saúde para todos no ano de 2000” (BRASIL, 2007), através dos cuidados primários. É considerada como a primeira declaração internacional que despertou e enfatizou a importância da atenção primária em saúde, e que desde então passou a ser defendida pela OMS como a chave para uma promoção de saúde de caráter universal.

Nos primeiros itens da Declaração a saúde foi definida como o “completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, a saúde um direito humano fundamental e como a principal meta social de todos os governos. De modo que, para se atingir essa meta, se requer a atuação não só do setor de saúde, mas de muitos outros setores sociais e econômicos. Outro ponto da Declaração consta que é direito e dever dos povos participarem tanto individual quanto coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde. Também trouxe a importância da promoção e proteção da saúde, como elemento essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social, além de contribuir para a melhor qualidade de vida e para a paz no mundo.

Assim, os cuidados primários a saúde passam a ser o caminho para que esta meta fosse atingida, constituindo também um instrumento de justiça social. Também traz por definição APS:

Uma atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas as etapas do seu desenvolvimento, com espírito de auto responsabilidade e autodeterminação. A atenção primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui-se como função central e núcleo principal, como desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde residem e trabalham as pessoas, constituindo o primeiro elemento de um processo permanente da assistência a saúde (OMS, 1978).

Em síntese, a Declaração de Alma Ata, foi o “ponto culminante na discussão contra a elitização da prática médica, bem como contra a inacessibilidade dos serviços médicos às grandes massas populacionais” (BRASIL, 2011, p. 18). Na conferência foi defendido e reafirmado a saúde como “um dos direitos fundamentais do homem, sob a responsabilidade política dos governos, e reconhecendo-se a sua determinação intersetorial” (BRASIL, 2002, p. 16). Define que os cuidados primários em saúde refletem:

[...] 1 - e a partir dela evoluem, as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública. 2 - Têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades. 3 - Incluem pelo menos: educação, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais. 4 - Envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores. 5 - Requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades. 6 - Devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidade. (OMS, 1978, p. 2)

Ou seja, pelo entendimento de que a sustentabilidade dos sistemas de saúde baseados nos modelos médico-hospitalocêntricos demonstrava-se ineficiente e insuficiente, percebeu-se a necessidade de estratégias concretas para avançar na melhoria dos indicadores de saúde da população. Foi neste contexto que a Atenção Primária a Saúde surge como “um elemento

chave na constituição dos sistemas nacionais de saúde, com capacidade de influir nos indicadores de saúde e com grande potencial regulador da utilização dos recursos de alta densidade tecnológica” (BRASIL, 2002, p. 16). A APS surge com o propósito de dar um maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde e também para tentar reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar, tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde nacionais, em um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático.

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção para sobre as pessoas (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo[...] É definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A APS também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos, atenção a prevenção, bem como ao tratamento e a reabilitação; e trabalho em equipe. A atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para promoção, manutenção e melhoria da saúde (STARFIELD, 2002, p.28).

“Nesse sentido, a Atenção Primária a Saúde vem demonstrando ser um elemento-chave na constituição dos sistemas nacionais de saúde, com capacidade de influir nos indicadores de saúde” (BRASIL, 2007, p. 16). Por isso, Atenção Primária a Saúde além de ser o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde tem como características principais, a continuidade e integralidade da atenção, bem como a coordenação da assistência dentro do próprio sistema. Neste sentido, são definidos quatro atributos, tidos como essenciais da Atenção Primária a Saúde: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; a longitudinalidade; a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado. (STARFIELD, 2002)

A Atenção Primária é tida como o primeiro contato, isto por que ela deve ser prioritariamente o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde. É a porta de entrada para do sistema de saúde, isso quer dizer que a população e a equipe a identificam como o primeiro recurso de saúde a ser buscado quando surge um problema ou necessidade de saúde. Por isso, deve ser acessível, tanto ao que se refere às questões geográficas, quanto à organização de oferta do serviço. Ou seja, deve ser geograficamente próximo da população, com disponibilidade quanto aos horários de funcionamento e transparência da oferta de serviços.

Por exemplo, o horário de funcionamento, a forma de marcação de consultas, a presença de longas filas podem significar barreiras ao acesso; o mesmo ocorre com: as horas de disponibilidade da unidade de saúde; a oferta de cobertura após o horário de funcionamento e a explicitação dos serviços a serem utilizados pela população [...]. A facilidade de acesso para portadores de deficiência física e idosos; o tempo médio gasto na sala de espera; a ausência de dificuldades com linguagem; as barreiras relacionadas a gênero; as acomodações; a aceitabilidade das diferenças culturais; a disponibilidade de brechas para consultas de emergências; o intervalo de tempo entre marcar e consultar... (BRASIL, 2007, p. 38).

A Atenção Primária à Saúde desempenha um papel estratégico no SUS, sendo o principal elo entre o sistema de saúde e a população. No entanto, não pode ser entendida apenas como porta de entrada do sistema, porque essa ideia caracteriza baixa capacidade de resolver problemas e implica desqualificação e isolamento, e conforme foi demonstrado acima, AP desempenha muitos outros papéis que são imprescindíveis e fundamentais ao sistema.

Ser porta de entrada, não quer dizer que ela se restrinja apenas a isso, nem tão pouco pode ser vista como a única porta de entrada, porque as necessidades das pessoas se manifestam de maneira variável e precisam ser acolhidas em seu grau de complexidade. Nem pode ser porta obrigatória porque isso burocratiza a relação das pessoas com o sistema. E não pode ser o único lugar de acolhimento, porque todas as partes do sistema precisam se responsabilizar pelo resultado das ações de saúde e pela vida das pessoas (JUNIOR E ALVES, 2007, p. 36).

Segunda característica que a APS apresenta é a longitudinalidade (Continuidade) do cuidado, o que implica dizer que existe a necessidade de uma fonte continuada de atenção. Pressupõe um canal entre a população usuária e sua fonte de atenção, que é intermediado pelas relações interpessoais, criando um vínculo entre indivíduos e um profissional ou uma equipe de saúde. Envolve além do vínculo, a responsabilização do cuidado, que por sua vez “constitui a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, em um ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias” (BRASIL, 2015, p. 28). Cabe destacar que a continuidade do cuidado, o acompanhamento durante a doença não são particularidades apenas da APS, mas também dos outros níveis de atenção.

Como fundamentos e diretrizes da APS têm-se o “acolhimento aos usuários promovendo a vinculação e a corresponsabilização pela atenção as suas necessidades de saúde”, e também é acrescenta, “adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e

responsabilização entre equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e longitunilidade do cuidado” (BRASIL/MS, 2012, p. 20-21).

Adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais /equipes, com objetivo de ser referencia para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construindo ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente (BRASIL/MS, 2012, p. 21).

Assim, se percebe que a longitudinalidade do cuidado envolve a criação do vínculo e a corresponsabilização do cuidado, ou seja, diz respeito à existência imprescindível de uma relação pessoal que deve ser estabelecida ao longo do tempo entre individuo (s) e profissional ou equipe de saúde. Esta proposta é uma prerrogativa exclusiva da APS, pois se trata da oportunidade de fazer o acompanhamento dos diversos “momentos do ciclo de vida dos indivíduos, de suas famílias, da própria comunidade e, por intermédio dessa relação, a equipe conhece as pessoas, suas famílias e comunidade”, e estes também conhecem a equipe de saúde (BRASIL/MS, 2008, p. 41-42).

Podemos afirmar que a longitudinalidade, corresponsabilização do cuidado e a criação do vínculo pressupõem que haja equipes estáveis e permanentes através de concurso público. O próprio CONASS compartilha desse entendimento.

A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, o que significa uma unidade de saúde com equipes estáveis. A rotatividade de pessoal nas equipes de saúde é um fator imperativo da longitudinalidade (BRASIL/M.S, 2008, p. 42).

Assim sendo, o tipo de vínculo empregatício dos profissionais das equipes torna-se algo imprescindível para se alcançar a longitudinalidade. A transitoriedade das equipes não favorece a criação de vínculo nem entre os profissionais e trabalhadores da saúde dentro de suas próprias equipes, tão pouco com a população usuária dos serviços.

Em seguida temos um terceiro princípio, a integralidade. Por integralidade na saúde se entende que é:

Uma construção mais aberta e, além do reconhecimento de todos os fatores referidos aos demais desenhos (modelos), traz, como destaque, a necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde para a redução de danos e sofrimentos e prolongar a vida. Como integralidade, revela-se em defesa de que as tecnologias de saúde não sejam vistas como as de maior ou de menor importância e que não sejam hierarquizadas entre melhores e secundárias, mas vistas como recursos que precisam ser consumidos na hora certa e no espaço adequado, sejam as imunizações, os grupos com portadores de patologias, o diagnóstico por imagem ou laboratorial, as cirurgias ou os transplantes. Como se trata do sistema de saúde,

o encontro com os usuários estende-se desde a participação no cuidado ao controle social sobre o setor (JUNIOR & ALVES, 2007, p. 34).

Como um dos quatro princípios essenciais da APS, a integralidade reconhece e se refere a ampla gama de necessidades em saúde dos indivíduos, da família ou comunidade em seu contexto de vida e que são consideradas pela APS, de forma que os usuários tenham acesso a todos os serviços de saúde necessários. Significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de “serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e da palição, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde” e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais, culturais e subjetivos que causam as doenças. Por isso é considerado a atuação de uma equipe interdisciplinar para uma melhor identificação das necessidades (BRASIL, 2015, p. 28).

Segundo STARFIELD, (2002, p. 313) os benefícios da atenção integral podem ser deduzidos a partir dos benefícios conhecidos da atenção preventiva e a partir dos benefícios da prestação de serviços que têm sua efetividade atendida de acordo com as populações com necessidades específicas de saúde. A prevenção é uma prerrogativa especial na atenção primária e tem uma função de saúde importante. “Entretanto, a prevenção se expandiu do simples conceito de proteção das populações contra a doença para intervenção em sua fonte ambiental”. A integralidade requer que os serviços estejam disponíveis e sejam prestados quando necessários para os problemas que ocorrem com frequência suficiente para que os profissionais mantenham sua competência. A variedade de serviços disponíveis e prestados na atenção primária pode, assim, variar de lugar para lugar e de época para época, dependendo da natureza dos problemas de saúde e conforme a incidência ou prevalência das diferentes populações usuárias.

Por último, temos a coordenação do cuidado que seria a organização das respostas ao conjunto de necessidades colocadas. Ou seja, aqui é preciso considerar as várias necessidades de saúde dos indivíduos/família/comunidade e uma equipe multiprofissional para responder as necessidades. O que requer uma coordenação das ações e disponibilidade de informação. A coordenação conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante (BRASIL, 2015, p. 28).

A atenção primária se difere da atenção secundária (da atenção por consulta, de curta duração) e da atenção terciária (manejo da enfermidade a longo prazo). Pois ela lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de

saúde. Ela trabalha com os problemas mais comuns das comunidades, geralmente em unidades comunitárias como consultórios, centros de saúde, escolas e lares. Os pacientes devem ter acesso direto a uma fonte adequada de atenção que também deve ser continuada, para diversos problemas oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002, p. 29).

Comparada à Medicina subespecializada, a atenção primária é menos intensiva, tanto em capital como em trabalho, e menos hierárquica em sua organização. Portanto, é inerentemente mais adaptável e capaz de responder às necessidades sociais de saúde em mudança. Na atenção especializada, os pacientes tipicamente são encaminhados por um outro médico que já explorou a natureza do problema do paciente e iniciou um trabalho de diagnóstico preliminar. O processo de diagnóstico resulta em uma definição precisa de fisiopatologia; as intervenções são basicamente orientadas para este processo fisiopatológico. Na atenção primária, ao contrário, geralmente, o paciente é conhecido pelo médico, sendo que, a entrada no sistema é dada pelo paciente, frequentemente com queixas muito pouco específicas e vagas. A principal tarefa é a elucidação do problema do paciente e a obtenção de informações que levem a um diagnóstico e à escolha do manejo mais apropriado. Médicos da atenção primária, quando comparados com especialistas, lidam com uma variedade mais ampla de problemas, tanto com pacientes individuais como com a população com a qual trabalham. Como estão mais próximos do ambiente do paciente do que os especialistas, estão em uma posição melhor para avaliar o papel dos múltiplos e interativos determinantes da doença e da saúde (STARFIELD, 2002, p 30).

Além desses atributos, uma conceituação de Atenção Primária implica outras três características, chamadas de atributos derivados, que são: Focalização na família, orientação comunitária e a competência cultural. A focalização na família impõe “considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar” (BRASIL, 2015, p. 28).

Quanto a orientação comunitária, significa que deve haver o reconhecimento das necessidades das famílias em razão do contexto físico, econômico e social em que vivem, “o que exige análise situacional das necessidades de saúde das famílias em uma perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais de saúde proximais e intermediários” (BRASIL, 2015, p. 28). E por fim, a competência cultural convoca uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e de suas famílias.

Além desses sete atributos acima mencionados, a Atenção Primária a Saúde tem três papéis a serem desempenhados conforme (BRASIL, 2015, p. 29):

O primeiro é a ‘resolutividade’: O papel da ‘resolutividade’ é “inerente ao nível de cuidados primários, significa que eles devem ser resolutivos, capacitados, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender a 90% da demanda da APS”.

Um segundo papel que precisa desempenhar é a ‘coordenação’ que expressa o exercício, pela APS, de centro de comunicação da rede de assistência à saúde, “o que significa ter condições de ordenar os fluxos e os contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes”.

O terceiro e último papel é a função de ‘responsabilização’, o que implica no conhecimento e no relacionamento íntimo, “nos microterritórios sanitários, da população adscrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a essa população adscrita”.

Todos esses atributos e papéis, apesar de terem significados próprios, se apresentam intimamente relacionados na prática clínica. Assim, um serviço de Atenção Básica passa a ser considerada provedora da Atenção Primária a Saúde quando apresenta os quatro atributos essenciais e os atributos derivados, e os respectivos papéis, comumente a isto, desenvolver uma maior interação com os indivíduos e com a comunidade (HARZHEIM, STEIN, DARDET, 2004). Ou seja, só podemos dizer que há APS de qualidade se estes sete atributos estiverem sendo operacionalizados em sua totalidade.

Mas, para que a atenção primária se desenvolva e atinja seu objetivo de dar efetividade, equidade e otimização a um sistema de saúde ela deve focar a saúde das pessoas considerando os determinantes sociais da saúde<sup>4</sup>, isto é, o meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de focar apenas sua enfermidade individual que está aparente.

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe. A

---

<sup>4</sup> Determinantes Sociais de saúde: A Política Nacional de Promoção da Saúde. Promoção da saúde utiliza um conceito ampliado de saúde. “Visando promover a qualidade de vida, a equidade, e reduzir vulnerabilidade e riscos a saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes - modo de vida, ambiente, educação, condições de trabalho, moradia, lazer, cultura e acesso a bens essenciais”. “Busca ampliar a autonomia e a co-responsabilidade da população no cuidado integral a saúde, entendendo como fundamental reduzir as desigualdades, no contexto social mais amplo e das regiões do país” (BRASIL, 2007, p.21).

atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas (como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção. Em vez disso, a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde (STARFIELD, 2002, p. 29).

No entanto, o desdobramento da APS no Brasil tem apresentado as peculiaridades e as dificuldades para a mudança do modelo assistencial. Pois ao tratarmos sobre mudanças ou reforma em sistema de atenção à saúde, sabemos que os obstáculos são muitos. Segundo STARFIELD (2002): essa mudança passa por dois tipos de abordagem: A abordagem quanto à demanda, e a abordagem quanto à oferta. Tratar sobre essas questões conduz a outro passo, a construção social da APS.

Para a construção social da atenção primária se faz necessário estabelecer um perfil da demanda por cuidados primários no país. É importante considerarmos que as demandas da APS têm diferentes formas de expressão e são bem complexas, tanto pela diversidade quanto pela ausência de uma visão mais profunda e sistematizada sobre os problemas que chegam às unidades de saúde. Há, porém, certa estrutura na demanda por cuidados primários. Os motivos que fazem as pessoas buscarem a atenção primária são vários, vão desde “uma solicitação burocrática, um anseio, um desconforto psicológico, o medo de uma doença, uma informação técnica, a necessidade de discutir situações ligadas a questões não biomédicas, além de sinais, sintomas de doenças estabelecidas” (BRASIL, 2015, p.30).

Essa demanda apresenta algumas características singulares, como por exemplo, os tipos de atendimentos na APS estão distribuídos entre as demandas não programadas (demandas espontâneas), e as demandas programadas. Além disso, os problemas de saúde na APS se apresentam de forma indiferenciada, sem um diagnóstico específico. O que gera um leque grande de problemas gerais e inespecíficos.

Segundo dados de BRASIL (2015) existem diferentes tipos de demanda identificados na APS que podem ser divididos em nove grupos: Demanda por condições agudas, demanda por condições gerais e inespecíficas, por condições crônicas não agudizadas, por enfermidades, por pessoas hipertilizadoras, demanda administrativa, por cuidados preventivos, demanda por atenção domiciliar e por autocuidado apoiado. Desses nove, merece destaque o que significa alguns destes.

Sobre a demanda por enfermidade, vale destacar que há diferenças entre doença e enfermidade. “Doença é uma condição do organismo e de parte dele que promove distúrbios em suas funções”. Já se tratando de enfermidade, “é uma condição de sentir-se mal ou de

sofrer difusamente, referindo-se, portanto, às percepções subjetivas das pessoas diante de uma situação de sentirem-se doentes”. E a estimativa é de que metade das pessoas atendidas nas unidades de cuidados primários apresentam enfermidades, não doenças (BRASIL, 2015, p. 32).

Outra característica da demanda na APS no Brasil é que se concentra em um grupo de pessoas hiperutilizadoras, ou seja, recorrem constantemente ao serviço primário, com demandas muitas vezes administrativas, de caráter não clínico, como atestados médicos, renovação de receitas e análises de resultados de exames. Ademais, tem-se a demanda por cuidados preventivos, traço muito significativo na APS, pois envolve um amplo leque de tecnologias consideradas simples, como rastreamento de doenças, vacinação, prevenção de fatores de riscos, estratégias comportamentais e de motivação para mudanças de estilos e hábitos de vida, orientação nutricional e psicológica, orientação à atividade física, controle do tabaco, do álcool e de outras drogas etc. Atividades essas que devem ser desenvolvidas pelas equipes da ESF juntamente com o NASF.

Há também uma demanda na APS bem expressiva por cuidados domiciliares, por se tratar de um perfil de usuários acamados, impossibilitados de deslocarem para as unidades de saúde a fim de receber os cuidados necessários. Há também uma demanda por autocuidado apoiado, que tem por objetivo preparar e capacitar os usuários para que gerenciem sua própria saúde e os cuidados prestados.

Finalmente, esses diferentes tipos de demanda identificados na APS transformam-se em demandas efetivas, possibilitam a identificação das necessidades de saúde da população vinculada à APS, conduz ao acolhimento e à elaboração de listas de problemas e/ou de diagnósticos, suscitando assim, uma estruturação das respostas sociais a elas pela APS, por meio da oferta de serviços coerentes com esses dados.

Assim, para que ocorra uma construção social da APS é preciso que haja uma coerência entre a estrutura da demanda e da oferta. “Parte-se do estabelecimento da estrutura da demanda e busca-se adequar as respostas sociais a cada tipo de demanda específica por meio de uma estrutura de oferta singular”. Ou seja, tem que se harmonizar a estrutura de demanda com a estrutura de oferta. Como a estrutura de demanda prevalente é limitada, isso se reflete na estrutura de oferta que, conseqüentemente também se torna muito restrita. De modo que há, na realidade nacional, um descompasso entre a estrutura de demanda ampla e uma estrutura de oferta restrita, gerando uma crise na APS (BRASIL, 2015, p. 35).

De fato o que se observa na prática da APS no contexto do SUS é uma estrutura de oferta que não é capaz de responder socialmente às complexas demandas de cuidados

primários. Ou seja, a estrutura de oferta que se tem não dá conta de responder a todas as demandas da APS. Faz-se necessário aliar a tríade estrutura: estrutura, processos e resultados, a fim de alcançar qualidade em saúde. Segundo dados de BRASIL (2015, p. 40):

A estrutura é constituída por recursos físicos, humanos, materiais e também financeiros, “considerados em suas dimensões qualitativa e quantitativa. São os atributos materiais e organizacionais, relativamente estáveis, bem como os recursos humanos e financeiros disponíveis nas unidades prestadoras de serviços”.

Quanto ao processo, se trata do resultado “da combinação dos recursos estruturais para desenvolver ações de atenção à saúde que envolvem a relação entre profissionais de saúde e pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde”. Referem-se, portanto, “ao que os profissionais de saúde são capazes de fazer pelas pessoas usuárias e as atitudes, as habilidades e a capacidade técnica com que desempenham”.

De modo que os “processos desenvolvidos por profissionais de saúde e ofertados às pessoas usuárias poderão produzir resultados sanitários avaliados quantitativa e qualitativamente e resultados econômicos”. Assim, de forma geral podemos dizer que “referem-se à medição de níveis de saúde e à satisfação com os cuidados recebidos pelas pessoas usuárias, bem como aos resultados de avaliações econômicas”.

As mudanças na estrutura envolvem uma nova concepção de estrutura física, a ampliação da equipe de saúde, a adequação dos recursos materiais e financeiros e a organização dos macro e microprocessos da APS. As mudanças nos processos envolvem a organização: dos macroprocessos de atenção aos eventos agudos e de atenção às condições crônicas não agudizadas, às pessoas hiperutilizadoras e às enfermidades; dos macroprocessos da atenção preventiva e das demandas administrativas; e dos macroprocessos da atenção domiciliar e do autocuidado apoiado (BRASIL, 2015, p. 40).

Segundo STARFIELD (1993) os países com sistemas de saúde que tentam distribuir recursos de acordo com a necessidade em vez da demanda (o mercado) alcançam melhores níveis de saúde do que outros países. Por isso é preciso considerar que atender as necessidades de saúde remete ao atendimento das necessidades humanas elementares, dentre as quais se destacam a alimentação, a habitação, o acesso a água potável, educação, aos cuidados primários de saúde com qualidade, etc. Em outras palavras, atender as necessidades de saúde da população requer um salto qualitativo nas condições de vida de modo geral, o que não é algo automático e nem garantido ao longo dos anos, mas depende da interlocução de um conjunto de fatores, tais como educação para a saúde associada a integralidade da atenção, o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde etc.

Desse modo, podemos concluir a importância e o alto grau que a APS pode atingir por possibilitar a articulação das equipes profissionais e dos serviços, dentro de uma rede complexa, favorecendo a consciência do direito à saúde e instrumentalizando para a intervenção individual e coletiva sobre os determinantes do processo saúde-doença, ao reconhecer a pessoa como um todo indivisível (integral) que vive em um espaço local, em um Estado Nacional e em um mundo pretensamente globalizado.

### **3.2 – Atenção Primária a Saúde no Brasil: Subsidio para entender a Estratégia Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família.**

Ao longo do texto foi demonstrado o percurso de desenvolvimento sobre os cuidados primários em saúde, vale destacar, no entanto, que desde que a Organização Mundial da Saúde propôs, em 1978 uma agenda para operacionalização das metas acordadas em Alma-Ata, se evidenciou a dicotomia que existia entre os países industrializados que já haviam atingido em grande medida muitas das metas propostas na Conferência enquanto os países em desenvolvimento ainda estavam longe de atingi-las, o que gerou diversos problemas de conceituação e, conseqüentemente de implementação pelas diferentes interpretações que foram decodificadas do conceito global em que há consenso (BRASIL, 2015).

Em documento lançado recentemente, em 2015, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) intitulado Atenção Primária a Saúde e as Redes de Atenção a Saúde – RAS, o Próprio Ministério da Saúde reconhece que apesar do discurso oficial da Atenção Primária a Saúde como estratégia de reorientação do sistema, o que vigora de fato são vários modelos de cuidados primários no país, principalmente quando se considera a atuação do profissional médico. “Há o modelo tradicional em que médicos e enfermeiros generalistas sem formação específica em saúde da família atendem a uma população com ênfase em consultas médicas e de enfermagem”. Existe também o modelo tido por Semachko, pois é “oriundo da experiência russa bolchevique de organização de cuidados primários, providos por uma tríade de médicos especialistas: clínico, gineco-obstetra e pediatra” (BRASIL, 2007, p. 29-30).

Há também o modelo conhecido como medicina de família e comunidade estrito senso, este se baseia nos modelos europeus e canadenses, em que o cuidado à saúde está centrado em consultas médicas, feitas por médicos especialistas em medicina de família e comunidade. Existe ainda o modelo de Estratégia de Saúde da Família, que além de ser o mais

conhecido e o reconhecido oficialmente, caminha para se tornar o modelo hegemônico em todo o território nacional. Sob esta perspectiva, o cuidado primário está centrado em uma equipe multiprofissional, que trabalham de forma interdisciplinar e por meio de um conjunto ampliado de encontros clínicos que envolvem consultas individuais e atividades em grupos. Por fim, existem os modelos mistos que reúne alguns desses diferentes modelos em uma única equipe de saúde da família.

Ainda que não se possa, rigorosamente, comparar a ESF com os modelos tradicionais de APS, porque são opções de políticas de cuidados primários totalmente distintas, ao contrário do que algumas vezes se propala, os trabalhos revisados demonstram, inequivocamente, a superioridade da Estratégia Saúde da Família (ESF) em relação aos modelos tradicionais, especialmente no cumprimento dos atributos da APS. Interessante notar que não se encontrou nenhum trabalho avaliativo que indicasse a superioridade dos modelos tradicionais sobre o PSF (BRASI, 2015, p. 30).

Conforme veremos mais detalhadamente no capítulo seguinte, o PCATool é o instrumento de avaliação da atenção primária, que mede a coerência entre os atributos da APS e sua prática operacional, e em trabalhos de pesquisa realizados no Brasil, utilizando essa metodologia foi possível verificar que e em diferentes regiões de nosso país, o modelo da Estratégia Saúde da Família ainda que muitas vezes contaminado por outros modelos foi sempre superior aos modelos alternativos, especialmente o modelo tradicional e Semachko. Portanto, há evidências amplas e robustas da superioridade da ESF sobre outros modelos alternativos de APS em nosso País. Por essa razão, o modelo de APS que se propõe construir socialmente pelo Ministério da Saúde e demais órgãos oficiais é o da ESF conforme veremos a seguir.

No Brasil, o sistema de saúde assumiu o modelo de atenção primária a saúde para estabelecer metas e prioridades nacionais. Porém, muitos são os desafios para a concretização de um sistema de saúde pautado na APS. Assim, O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) tem atuado para o fortalecimento da APS no país, em 2003 foi realizado o 2º Seminário do CONASS para a Construção de Consensos, resultou em um documento intitulado ‘Atenção Primária’ que contou com a representação das secretárias estaduais de Saúde dos 27 estados do Brasil, a partir de então foi proposto que o Programa Saúde da Família (PSF) passasse a ser a “estratégia prioritária para o desenvolvimento da APS no SUS, sendo fundamental a promoção de sua articulação, integração e negociação entre gestores e equipes do PSF” (BRASIL, 2007, p. 19). A partir daí a estratégia para a APS no Brasil passou a ser o Programa Saúde da Família.

Neste documento ficou clara a visão do CONASS sobre a Atenção Primária à Saúde como estratégia de reorientação do modelo assistencial e não como um programa limitado de ações em saúde de baixa resolutividade. Ao incorporar em seus documentos a visão do PSF como uma estratégia e APS, o CONASS deu passo importante na qualificação desta estratégia. O PSF foi considerado como “uma estratégia de reorientação do modelo assistencial tendo como princípios: a família como foco de abordagem, território definido, adscrição de clientela, trabalho em equipe interdisciplinar, co-responsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo a participação social”. É um processo dinâmico que permite a implementação dos princípios e diretrizes da Atenção Primária, devendo se constituir como ponto fundamental para organização da rede de atenção, é o (primeiro) contato preferencial com a clientela do SUS (Brasil, 2007, p. 19).

No decorrer dos anos também alguns avanços têm sido dados para efetivação e consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Além de inúmeros documentos, várias portarias foram publicadas com objetivo de orientar a organização da APS, embora isso tenha contribuído, inicialmente para uma fragmentação das normas, avançou, como a aprovação, em Março de 2006 da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que apresenta os princípios gerais para a APS e se desdobramento no contexto nacional, como por exemplo, as responsabilidades das esferas de governo, também sobre a infraestrutura e funcionamento da AP, representando assim:

Uma criteriosa revisão e adequação dos documentos normativos que expressam o amadurecimento e o fortalecimento da AB no Brasil, e representa a incorporação dos princípios e diretrizes do novo Pacto pela Saúde, entre as três esferas de governo para a consolidação do SUS, expresso nas dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2007, p. 101).

Além das tradicionais práticas de prevenção e cura, a PNAB define que a APS inclui um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, voltado para a promoção da saúde<sup>5</sup>, tratamento e reabilitação. A promoção da saúde ganha assim, cada vez mais destaque e também tem se constituído em um campo abrangente de distintas disciplinas, pelo seu caráter

---

<sup>5</sup> A promoção da saúde entende que os profissionais/equipe cria laços de co-responsabilidade com os usuários que irão decidir o que é bom para si, conforme as suas crenças, valores, experiência e necessidade. É um “processo que confere a população os meios para assegurar um maior controle e melhoria e sua própria saúde, não limitando as ações de responsabilidade do setor saúde. Propõe a capacitação das pessoas para uma gestão mais autônoma da saúde e dos determinantes desta” (BRASIL, 2007, p. 46). Valorizando enormemente a educação em saúde como desenvolvimento da autonomia das pessoas e populações. Configura-se propostas que consideram os fatores determinantes ou condicionantes da qualidade de saúde, a necessidade de informações e conhecimentos para promover a autonomia e a necessidade de acesso às tecnologias do cuidado com produção de vínculo entre profissionais e equipes de saúde com os usuários (JUNIOR & ALVES, 2007, p. 33-34).

inovador. De modo que se eficiente, a APS daria conta de responder a 85% das necessidades em saúde (BRASIL 2007).

É na PNAB que também se estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Muda a nomenclatura de “Programa Saúde da Família” (que existia desde meados de 1993 e regulamentado em 1994), para ‘Estratégia Saúde da Família’ (ESF). Também define as especificidades da ESF e aponta para a criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF, além de muitos outros pontos. Trata-se de fundamentos gerais que absorvem os princípios do SUS e que convergem com as características da APS.

Assim, em relação à Estratégia Saúde da Família, temos as suas especificidades:

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo benefício (Brasil/MS, 2012, p. 54).

Dessa forma, a Estratégia Saúde da Família (ESF) surge com o propósito de “reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias, contribuindo para melhorar a qualidade de vida da população” (BRASIL/MS, 2010, p. 9). Devendo as equipes da Estratégia Saúde da Família ser composta por, no mínimo, um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar/técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A PANAB também prevê a ampliação dessa equipe com a inclusão dos profissionais de Saúde Bucal (dentista, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal).

A ESF caracteriza-se por ser a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde tendo sob sua responsabilidade um território definido, com uma população delimitada, partindo do conhecimento do perfil epidemiológico e democrático de sua área de atuação, podendo intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, de forma a oferecer às pessoas atenção integral, permanente e de qualidade (BRASIL/ MS, 2010, p.10).

As equipes de Saúde da Família ficam sob a responsabilidade de um número máximo de quatro mil pessoas, embora a média seja de três mil de uma determinada área. Já em relação aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), devem ser em quantidade suficiente para

cobrir totalmente o número da população cadastrada, não podendo ultrapassar 750 pessoas por ACS.

Quanto às equipes da ESF devem ser compostas por doze ACS. É importante destacar que “a atuação das equipes ocorre no território, principalmente, nas unidades básicas da Saúde da Família, nas residências e nos espaços comunitários” (Brasil/MS, 2010, p. 10). Devendo ser considerado o território, a população adstrita, o perfil epidemiológico e demográfico da população e demais informações necessárias, para poderem intervir sobre os fatores de risco aos quais as comunidades estão expostas.

A PNAB também trata sobre a implantação dos núcleos de Apoio a Saúde da Família. No intuito de apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e escopo das ações da Atenção Primária, foi criado e regulamentado em 2008, através da Portaria GM nº 154 o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Que passou a compor a rede de Atenção Básica da saúde e surgiu com a finalidade ampliar e melhorar sua abrangência, resolutividade, regionalização e territorialização.

Art. 1º Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia da Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. (BRASIL, 2008).

A Portaria define que o NASF é composto por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuarão conjuntamente, e em parceria com aos profissionais que integram as Equipes Saúde da Família (ESF), “compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade da ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado”. E tem como diretrizes: Ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular, promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010).

Assim, cabe frisar que embora o NASF integre a atenção primária, ele não pode ser considerado como porta de entrada do SUS como os demais serviços que fazem parte da Atenção básica. Sua atuação visa colaborar com a ESF a fim de ter um trabalho mais completo no que diz respeito ao um atendimento integral aos usuários. Não cabe ao NASF fazer atendimento individualizado de usuários, a menos que seja encaminhado pela ESF, pois o que deve ser mantido é o trabalho em conjunto com outros profissionais da ESF.

Entre as várias áreas que o NASF abrange destacamos o apoio matricial<sup>6</sup>, este por sua vez, parte do pressuposto de que há equipes de referência, ou seja, que existe interdependência entre os profissionais da atenção primária com uma determinada população adscrita bem definida, onde priorizam a construção de objetivos e metas comuns. Está intimamente relacionado com o conceito de educação permanente, onde exercitarão a dimensão técnico pedagógica. Assim, podemos entender que o apoio matricial “será formado por um conjunto de profissionais que não tem, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência (equipes da ESF)” (BRASIL, 2010, p. 12), pois como já dito, o NASF apoia as equipes da ESF, sendo que é a ESF que tem o contato mais direto e contínuo com a população usuária.

Com relação à quantidade de profissionais e as suas especialidades que devem compor o NASF, a Portaria GM nº 154, dividiu em dois tipos de composição: NASF I que é formado por no mínimo cinco profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, educador físico, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. Esse tipo de NASF deve se vincular a no mínimo oito e no máximo vinte equipes de saúde da família. E o NASF 2, composto por pelo menos três profissionais de nível superior, dentre os quais: assistente social, psicólogo, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, educador físico e terapeuta ocupacional. Este tipo deve se vincular a no mínimo três e no máximo oito equipes de saúde da família.

É importante destacarmos que o contexto que envolve a adoção do Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia para APS (depois substituído pela ESF), como referenciado no capítulo I, foi em decorrência da criação da NOB 01/96. A década de 1990 é visto pelos estudiosos nacionais como o início do neoliberalismo no país. O presidente Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2003), manteve um governo marcado pela forte implementação do modelo neoliberal, associando a ideologia da globalização, de redução e de um Estado mínimo.

Aumentou a crise de financiamento do setor da saúde, não havia recursos suficientes para a remuneração adequada dos profissionais da área. Como medida emergencial foi criada

---

<sup>6</sup> O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (CAMPOS & DOMITTI, 2007, p. 2).

a CPMF, um imposto sobre a movimentação financeira, que duraria um ano, onde os recursos arrecadados seriam usados apenas para o setor da saúde. O que de fato não aconteceu, visto que inúmeras denúncias apontavam para desvios do imposto. Além de que, as privatizações de empresas estatais também se intensificaram.

O panorama de publicação da NOB 01/96 e criação do PSF, reflete a opção de modelo de Estado mínimo para o social, e máximo para o capital, para a economia e de abertura para o desenvolvimento do setor privado. A lógica inicial do PSF e, por conseguinte, pela ESF é nitidamente sob esse molde. Evidenciado primeiramente pelo desinteresse do governo em investimento físico e material na saúde pública, em seguida, pela própria concepção da ESF, visto que esta pressupõem uma equipe mínima, para atender a um determinado número de usuários.

Mínima não apenas em quantidade de profissionais, mas em especializações. De modo que a ESF, PNAB e o NASF (os dois últimos criados respectivamente em 2006 e 2008, já no governo de Lula) se contradizem em suas essências, pois ao prever uma equipe multiprofissional, atuando de forma interdisciplinar para atender ao princípio da integralidade da atenção, não propicia de fato que isto seja possível. Pois como uma equipe mínima (de especialistas) propicia um atendimento integral, tendo em vista as múltiplas necessidades de saúde (Bio-psico-social)?

A interpretação oficial pelo MS é da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombina e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, às demandas e às representações da população, o que implica a articulação da APS como parte e como coordenadora da rede de atenção a saúde. Por isso, a sugestão é que a APS ocupe “o banco do motorista” para dirigir o sistema de atenção à saúde (BRASIL, 2015). Como o nível primário do sistema de atenção à saúde, a APS conceitua-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais frequentes de saúde, orienta a fim de minimizar os custos econômicos e a satisfazer às demandas da população. O que parece não ser uma verdade frente a essas questões outrora levantadas.

Baseando-se nesta realidade e nesta forma específica brasileira, as outras interpretações da Atenção Primária a Saúde, para além do que consta nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, ganha expressividade entre diversos pesquisadores ao apontá-la “como uma assistência seletiva, entendendo-a como um programa específico destinado a populações e regiões pobres a quem se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias

simples e de baixo custo”, providas por pessoal de baixa qualificação profissional e sem a possibilidade de referência a níveis de atenção de maior densidade tecnológica (BRASIL, 2015, p. 26-27).

Assim, conforme as interpretações que se pautam na realidade brasileira, se está diante da APS como um programa focalizado em pessoas e regiões pobres; na interpretação do MS, como o primeiro nível de atenção do sistema de saúde e como uma estratégia de organização de todo o sistema (SUS), por entender a saúde como um direito humano fundamental. No entanto, tal embate não pode ser visto como equivocado ou errado, mas sim, como tentativas distintas que tende para o fortalecimento e aperfeiçoamento desse primeiro e imprescindível nível de atenção à saúde.

### **3.3 – O Fortalecimento da Atenção Primária a Saúde no Brasil.**

Especialmente a partir dos anos de 1980 foi dado maior foco ao conhecimento especializado em determinada área do saber e conforme o conhecimento se acumula, os profissionais tendem a, cada vez mais, se subespecializar para lidar com o volume de novas informações e administrá-lo, assim, formar profissionais com visão na atenção primária (saúde da família, de comunidade etc.) se constitui em uma necessidade urgente e precisa.

Um sistema de saúde orientado para a subespecialização também apresenta outro problema: ele ameaça os objetivos de equidade. Nenhuma sociedade possui recursos ilimitados para fornecer serviços de saúde. “A atenção subespecializada é mais cara do que a atenção primária e, portanto, menos acessível para os indivíduos com menos recursos poderem pagar por ela”. Além disso, os recursos necessários para a atenção altamente técnica orientada para a enfermidade competem com aqueles exigidos para oferecer serviços básicos, especialmente para as pessoas que não podem pagar por eles. (STARFIELD, 2002, p. 20-21).

Em alguns países, há mais subespecialistas do que especialistas em atenção primária, como é o caso do Brasil, que por falta de profissionais médicos para AP (isto por diversas razões, não apenas pela ausência de especialistas em saúde da família), o governo Federal trouxe médicos de Cuba para cobrir as regiões em que os cuidados primários apresentavam grave déficit. Na atenção especializada, (média e a alta complexidade) geralmente é exigido mais recursos do que na atenção básica, isto por que, neste nível de atenção, é exigido e enfatizado o desenvolvimento e o uso de “tecnologia cara para manter viva a pessoa enferma

em vez de dar ênfase aos programas de prevenção de enfermidades ou redução do desconforto causado pelas doenças mais comuns, que não ameaçam a vida” (STARFIELD, 2002, p. 20).

Comparada à Medicina subespecializada, a atenção primária é menos intensiva, tanto em capital como em trabalho, e menos hierárquica em sua organização. Portanto, é inerentemente mais adaptável e capaz de responder às necessidades sociais de saúde em mudança. Na atenção especializada, os pacientes tipicamente são encaminhados por um outro médico que já explorou a natureza do problema do paciente e iniciou um trabalho de diagnóstico preliminar. O processo de diagnóstico resulta em uma definição precisa de fisiopatologia; as intervenções são basicamente orientadas para este processo fisiopatológico. Na atenção primária, ao contrário, geralmente, o paciente é conhecido pelo médico, sendo que, a entrada no sistema é dada pelo paciente, frequentemente com queixas muito pouco específicas e vagas. A principal tarefa é a elucidação do problema do paciente e a obtenção de informações que levem a um diagnóstico e à escolha do manejo mais apropriado. Médicos da atenção primária, quando comparados com especialistas, lidam com uma variedade mais ampla de problemas, tanto com pacientes individuais como com a população com a qual trabalham. Como estão mais próximos do ambiente do paciente do que os especialistas, estão em uma posição melhor para avaliar o papel dos múltiplos e interativos determinantes da doença e da saúde. (STARFIELD, 2002, p. 29).

Embora seja possível que a tendência à especialização baseada no conhecimento mais atual ofereça uma atenção altamente eficaz a doenças individuais, é improvável que produza uma atenção básica altamente efetiva e se torna um impeditivo à integralidade. A mesma autora continua explicando por que isso acontece:

A especialização direcionada ao tratamento da enfermidade não pode maximizar a saúde porque a prevenção da enfermidade e a promoção de um ótimo funcionamento transcendem as enfermidades específicas e requerendo uma perspectiva mais ampla do que a que pode ser alcançada pelo especialista na enfermidade. A atenção médica eficaz não está limitada ao tratamento da enfermidade em si; deve considerar o contexto no qual a doença ocorre e no qual o paciente vive. Além disso, raramente as enfermidades existem de forma isolada, especialmente quando apresentadas ao longo do tempo. Assim, os especialistas em enfermidades podem oferecer a atenção mais apropriada para as enfermidades específicas dentro de sua área de competência especial, mas um profissional de atenção primária deve integrar a atenção para a variedade de problemas de saúde que os indivíduos apresentam com o tempo (STARFIELD, 2002, p. 30).

Além de tudo isso, há um processo de fragmentação do saber, cujas competências isoladas não conseguem atender as novas exigências e complexidades dos problemas, embates, proposições, metas e objetivos da saúde pública, especialmente no contexto da atenção primária a saúde. Portanto, a ênfase para superação dessa fragmentação está na necessidade de se atribuir um enfoque interdisciplinar, que vai desde a formação acadêmica nos cursos da área de saúde, à própria intervenção profissional.

As profissões da área de saúde ficam cada vez mais separadas, com um crescente estreitamento de interesses e competências e um enfoque sobre enfermidades ou tipos de enfermidades específicas (como é o caso recorrente para a ESF e o NASF, que acabam enfocando enfermidades como diabetes e hipertensão) em vez de atuarem sobre a saúde geral das pessoas e comunidades.

Isto recai diretamente na quebra do princípio da integralidade e no reconhecimento dos determinantes sociais de saúde. Assim, o desafio para os profissionais tanto da ESF quanto do NASF é desenvolver um trabalho interdisciplinar para dar conta desses múltiplos aspectos que envolvem o processo saúde-doença. E isto, já está previsto na Portaria GM nº154/2008, em que fica estabelecido que o NASF é uma equipe multiprofissional e que deverá investir e priorizar a troca de saberes.

Trata-se, portanto, de uma mudança no cotidiano prático dos profissionais, sendo um exercício contínuo, uma nova forma de como deve ser organizado os processos de trabalho das equipes da APS. É também uma questão que envolve a gestão municipal (principal instância responsável pela atenção primária) para assegurar as condições objetivas e materiais a fim de garantir a prática da interdisciplinaridade.

Outro aspecto presente nesta questão diz respeito às implicações concretas e práticas na falta do cumprimento deste quesito; é que a ausência da interdisciplinaridade que torna o trabalho das equipes burocrático, fragmentado, lento e pouco eficiente. E fere diretamente alguns pressupostos fundamentais da APS, quer seja, a resolutividade, coordenação das ações-serviços e a integralidade, podendo os cuidados primários recair sob uma lógica pragmática e produtivista.

Assim, também chamamos atenção para o processo de formação acadêmica dos profissionais. Trata-se de uma educação tradicional, verticalizada, na lógica hospitalocêntrica e higienista. É uma formação que dissemina um saber fragmentado, de disciplinas isoladas, que domina as escolas médicas e praticamente todas as escolas do campo da saúde, este modelo fragmentado se mostra muito mais coerente com as demandas do mercado do que com a proposta da Reforma Sanitária e dos princípios constitucionais do SUS.

A influência do modelo médico hegemônico que, por um lado tem sido altamente eficiente na elevação dos gastos, por outro, tem se mostrado insuficiente quanto ao impacto na melhoria da qualidade de vida e saúde da população e otimização dos serviços. Este modelo é tido como um dos fatores da ineficácia e encarecimento do sistema e, no caso brasileiro, aponta para a necessidade de se dar continuidade ao processo de reforma sanitária brasileira em direção a uma nova etapa, a chamada de “reforma das reformas” (Gil, 2006, p.11720).

De modo que a real necessidade que se apresenta no campo da formação profissional é de investir na formação de profissionais sob o direcionamento da reforma sanitária que embarcam uma visão progressista dos cuidados em saúde. Por isso, a importância de uma reestruturação da graduação, que aproxime as práticas da educação universitária com a realidade social que se insere a ESF e o NASF.

A responsabilidade das universidades na formação de recursos humanos é um aspecto relevante a ser considerado na implementação com qualidade do PSF. [...] A formação de cunho positivista/mercadológico e fragmentado, hegemônica há décadas, não prepara estes profissionais para lidarem com as questões que se impõem em uma prática mais socializada, com a ótica da atenção integral, da interdisciplinaridade, para a criação do vínculo profissional com o conjunto de indivíduos/ família/comunidade como o PSF exige (TEIXEIRA, 2001, p. 246).

Partindo desse pressuposto, também chamamos atenção para a necessidade de constantes treinamentos e capacitação dos profissionais que já estão atuando na atenção primária, o que está previsto na própria Política de Atenção Básica. Cabe frisar, que não se trata de ações de capacitação referentes apenas ao conhecimento ambulatorial e biológico específico de cada área, mas sim do conhecimento referentes ao processo histórico e a constituição de leis e normas sociais relativas às políticas do setor de saúde, aos regulamentos que regem o SUS e do nível de atenção que estão inseridos, isto é, APS.

Isto implicará em um importante processo de politização dos profissionais, entendendo que na APS é o nível de atenção com maior abertura e espaço para o desenvolvimento de práticas democráticas, de pensar a educação em saúde dentro da visão de promoção da saúde e de fortalecer e capacitar a comunidade para exercer o controle social. O desconhecimento dessas normatizações da própria política de saúde é um impedimento direto para que isso aconteça.

Assim, parece coerente afirmar que tal processo vai desde a universidade à gestão municipal da saúde, e por fim, a responsabilidade dos profissionais. Motivando a inserção destes trabalhadores nos conselhos de saúde, por se entender que esta instância é um dos principais mecanismos de participação democrática, e embora não possibilite todas as transformações necessárias (tendo em vista a complexidade da realidade social em estudo), constitui-se como um espaço de grande potencial para provocar mudanças significativas na relação Estado/sociedade.

No capítulo seguinte, buscaremos apresentar mais claramente a polarização entre esses dois lados, os dados oficiais que mostram a APS como estratégia que tem alcançado níveis eficientes e satisfatórios nos cuidados a saúde, e do outro, os autores que problematizam estas

questões assegurando que APS no Brasil tem sido uma política pobre, voltada para as populações pobres, que não podem acessar os serviços de saúde via mercado.

## **IV CAPÍTULO – PROBLAMATIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA Á SAÚDE INSTITUCIONAL.**

Este capítulo tratará sobre a condução da Atenção Primária a Saúde (APS) no Brasil e o discurso institucional<sup>7</sup> sobre a execução dessa política. Para isso, dar-se-á utilizando alguns documentos lançados pelo Ministério da Saúde (MS), como o material intitulado “Saúde da Família no Brasil – uma análise de indicadores para a atenção básica” (2008), bem como a Política Nacional da Atenção Básica - PNAB (2012) e documentos do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Esses são alguns dos principais documentos que o Ministério da Saúde, como órgão superior da saúde, lançou nas últimas décadas; trata-se então da visão da principal instituição do país, portanto, do discurso legalmente constituído.

Em seguida, serão apresentadas algumas interpretações sobre o desenvolvimento da política de saúde de forma geral, e principalmente sobre como a APS vem sendo desdobrada no contexto nacional. São argumentos que contestam a versão “legal”, de modo a chamar a atenção para a dicotomia que existe entre o “ideal” posto nos documentos oficiais e a “política real” que de fato vem sendo executada no país ao longo dos anos, o que para muitos pode ser denominado como uma política pobre para pobres.

Para isso, os principais autores com os quais se dialogará são Maria Inês Bravo (2008), Maria da Glória Cohn (2005), Aluísio Júnior e Carla Alves (2007), Behring (2003) e Teixeira (2007), que associam à discussão da atenção primária o contexto mais amplo que envolve a saúde pública no país, como por exemplo, a privatização dos níveis rentáveis e a focalização da atenção básica nas populações pobres. Para além de visões fatalistas, acredita-se que dialogar com tais autores permitirá realizar algumas reflexões mais profundas a respeito dessa política.

### **4.1. – A interpretação do CONASS sobre a Atenção Primária a Saúde.**

Primeiramente, debruçou-se sobre alguns materiais produzidos pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), que existe desde 1982, constituindo-se em

---

<sup>7</sup> A nossa referência aqui a “discurso institucional”, se remete ao que consta nas publicações do MS sobre a APS. Trata-se, portanto, de uma descrição sobre o que esses documentos versam sobre os cuidados primários no país, e não de uma análise do discurso institucional.

uma entidade sem fins lucrativos de direito privado e que congrega os Secretários Estaduais de saúde (gestores oficiais e seus substitutos legais). O CONASS constitui um “organismo da direção do Sistema Único de Saúde (SUS), com mandato de representar politicamente os interesses comuns dos secretários de saúde dos Estados e do Distrito Federal”, com o fim de traçar estratégias que sejam comuns entre secretarias estaduais de saúde de todo o país. Dentre outras participações, atua na representação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e tem atuado no decorrer dos anos como órgão permanente de intercâmbio de experiências e de informações, voltado para a implementação dos princípios e diretrizes constitucionais e da legislação complementar em saúde e para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2016, p. 23).

Quanto as suas responsabilidades, destacaram-se as seguintes: a) - É específico ao CONASS “diligenciar para que as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal participem da formulação e tomada de decisões que digam respeito ao desenvolvimento dos sistemas de saúde nas unidades federadas, em conjunto com o Ministério da Saúde”; b) – “Encaminhar aos órgãos competentes do setor saúde e extras setoriais propostas para equacionar os problemas da área de saúde em todo o território nacional”; c) – “Promover estudos e propor soluções aos problemas relativos ao desenvolvimento da área da saúde”; d) - “Manter intercâmbio com órgãos e entidades nacionais e estrangeiras de interesse para o setor saúde” (BRASIL, 2016).

Devido a sua relevância na difusão de informações e apoio técnicos junto aos Secretários de Estado de Saúde e demais envolvidos e pela sua atuação para o fortalecimento da APS no país, é que se destacaram, neste item, as principais publicações dessa entidade nos últimos anos sobre a Atenção Primária à Saúde, constituindo-se, assim, na principal fonte documental da presente pesquisa.

A atuação do CONASS para o fortalecimento da APS no país tem se destacado especialmente por meio da produção de conhecimento na sobre o assunto. Em 2003 foi realizado o 2º Seminário do CONASS para a Construção de Consensos, que resultou em um documento intitulado ‘Atenção Primária’, o qual contou com a representação das secretarias estaduais de Saúde dos 27 estados do Brasil, propondo-se o Programa Saúde da Família (PSF) como sendo a “estratégia prioritária para o desenvolvimento da APS no SUS, sendo fundamental a promoção de sua articulação, integração e negociação entre gestores e equipes do PSF” (BRASIL, 2007, p. 19). A partir daí a estratégia para a APS no Brasil passou a ser o Programa Saúde da Família - ESF.

Neste documento ficou clara a visão do CONASS sobre a Atenção Primária à Saúde como estratégia de reorientação do modelo assistencial e não como um programa limitado de ações em saúde de baixa resolutividade. Ao incorporar em seus documentos a visão do PSF como uma estratégia e APS, o CONASS deu passo importante na qualificação desta estratégia. O PSF foi considerado como “uma estratégia de reorientação do modelo assistencial tendo como princípios: a família como foco de abordagem, território definido, adscrição de clientela, trabalho em equipe interdisciplinar, co-responsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo a participação social”. É um processo dinâmico que permite a implementação dos princípios e diretrizes da Atenção Primária, devendo se constituir como ponto fundamental para organização da rede de atenção, é o (primeiro) contato preferencial com a clientela do SUS. (BRASIL, 2007, p. 19).

Em 2007, o CONASS publicou outro material com o título “Atenção Primária e Promoção da Saúde” da coleção Progestores – para entender a gestão do SUS. Nesse material é destacado que a Atenção Primária tem um papel importante para a construção do SUS, que embora tenha avançado ao longo das duas últimas décadas e dos esforços governamentais por meio das três esferas de governo, das instituições de saúde, de estudantes, trabalhadores etc., ainda tem um longo caminho de aperfeiçoamento a percorrer. No entanto, o material reforça que vem sendo cada vez mais fortalecido o consenso de que manter um sistema de saúde pautado na Atenção Primária à saúde é melhor para atingir um mais alto grau de desempenho e eficiência.

O CONASS reconhece a importância da APS por ser um modelo em que se contrapõem a superespecialização, a centralização nas práticas médicas e em hospitais e que envolve tecnologias mais baratas e eficientes; por isso no documento se ressalta o impacto positivo APS na saúde da população, o que tem levado ao alcance de mais equidade, a uma maior satisfação dos usuários e também gera menos custo para o sistema.

Entendendo que a sustentabilidade dos sistemas de saúde baseados nos modelos médico-hospitalocêntricos tem demonstrado evidentes sinais de esgotamento, aponta-se a necessidade de traçar estratégias claras, empiricamente suportadas, para o avanço na melhoria dos indicadores de saúde da população. Nesse sentido, a APS vem demonstrando ser um elemento-chave na constituição dos sistemas nacionais de saúde, com capacidade de influir nos indicadores de saúde e com grande potencial regulador da utilização dos recursos de alta densidade tecnológica, garantindo o acesso universal aos serviços que tragam reais benefícios à saúde da população (BRASIL, 2007, p. 16).

Outro avanço que tem contribuído para a implementação e aperfeiçoamento da Atenção Primária à Saúde como a base do SUS na visão do CONASS diz respeito à ênfase que vem sendo dada à promoção da saúde. “Por se considerar a APS o lócus privilegiado para a operacionalização da promoção da saúde” é que o MS publicou a Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS, em 2006. Assim, a promoção da saúde é entendida como um dos

eixos centrais da atenção primária, isso porque a promoção à saúde atua na mudança do modelo centrado no médico e no hospital, que se baseia em uma atenção individualizada e fragmentada (BRASIL, 2007, p. 16).

Assim, o CONASS defende que no Brasil a Atenção Básica “considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável”. Também refuta os argumentos dos que consideram a APS no país como uma política que tem um caráter pautado em um programa de medicina simplificada para pobres de áreas urbanas e rurais, em vez de uma estratégia do sistema de serviços de saúde. Por isso, embora o termo Atenção Básica seja bastante utilizado, não se pode interpretá-la como uma política de focalização e de uma atenção primitiva à saúde (BRASIL, 2007, p. 22).

Sobre o discurso de que a APS é uma ‘assistência pobre para pobres’, o Conass reconhece que:

APS mundialmente identifica-se nos mais de cinco mil municípios brasileiros uma enorme gama de práticas sob a designação de Atenção Básica ou Saúde da Família. Assim, mesmo considerando uma atenção básica ampliada, abrangente e inclusiva, como pensada pelos formuladores de forma tripartite, pode-se ver, em alguns locais, a APS focalizada ou excludente, na prática, no país. Atentando para essa questão podem-se corrigir rumos para a construção do ideal de Atenção Primária à Saúde proposto (BRASIL, 2007, p. 18).

No entanto, os pontos positivos são maiores, pois para o CONASS a Atenção Primária à Saúde, como a porta de entrada ao sistema de saúde, tem alcançado melhorias constantes desde a criação da Saúde da Família, “seja ampliando o acesso das populações aos serviços, seja disponibilizando uma gama maior de ações de promoção, prevenção e tratamento”. Além de que a avaliação quanto ao desempenho das equipes da ESF é de que essa estratégia tem inovado na busca de meios que garantam e assegurem cada vez mais acesso à APS como o primeiro contato com o sistema de saúde do país (BRASIL, 2007, p. 38). Essas equipes assumem a responsabilidade sanitária sobre a população pela qual é responsável. Também utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, resolvendo, assim, os problemas de saúde mais frequentes e relevantes nos respectivos territórios.

Enfim, ao se analisar os documentos do CONASS sobre APS, percebe-se que, para ele, a APS não só se orienta como vem seguindo os princípios do SUS, quer seja, a universalidade, a integralidade, equidade e participação da sociedade (controle social) além dos outros previstos para a APS pela Política Nacional da Atenção Primária à Saúde (PNAB), que será detalhada no tópico a seguir.

## 4.2 – Atenção Primária à Saúde segundo a Política Nacional de Atenção Básica.

Ao longo dos anos, avanços têm sido dados para efetivação e consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Além de inúmeros documentos, várias portarias foram publicadas com o objetivo de orientar a organização da APS. Embora isso tenha contribuído para a fragmentação das normas, teve também alguns avanços, como a aprovação, em março de 2006, da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e no mesmo ano também aprovou o Pacto pela Saúde:

Uma criteriosa revisão e adequação dos documentos normativos que expressam o amadurecimento e o fortalecimento da AB no Brasil, e representa a incorporação dos princípios e diretrizes do novo Pacto pela Saúde, entre as três esferas de governo para a consolidação do SUS, expresso nas dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. (BRASIL, 2007, p. 101)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) apresenta os princípios gerais para a APS e muda a nomenclatura de “Programa Saúde da Família” (que existia desde meados de 1993 e que foi regulamentado em 1994) para “Estratégia Saúde da Família (ESF)”. Trata sobre as responsabilidades das esferas de governo, também sobre a infraestrutura e o funcionamento da AB, define os princípios e as especificidades da ESF e aponta para a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), além de muitos outros pontos. Trata-se de fundamentos gerais que absorvem os princípios do SUS e que convergem com as características da APS.

A nova PNAB se difere da antiga Política de Atenção Básica (PAB) primeiro porque ela resulta de um maior amadurecimento teórico, de debates e do acúmulo de experiências de diversos atores que historicamente marcam a política de saúde no país (governo, movimentos sociais, usuários, trabalhadores, pesquisadores etc.). Além de que também prevê um aumento dos repasses para a Atenção Primária à Saúde. A “PNAB mudou o desenho do financiamento federal para a Atenção Básica, passando a combinar equidade e qualidade” (BRASIL, 2012, p. 10).

Sobre os desafios e entraves que a APS enfrenta, principalmente quanto a sua expansão e desenvolvimento, a PNAB advoga que o Ministério da Saúde (MS) tem enfrentado essas dificuldades com mais investimento na APS, levando em consideração que tais esforços já se constituem em um grande avanço ao considerarmos que o Brasil é o único país no mundo com uma dimensão territorial tão vasta, com mais de 100 milhões de

habitantes, e que tem um sistema de saúde público, universal, gratuito e com atendimento integral a sua população.

Por isso, a PNAB assegura as iniciativas do Ministério da Saúde com medidas que visam à melhoria dessa política, como a garantia de acesso a uma saúde de qualidade por meio da instalação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) próximas de onde as pessoas vivem, trabalham, estudam, ou seja, onde as pessoas desenvolvem suas atividades cotidianas. Em seguida, há os investimentos que vêm sendo feitos na infraestrutura dessas unidades, tanto que os recursos previstos apenas para o ano de 2012 foram cerca de 40% maiores que os previstos para o ano de 2010, o que representou o maior aumento de recursos repassados fundo a fundo desde que foi criada a política de Atenção Básica. (BRASIL, 2012, p. 10).

Também aponta que a Atenção Primária à Saúde no Brasil se caracteriza como um “conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde” (BRASIL, 2012, p. 11). A tarefa é realizada sob a forma de trabalho em equipe, com uma clara delimitação da população usuária e do território adscrito, desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade.

Segundo a PNAB, são os fundamentos e diretrizes da Atenção Primária a Saúde: ter território adscrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território; o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e responsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.

A APS também deve prezar pelo estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento, pressupondo uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos dela, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais

para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.

Vale ressaltar dois outros pontos importantes que a nova PNAB estabelece. O primeiro diz respeito ao financiamento da AB, que deve ser de forma tripartite, sendo que o Piso da Atenção Básica (PAB), instituído desde a NOB/96 e que representa o componente da esfera federal para a AB, é redesenhado, passando a ser composto por uma fração fixa e a outra variável, por isso denominado de PAB Fixo, em que este diferencia o “valor per capita por município, beneficiando o município mais pobre, menor, com maior percentual de população pobre e extremamente pobre e com as menores densidades demográficas”. Assim, tal forma de financiamento relaciona-se intrinsecamente com o princípio da equidade. (BRASIL, 2012, p. 10).

O segundo ponto para o qual chamamos atenção diz respeito à mudança de modelo por meio da Estratégia Saúde da Família, com a criação de um “Componente de Qualidade que avalia, valoriza e premia equipes e municípios, garantindo aumento do repasse de recursos em função da contratualização de compromissos e do alcance de resultados”, o que se interliga diretamente ao viés da qualidade (BRASIL, 2012, p. 10).

A nova PNAB atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da Atenção Primária na ordenação das Redes de Atenção. Avançou na afirmação de uma AB acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção, bem como no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de ESF, houve a inclusão de equipes para a população de rua (Consultórios na Rua), ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas UBS Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas (BRASIL, 2012, p. 10-11).

Em dezembro de 2007, ocorreu em Recife (PE) o III Seminário Internacional de Atenção Primária/Saúde da Família, “Expansão com Qualidade & Valorização dos Resultados”. Foi publicado em 2008 pelo MS o relatório final desse evento, e nele se ressalta a importância da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNAB) no Brasil e seu desdobramento, devido especialmente às ações do Governo Federal, nos últimos anos com o Programa de Aceleração do Crescimento, mediante o chamado PAC-Saúde. São quatro os eixos de atuação que o PAC-Saúde apresenta, com forte ênfase na APS, a saber: promoção e atenção à saúde (com foco na família); ampliação do acesso com qualidade; gestão, trabalho e controle social; desenvolvimento e inovação em saúde.

Segundo o Relatório publicado, os resultados produzidos pela PNAB podem ser traduzidos genericamente por meio 1) –da inserção cada vez maior da APS na pauta política dos gestores públicos; 2) –da ampliação do acesso e da cobertura populacional; 3) – do aumento da satisfação dos usuários; 4) –da legitimação política da estratégia; 5) –da mudança de práticas das equipes de saúde, com integração de diferentes saberes e metodologias; 6) –da promoção da equidade na saúde.

Em um dos trabalhos citados no evento, foram levantados dados entre 1990 e 2002 em 27 estados brasileiros, trazendo conclusões importantes que apontam os acertos da atual política de atenção básica no país. Verificou-se que a cada 10% de crescimento da cobertura do PSF ocorreu nada menos do que uma redução de 4,6% da mortalidade infantil, embora haja, sem dúvida, outros fatores a considerar, como escolaridade materna, percentual da população coberta, leitos hospitalares disponíveis e acesso à água potável, etc. Entre outras conclusões, foi verificada “a redução de óbitos de menores de um ano por causas mal definidas; o incremento da cobertura pré-natal; o aumento da cobertura vacinal tetravalente; a ampliação do atendimento domiciliar a idosos” (BRASIL, 2008, p. 18).

A seguir, apresenta-se uma síntese dos principais avanços que a atenção primária alcançou, segundo o entendimento do CONASS e da PNAB.

| <b>PONTOS POSITIVOS</b>                                                                                                                                       |                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| O impacto positivo da APS na saúde da população, no alcance de maior equidade, na maior satisfação dos usuários e nos menores custos para o sistema de saúde. | BRASIL, 2007, p 15.  |
| No Brasil, demonstra-se o impacto da expansão da APS, baseada, sobretudo, na ESF.                                                                             | BRASIL, 2007, p 15   |
| Fortalecimento da Promoção da Saúde no SUS por meio da APS. Aprovação da Política Nacional de Promoção à Saúde.                                               | BRASIL, 2007, p 16   |
| A APS como estratégia de reorientação do modelo assistencial, e não como um programa limitado de ações em saúde de baixa resolutividade.                      | BRASIL, 2007, p. 19. |

|                                                                                                                                                |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Ao incorporar em seus documentos a visão do PSF como uma estratégia da APS, o CONASS deu um passo importante na qualificação dessa estratégia. | BRASIL, 2007, p. 19. |
| A concepção de APS que vem sendo utilizada no Brasil coloca o país em posição de vanguarda da discussão no mundo.                              | BRASIL, 2007, p. 18. |
| A ESF é considerada como a estratégia de reorientação do modelo assistencial à saúde no país.                                                  | BRASIL, 2007, p. 19. |
| No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade.                                            | PNAB, 2012, p. 9.    |
| A APS é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas.                                  | BRASIL, 2007, p. 22. |
| Criação da PNAB, que representou, entre outras conquistas, o aumento de recursos fundo a fundo para a APS.                                     | PNAB, 2012, p. 10.   |
| O Brasil é o único país no mundo com mais de 100 milhões de habitantes e que tem um sistema de saúde público, universal, gratuito e integral.  | PNAB, 2012, p. 9.    |

#### 4.3. – O que diz a Análise dos ‘Indicadores Seleccionados’.

A Atenção Primária à Saúde vem passando por significativas transformações desde a década de 1990, especialmente depois que se optou pela ESF como a estratégia de reorganização do modelo de assistência à saúde no país, bem como pela sua crescente expansão em todo o território nacional, como já exposto nos itens anteriores. Para o ano de 2006, segundo dados do Ministério da Saúde, aproximadamente 82 milhões de brasileiros estavam cadastrados por equipes de saúde da família, o que demonstra que a cobertura da ESF tem alcançado níveis cada vez mais elevados (BRASIL 2008).

Diante dessa realidade, é crescente a necessidade e o interesse, não apenas em avaliar, mas também “monitorar os resultados alcançados relativos à organização e provisão dos serviços, e também no que se refere aos possíveis impactos produzidos na saúde e bem-estar das populações” (BRASIL, 2008). A necessidade de avaliar não só os números quantitativos,

mas também os níveis de qualidade que a ESF tem atingido é um grande desafio, levando em consideração a magnitude dessa estratégia. Por ser a ESF a estratégia escolhida para operacionalizar a Atenção Primária à Saúde no país, é que o MS tem se esforçado em avaliar o seu desenvolvimento no território nacional.

Por isso, em 2003, com o objetivo de formular e conduzir propostas de avaliação na Atenção Primária, o Ministério da Saúde criou a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB), mas as iniciativas não param por aí: em 2006 o Ministério da Saúde publicou o resultado de uma pesquisa realizada durante o período dos anos de 1998 a 2006 sobre a evolução dos principais indicadores de saúde, com o título “Saúde da Família no Brasil – uma análise de indicadores para a atenção básica”, com base no índice de Desenvolvimento dos municípios (IDH), considerando a cobertura de Saúde da Família em todo o país até aquele momento. Teve como principal objetivo compreender o desenvolvimento e a evolução da Estratégia Saúde da Família nas diferentes regiões do país.

Conforme BRASIL (2008) a pesquisa de caráter exploratório foi realizada durante o período acima citado, tendo como menor unidade de análise cada um dos municípios brasileiros. Os dados referentes ao número de Equipes de Saúde da Família (ESF) foram obtidos do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Os dados populacionais foram obtidos do Censo Demográfico para o ano 2000 e de projeções para os anos subsequentes, calculadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O estudo desenvolveu-se em duas etapas: na primeira foi analisada a evolução da cobertura populacional da Saúde da Família (SF) para o Brasil e suas regiões. Em seguida, a análise foi particularizada por porte populacional e nível de renda dos municípios. A estimativa da proporção da população coberta pela SF foi obtida por meio do critério de uma equipe para cada 3.450 pessoas (que é a média prevista na PNAB). O mês tomado como referência para a informação do número de Equipes da Saúde da Família foi dezembro para cada ano. Os municípios que em dezembro não tinham ESF cadastradas foram considerados com cobertura zero (0%) da SF, no ano específico.

Os resultados da pesquisa “trouxeram particular satisfação ao Ministério da Saúde, por evidenciarem o acerto na condução da política. Para muitos indicadores, os impactos positivos da Saúde da Família são evidentes e sustentados ao longo dos anos” (BRASIL, 2008, p. 7). O estudo também destaca uma importante tendência, que quanto menor for o IDH dos municípios e quanto maior for a cobertura da Estratégia Saúde da Família, mais significativos serão os efeitos sobre os indicadores de saúde.

Tal ‘acerto’ de direção foi constatado em diversas áreas. Em relação à saúde da criança, cobertura vacinal, saúde da mulher, para o controle da hipertensão arterial etc. Bem como houve uma tendência de queda em todos os estados cobertos quanto à taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva na população acima de 40 anos, principalmente onde há mais alta cobertura da SF. Assim, “pode-se afirmar que a Saúde da Família continua contribuindo, de maneira significativa, para a transformação do perfil de saúde da população brasileira e para a consolidação da qualidade da atenção do SUS” (BRASIL, 2008, p. 8).

Em relação ao crescimento da Saúde da Família, a pesquisa acredita que tal ampliação está promovendo maior equidade, um dos princípios mais caros do SUS. Pois “esta estratégia tem maior cobertura em municípios de IDH mais baixo e está conseguindo aproximar os indicadores desses, de outros municípios de IDH mais alto, reduzindo a brecha existente entre estes dois grupos de municípios” (BRASIL, 2008, p. 8).

O gráfico a seguir demonstra o quanto a Estratégia Saúde da Família evoluiu em todo território nacionais desde os anos de 1998 até o período de 2006.

**GRÁFICO 1:**

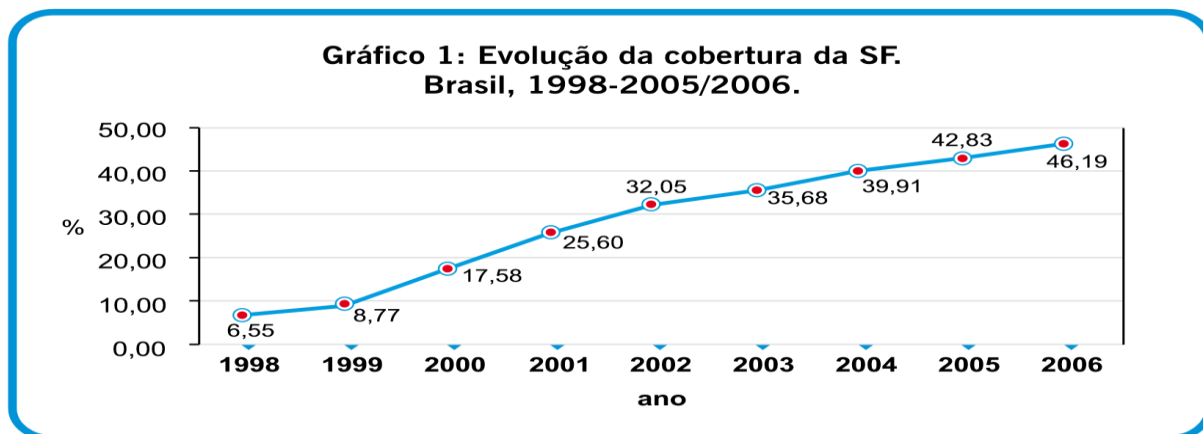
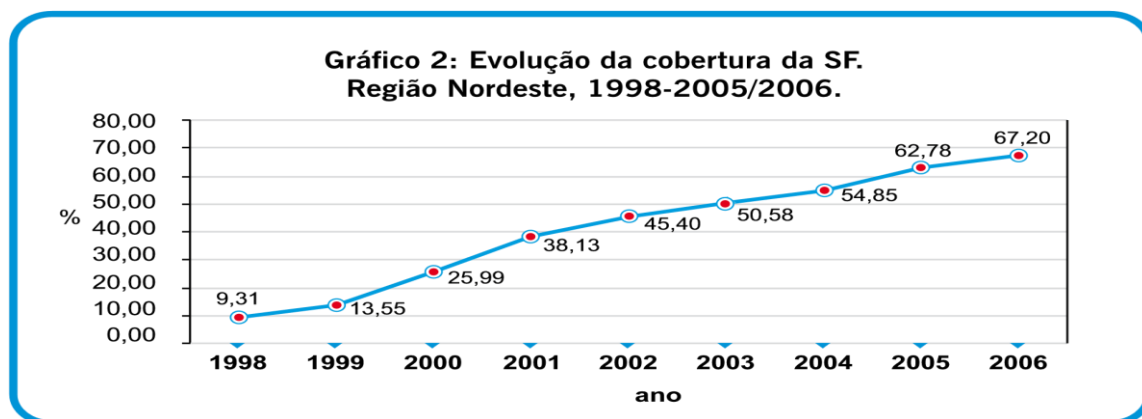


Gráfico retirada do material: “Saúde da Família no Brasil – Uma análise de indicadores para a atenção básica”, (BRASIL, 2008, p. 14).

Esse grande crescimento no país da população coberta alcançou aproximadamente 32,05% em 2002, 40% em 2004 e 46,19% em 2006, um salto que partiu dos 6,55% em 1998. “Essa evolução reflete um aumento em torno de 700% no período, considerando que a cobertura de 2006 é de sete vezes a identificada em 1998” (BRASIL, 2008, p. 14).

A região Nordeste, tomando como base os anos de 1998, 2002 e 2006, em comparação da cobertura populacional da Saúde da Família entre as demais regiões, apresentou, em geral, as proporções mais elevadas de cobertura populacional no período, com resultados de 9,31%, 45,40%, e 67,20%, respectivamente, (BRASIL, 2008, p. 14), conforme gráfico a seguir:

**GRÁFICO 2:**

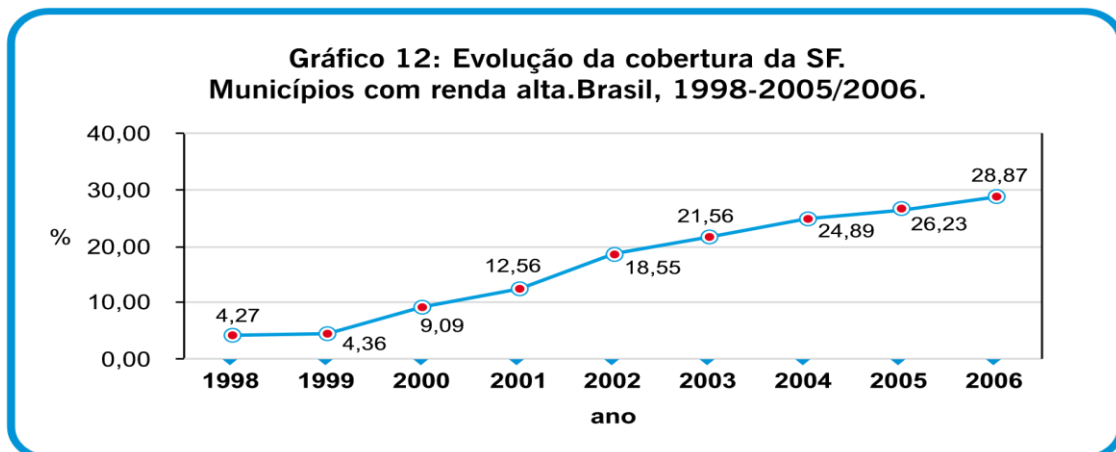
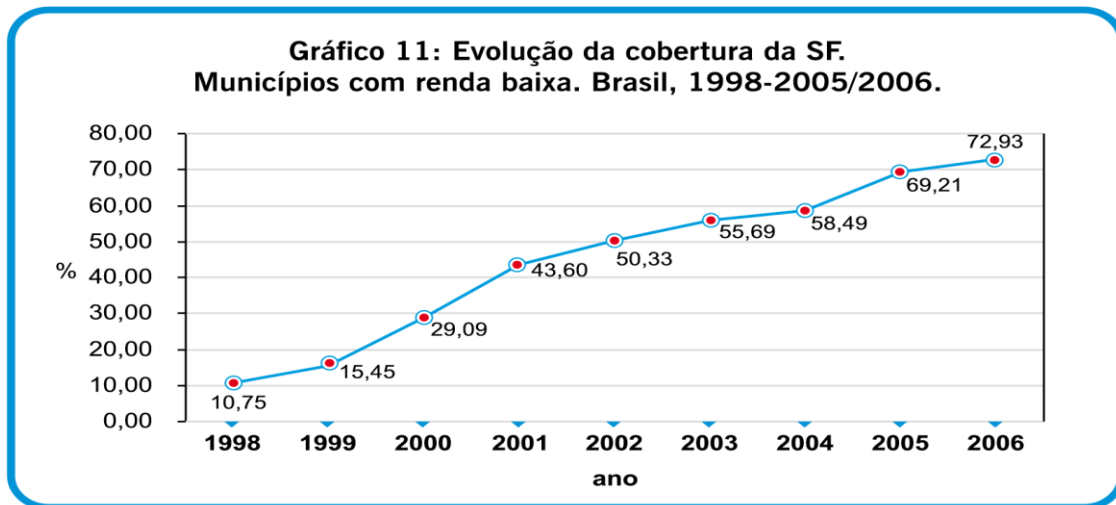


Dados retirados do material: “Saúde da Família no Brasil – Uma análise de indicadores para a atenção básica”, (BRASIL, 2008, p. 15).

Outra questão significativa diz respeito à evolução da cobertura da ESF de acordo com a estratificação dos municípios por faixa de renda (municípios com renda baixa, municípios com renda intermediária e municípios com renda alta). Nos gráficos a seguir, observa-se que a cobertura da Saúde da Família apresentou evolução positiva, ou seja, que houve crescimento em todos esses municípios, e não apenas do de renda mais baixa. No entanto, a diferença é visivelmente grande.

Contudo, nos municípios mais pobres, aqueles que apresentam uma renda per capita familiar média, menor que um salário mínimo, a expansão ocorreu em uma proporção muito superior aos demais municípios. Essa expansão iniciou-se no período de 1998, com 10,75% da sua população coberta por Equipes de Saúde da Família, cresceu para 50,33% da população em 2002 e ampliou sua abrangência para 72,93% em 2006.

### GRÁFICO 3 e 4:

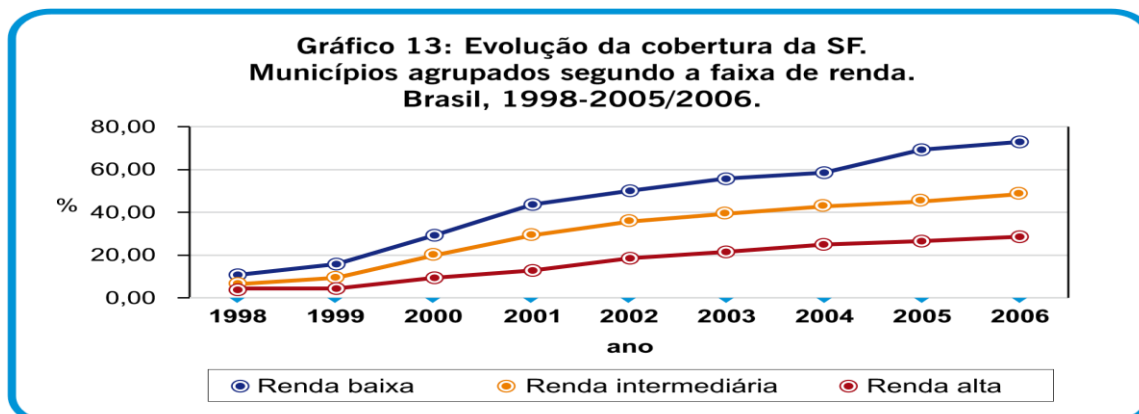


Dados retirados do material: “Saúde da Família no Brasil – Uma análise de indicadores para a atenção básica”, (BRASIL, 2008, p. 21).

Quanto aos municípios classificados na categoria de renda mais alta, ou seja, aqueles com renda per capita familiar média, igual ou maior que dois salários mínimos, a cobertura da SF se deu em uma proporção bem mais baixa, passou de 4,27% em 1998, foi para a 18,55% em 2002 e alcança 28,87% da população desses municípios em 2006.

No gráfico que se segue, estão representadas as proporções da população coberta pela Saúde da Família, segundo o estrato de renda, incluindo uma categoria de municípios com situação intermediária, que são aqueles que têm renda *per capita* familiar média, entre um e dois salários mínimos. O que se pode perceber é que nesses três grupos de municípios é que se apresentam em 1998 valores muito próximos, no entanto, vão se distanciando progressivamente, mantendo uma significativa disparidade.

## GRÁFICO 5:



Dados retirados do material: “Saúde da Família no Brasil – Uma análise de indicadores para a atenção básica”, (BRASIL, 2008, p. 22).

Conforme BRASIL (2008, p. 20), em 2006, a desigualdade na proporção da população coberta pela SF, entre as categorias de renda, é grande, revelando que os “municípios mais pobres alcançam cobertura muito acima daqueles de situação intermediária de renda e essas coberturas bem mais elevadas que os de renda alta”. Essa desigualdade identificada entre as categorias de renda apresentou padrão similar àquele identificado nas categorias populacionais. O grupo de municípios com renda mais baixa e o grupo de menor porte populacional (municípios com população inferior a 20 mil habitantes) apresentaram coberturas da SF mais elevadas que as identificadas nos grupos de renda mais elevada e nos de maior porte populacional (municípios com população igual ou superior a 80 mil habitantes municípios grandes).

É importante destacar que, enquanto em um município de 20 mil habitantes seis Equipes de Saúde da Família cobrem 100% da população, esse mesmo número de equipes cobre apenas cerca de 26% da população de um município com 80 mil habitantes. Ou seja, a expansão de cobertura em municípios grandes exige maior disponibilidade de recursos de ordem organizacional, político-institucional e financeiro (BRASIL, 2008, p. 18).

De fato, em um país com cento e oitenta milhões de habitantes concentrados em regiões metropolitanas, impõem-se a cada dia novos desafios à área da saúde pública (BRASIL, 2008, p. 105). Os investimentos devem ser maiores, proporcionais também ao tamanho e às demandas da população, que conforme maior for, exigirá um leque maior de serviços ofertados pela atenção primária.

Quando isso não acontece, dá-se uma inversão na lógica do sistema. Ou seja, pouco investimento (ou investimento não compatível com as reais necessidades) na APS e um acúmulo/superlotação para os outros níveis de atenção. Por se tratar de níveis de maior complexidade (média e alta complexidade), exigem um grau maior de investimentos e

recursos, tanto material quanto humano, o que encarece mais o sistema. Assim, quando o setor público não dá conta de atender a toda essa demanda acumulada nesses níveis, tem-se o agravamento da crise da saúde pública, a superlotação, a precarização e o sucateamento, o que é bem fácil de ser observado nos grandes centros do país.

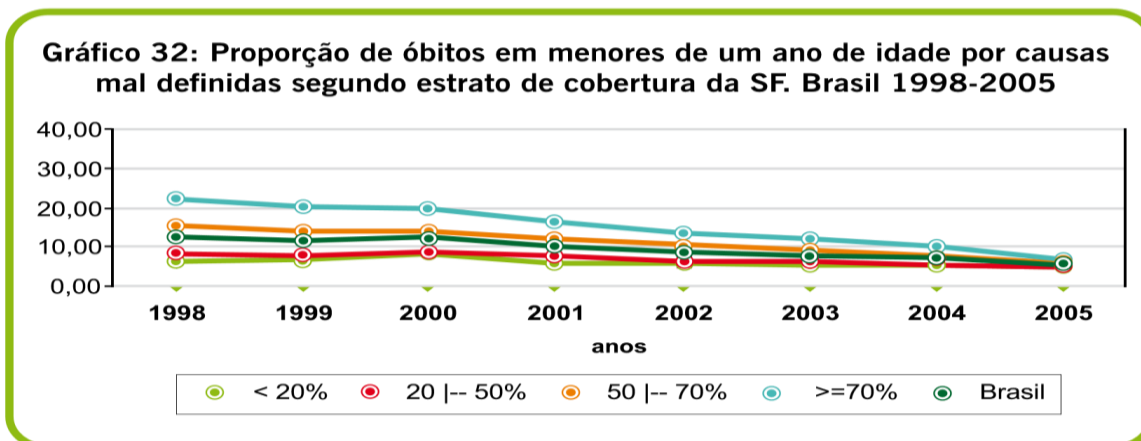
No entanto, tal cenário torna-se espaço propício para a expansão e o crescimento do setor privado, que estabelece uma relação diferente com a população: ela deixa de ser ‘usuária’ para se tornar ‘cliente’; o serviço deixa de ser gratuito e direito de todos para ser um serviço acessado via mercado, para aqueles que podem pagar, e a igualdade e a justiça social, ideário da APS, perdem totalmente sua viabilidade.

Um dos principais indicadores de saúde de um país diz respeito à mortalidade infantil. “O conhecimento das causas básicas de morte em menores de um ano de idade é fator importante para a compreensão dos determinantes da mortalidade infantil em uma dada população”. Muitas causas de morte não são devidamente identificadas, por isso, estabelecer a proporção de óbitos infantis por causas mal definidas é um indicador que reflete a qualidade da informação sobre as causas de morte em menores de um ano de idade (BRASIL, 2008, p, 81). Assim, a constatação de proporções elevadas de óbitos infantis, e ainda mais, por causas mal definidas, refletem condições assistenciais insatisfatórias à criança, indicando falta de assistência no momento do óbito, além de deficiência no sistema de notificação.

A análise desse indicador permite ainda inferir a situação de assistência à saúde para a população em geral, e não apenas para esse público específico, “visto que proporções elevadas de óbitos infantis por causas mal definidas estão frequentemente associadas a proporções elevadas de óbitos sem assistência médica em todas as faixas etárias” (BRASIL, 2008, p, 82). Assim, o estudo aponta que os valores desse indicador para o Brasil refletem uma tendência de queda, considerando que, para os anos de 1998, 2002 e 2005, os resultados foram respectivamente, 12,27%, 8,86% e 5,33%.

Deste modo, o “percentual de 5,33% de óbitos infantis por causas mal definidas identificado no país em 2005 pode ser considerado em níveis aceitáveis, estando próximo do apresentado por países que oferecem melhores condições de vida e saúde às suas populações, como Canadá e Chile”. Os dados são resultantes do cálculo feito a partir da proporção de óbitos infantis por causas mal definidas, no período anteriormente citado (1998 a 2005), comparando a evolução desse indicador segundo os agrupamentos de municípios com diferenciados níveis de cobertura da Saúde da Família (BRASIL, 2008, p, 82).

## GRÁFICO 6:



Dados retirados do material: “Saúde da Família no Brasil – Uma análise de indicadores para a atenção básica”, (BRASIL, 2008, p. 84).

O que chama a atenção no gráfico são as diferenças identificadas entre os estratos de cobertura da Saúde da Família em análise. Nota-se que proporções elevadas desse indicador estão presentes em áreas com condições socioeconômicas menos favoráveis. Essas diferenças na proporção de óbitos infantis por causas mal definidas entre os estratos de cobertura da SF, além de preocupantes, refletem as diferenças no acesso e na prestação dos serviços de saúde do país, não são surpreendentes e podem ser explicadas em função de uma desigualdade social entre o grupo de municípios que compõem cada um dos estratos de cobertura da estratégia Saúde da Família em estudo. Conforme exposto anteriormente, os estratos com coberturas mais altas da estratégia (50–70% e  $\geq 70\%$ ) apresentam situação socioeconômica mais desfavorável do que aqueles com coberturas mais baixas (BRASIL, 2008, p. 82).

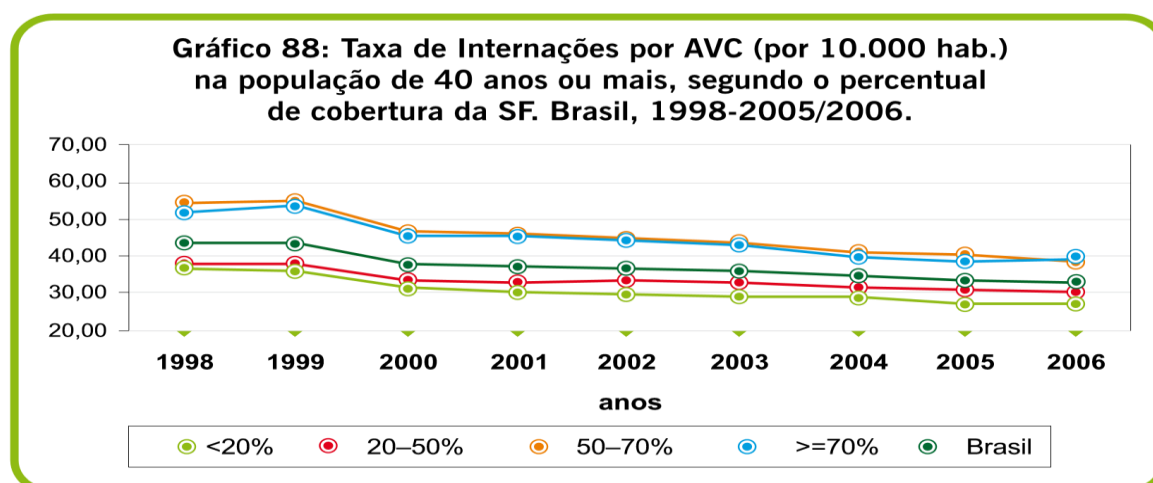
Outro importante indicador diz respeito à taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC) na população acima de 40 anos, segundo estratos de cobertura da SF. Com o aumento na expectativa de vida no Brasil, devido a um progressivo declínio nas suas taxas de mortalidade e, mais recentemente, também nas suas taxas de fecundidade, um número maior de pessoas está atingindo idades mais avançadas. Com essa tendência crescente da expectativa de vida média da população, a prevalência de alguns tipos de doenças também é afetada.

Segundo BRASIL (2008, p. 149), no grupo das doenças crônicas degenerativas prevalecem as doenças cardiovasculares e, nesse grupo, as doenças cérebro vasculares e as doenças isquêmicas (do coração), que na atualidade assumem importante papel no quadro de morbimortalidade brasileiro. “As taxas de mortalidade das doenças cerebrovasculares e das doenças isquêmicas, no ano 2002, para o Brasil, foram de 49,5 óbitos e 46,2 óbitos por 100 mil habitantes, respectivamente”. E quanto às internações, dados da mesma fonte mostram que

10,6% das hospitalizações do ano de 2003, na rede SUS, foram por doenças do aparelho circulatório, e morbidades ocuparam a terceira posição nas causas de internações hospitalares. A taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral foi de 32,12 internações em cada dez mil pessoas da população com 40 anos e mais.

O comportamento evolutivo da taxa de internações por AVC, na população a partir de 40 anos, permite avaliar, de forma indireta, a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle (diagnóstico precoce, tratamento e educação para a saúde) da doença hipertensiva. Nas áreas em que essas ações são priorizadas, a tendência é de uma redução dessas taxas. O gráfico 88 representa a evolução desse indicador para os estratos de cobertura da SF e mostra uma tendência de queda para o Brasil. Em todo o período, os estratos de coberturas mais baixas (<20%, 20 – 50%) apresentam taxas abaixo da média nacional, já os de coberturas mais elevadas (50–70%, >=70%) estão sempre com taxas acima da nacional:

#### GRÁFICO 7:



Dados retirados do material: “Saúde da Família no Brasil – Uma análise de indicadores para a atenção básica”, (BRASIL, 2008, p. 151).

Assim, podemos perceber que se a Atenção Primária não funciona, ou funciona de forma ineficiente nas suas propostas de prevenção e promoção, haverá, necessariamente, uma superlotação ou um excesso de demanda e internações para os outros níveis. São vários os fatores que predisõem os indivíduos a desenvolverem doenças do aparelho circulatório (fumo, hipertensão arterial sistêmica, o aumento dos níveis de colesterol, diabetes, sedentarismo, estresse e história familiar etc.). Portanto, os serviços de saúde devem estar preparados para atender a essa nova demanda com políticas de prevenção e controle.

Não há dúvidas de que esses resultados apresentam uma melhoria nos resultados dos cuidados primários à saúde, como ocorrem com os exemplos que acima foram apresentados,

como as taxas de mortalidade geral, mortalidade por doença cardíaca e mortalidade infantil; a esses avanços são acrescidas a melhoria em outros índices, como também a detecção precoce de diversos tipos de cânceres.

A rede de Atenção Básica, tendo a Saúde da Família como estratégia maior, tem um papel fundamental nesse processo, especialmente quando se trata de doenças que demandam intervenções preventivas mais precoces, para que sejam evitadas complicações e maiores prejuízos, tanto físicos, quanto sociais e financeiros (BRASIL, 2008, p. 150). Embora seja um fator bastante positivo essa tendência de queda, deve-se considerar que esses dados sinalizam que os cuidados primários à saúde no Brasil ainda tem um longo caminho a percorrer, pois se sustentam muito na cura ou no tratamento das doenças, de modo que esse indicador aponta para a crescente necessidade de que seja dada maior ênfase à prevenção e à promoção.

Outros indicadores foram analisados na pesquisa, porém, esses que foram citados são os principais índices que sintetizam e representam de forma geral os avanços e as melhorias que a APS vêm alcançando ao longo dos anos.

#### **4.4 – Críticas a atual forma como vem sendo implementada a Política de Atenção Primária a Saúde no Brasil.**

Desde a formulação da Declaração de Alma Ata em 1978, que enfatizava os cuidados primários e previa a meta da saúde para todos até o ano 2000, até os dias de hoje, foram ultrapassados quase 16 anos do período previsto por tal documento, restando ainda um quadro cheio de inquietações e desafios para os vários setores envolvidos com os problemas de saúde, considerando a saúde e suas múltiplas determinações. Nesse sentido, tem-se um movimento constante na área da produção do conhecimento contendo diversas análises e contribuições a respeito dos possíveis caminhos e soluções para a APS, que são oferecidos sempre em uma perspectiva de contribuir para a melhoria dos níveis de saúde. Isso gera então uma imensa gama de enfoques e alternativas de como organizar, administrar e conduzir os serviços de atenção primária no país.

O pensamento dos autores (COHN, 2005; JUNIOR E ALVES, 2007; BRAVO, 2008; TEIXEIRA, 2012; BEHRING, 2003) que será mostrado a partir de agora é apresentado nessa perspectiva, tendo como objetivo ampliar e aprofundar a discussão e o conhecimento produzido sobre esse tema. Tal debate é importante porque pode influenciar na formulação e

na implementação da política de saúde, sobretudo a atenção primária, para que essa atenda melhor as demandas e necessidades de saúde do país.

Segundo Maria da Glória Gohn (2005, p. 60), o perfil que marca a organização dos serviços de saúde no país, mesmo depois da Constituição de 1988, que institui o SUS, mantém as seguintes características:

- Altamente centralizado: de modo que as diretrizes e prioridades para o setor, inclusive as formas de financiamento, são elaboradas pelo governo federal (Ministério da Saúde) e pelo poder Executivo, cabendo aos Estados e Municípios uma atuação muito mais voltada para a execução e para o papel de implementadores das diretrizes gerais, restando, assim, pouca autonomia para atuarem como formuladores de políticas próprias que sejam mais adequadas às reais necessidades de saúde da população dos municípios. Ou seja, reconhece-se a importância da descentralização, no entanto, é preciso aperfeiçoar e adaptar esse princípio à realidade brasileira;
- Acentuadamente privatizado: O setor privado não se desenvolve na atenção básica, mas sim na assistência médica individual, com foco no doente e na doença, o que envolve tecnologias de alto custo. A compra desses serviços é paga com recursos da Previdência Social (Fundo Nacional de Saúde) e respectivos fundos estaduais/DF e municipais. Assim, onde há mais perspectiva de lucro, o setor privado se insere, ou seja, na média e na alta complexidade, restando aos poderes públicos a manutenção e execução dos cuidados primários. Além da discussão quanto à privatização da saúde, nessa questão também residem muitas divergências de interpretação quanto à forma e à qualidade dos serviços prestados pelo Estado, porque a autora não acredita na falência do Estado/setor público, mas sim defende o seu fortalecimento e uma maior qualificação técnica e humana afim de que a APS não seja uma política pobre, mas sim resolutiva e eficiente no seu âmbito de abrangência;
- Há uma distância entre as reais necessidades de saúde da população: como foi mostrado no capítulo dois, em média 80% dos problemas de saúde da população brasileira seriam possíveis de serem resolvidos pela atenção primária como porta de entrada ao sistema de saúde. No entanto, mantém-se no país uma estrutura de serviços complexa, com alta densidade tecnológica, onde a pirâmide parece estar invertida. Há necessidade de maior integração entre os níveis de atenção à saúde, e a hierarquização dos serviços precisa ser conhecida

pela população. Como resultado, a lacuna na atenção primária quanto ao tratamento, à prevenção e à promoção, cria um excesso de demandas para os demais níveis de atenção e aprofunda a lógica curativista e de hospitalocêntricos para a população atendida, o que conduz ao próximo ponto;

- Clara divisão entre os setores públicos e privados, cabendo ao público medidas de caráter coletivo, que tradicionalmente são da Saúde Pública, tais como vacinação em massa, controle de moléstias transmissíveis etc. E o atendimento de caráter individual, tais como consultas médicas e atos médicos de maior complexidade tecnológica e também mais onerosos, ficando para o setor privado, que nos últimos anos atingiu lucros exorbitantes no país. Segundo dados do IBGE, em 2013, quase um terço da população brasileira contava com algum tipo de plano de saúde;
- Profundamente discriminatório e injusto. A população com alguma forma de inserção formal no mercado de trabalho e, portanto, vinculada à Previdência Social, tem acesso a serviços de saúde mais diversificados, no geral privados. Isso também se dá porque geralmente a filiação a determinado plano de saúde muitas vezes é feita pela própria empresa e descontada na folha de pagamento do trabalhador, ficando a população sem qualquer vínculo com a Previdência, dependendo dos serviços públicos de saúde (hospitais-escolas e setor filantrópico). O sistema de serviços acaba por impor, portanto, uma seletividade da clientela atendida por cada tipo de instituição; não se refere apenas à qualidade do ato médico em si, mas também à presteza do atendimento, que muitas vezes é tardia, burocrática e exaustiva no público, por exemplo, as longas filas de espera para marcar consultas.

COHN (2005) ainda acrescenta que essa lógica em que se assentam os serviços de saúde no Brasil, onde o setor privado se espraia, superando em larga escala na qualidade o setor público, encontra suas bases históricas desde a década de 1930, ampliando-se após os anos de 1950, com o ritmo acelerado da industrialização e da urbanização, “tendo como consequência à inversão da curva de investimentos em saúde pública e em assistência médica, enquanto aquela é declinante, esta ascende”. Assim, a atuação do Estado vai assumindo um caráter suplementar, focalizando cada vez mais nos serviços que não são de interesse do mercado, que não são potencialmente fonte de lucro e de retorno econômico.

Já JÚNIOR E ALVES (2007) chamam atenção para outra questão que diz respeito à organização e hierarquização da rede de assistência à saúde que prevalece ainda no país, que envolve a ‘imagem em pirâmide’, bem como a idéia da ‘complexidade crescente’ em direção ao topo, em que o hospital está no topo e a rede básica na base do sistema de saúde, como porta de entrada. Na prática, os autores apontam para a existência de uma postura prescritiva, presa a uma racionalidade formal, que não leva em conta, ao menos da forma como deveria, as necessidades e os fluxos reais das pessoas dentro do sistema e, por isso mesmo, terminam não se concretizando jamais.

Os serviços funcionam com lógicas muito diferentes; a articulação entre eles não acontece, não se assegura a resolução dos problemas, e a população termina entrando no sistema por todas as portas, ao invés de ser pela APS. E a razão para essa dificuldade em articular os diferentes serviços do sistema de saúde (atenção primária com a secundária) de conseguir assegurar o fluxo das pessoas de acordo com suas necessidades tem várias explicações. Segundo a noção formal da pirâmide, é possível organizar um sistema verticalizado, desenhado com uma base formada pela atenção básica e o topo pelos serviços de “alta densidade tecnológica”, em que se tem a concentração de equipamentos e recursos técnicos. Assim, embora o Brasil adote essa concepção de sistema, a pirâmide ainda está com uma lógica invertida. Isso porque, para os autores, ao mesmo tempo em que se atribui um papel crítico à atenção básica, ela também é desvalorizada.

Em se tratando de valorização de uma política, não basta um discurso formal, institucional, do plano teórico e até normativo, mas sim envolve em grande medida a valorização da atenção primária por meio do seu financiamento, assim como o aumento de investimento em material humano e na sua qualificação (o que envolve a ampliação das equipes e de especialidades); e valorização e ampliação dos espaços físicos da saúde primária com acessibilidade e suprimento de insumos e medicamentos.

Essa perspectiva de valorização da atenção primária ainda se encontra distante da realidade em muitas regiões do país, onde as unidades de atenção primária, que deveriam ser espaços para se obter a equidade, isso porque libera recursos que podem ser usados para diminuir as disparidades na saúde entre os segmentos mais e menos necessitados da população, muitas vezes são espaços inapropriados, alugados, sem acessibilidade e em condições precárias de uso.

Dessa forma, os serviços terciários acabam sendo os mais valorizados e considerados mais complexos e resolutivos, já que concentram equipamentos e procedimentos que atendem às situações com maior risco de morte. “Nesse âmbito, têm grande valor os conhecimentos

técnicos necessários, sobretudo ao enfrentamento dos aspectos biológicos da doença e dos agravos à saúde, que são valorizados como verdadeiramente científicos”, em detrimento daquele serviço, considerado mais simples e que pauta na prevenção e promoção. (JUNIOR & ALVES, 2007, p 35).

Ou seja, como a Atenção primária lida com os problemas de saúde menos complexos, que em geral não há risco de morte e são poucos os equipamentos utilizados, os serviços básicos são entendidos como simplificados, portanto desvalorizados. Na verdade, para os autores (p. 35), atualmente “enfrentam-se desafios tecnológicos muito complexos para assegurar acolhimento e resolutividade aos problemas de vida inerentes ao contato com famílias, com grupos sociais, com a diversidade cultural e com problemas de vida”, tais como relações sociais, violência urbana, gravidez indesejada ou em adolescentes jovens etc.

Essa complexidade, que inclusive é reconhecida pelo conceito de saúde ampliada, não pode ser enfrentada apenas com os conhecimentos biológicos, mas sim através da articulação a outros campos, tais como da psicologia, da sociologia, da antropologia, entre outros. No entanto, a forma como é concebida a ESF (equipe mínima) implica em admitir-se a possibilidade de que profissionais menos preparados sejam suficientes para dar conta dos problemas mais simples e para encaminhar os mais complicados. No modelo que vigora não se reconhece a especificidade nem a complexidade envolvida nesse trabalho primário à saúde. Assim, até mesmo a criação do NASF (equipe formada por especialidades de profissionais que não há na ESF, para dar apoio aos profissionais da ESF) não significa que houve uma inversão a essa lógica, mas pode ser considerada apenas como um paliativo, visto que não há uma incorporação desses profissionais nas próprias equipes da ESF, de modo que sua atuação se mantém na superficialidade das demandas.

Também não se verifica nessa lógica a capacidade de reconhecer o contexto, “capacidades de comunicação e acolhimento, capacidade de escuta e de compreender diferentes valores e culturas, capacidade de mobilizar soluções para situações aparentemente sem saída”. Não há uma formação mais ampla e contextualizada. E ainda, acrescentam que “o trabalho em equipe multiprofissional e a articulação com outros setores são fundamentais para tudo isso, mas há pouca ênfase no desenvolvimento de tecnologias para trabalhar estas questões” (JUNIOR & ALVES, 2007, p 35-36).

Outro aspecto importante, ainda segundo os autores, é que não se assegura a retaguarda necessária para garantir à atenção básica a capacidade de enfrentar efetivamente uma série de situações e agravos. Embora tenha se verificado a ampliação da cobertura da atenção básica (conforme demonstra-se no gráfico 01), são sérias as limitações para “exames

laboratoriais e radiológicos ou para apoio nas áreas de reabilitação, saúde mental e outras, indispensáveis para a continuidade da atenção. Um serviço que não consegue assegurar esse tipo de apoio acaba se desmoralizando”. Por essa razão, muitas pessoas optam por procurar diretamente os hospitais, pois sabem que o acesso a esse tipo de retaguarda será (possivelmente) menos complicado (JUNIOR & ALVES, 2007, p 35-36).

Em contrapartida, os hospitais estão organizados de acordo com uma concepção restrita de saúde, que desconhece a subjetividade, o contexto e a história de vida das pessoas. Além disso, a atenção organizada por especialidades leva à fragmentação do cuidado e à desresponsabilização, já que cada qual cuida da sua parte e ninguém se responsabiliza pelo todo. Há, também, um profundo desconhecimento sobre a atenção básica e seu potencial de cuidado. Como consequência, descontinuidade da atenção, ambulatórios sobrecarregados, população cativa (JUNIOR & ALVES, 2007, p.36).

Por fim, os autores colocam que se faz necessária a uma mudança de concepção, em que se concebam os serviços básicos, os ambulatórios de especialidades e hospitais gerais ou especializados, como um conjunto solidário, não meramente hierarquizado, mas principalmente bem articulados os serviços entre si, cujo objetivo seja garantir o melhor acolhimento possível e a responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações.

O obviamente, para que isso aconteça, é necessário fortalecer a atenção básica como lugar do mais amplo acolhimento às necessidades de contato com as ações e os profissionais de saúde, bem como transpor a AP de lugar formal e burocrático da pirâmide para um redesenho dos mais diversos diagramas, dependendo de quais serviços já se dispõe, conforme as características da população e das possibilidades de investimento e apoio.

JUNIOR e ALVES (2007, p. 38) concluem afirmando que a estrutura e os processos de gestão também se constituem em grandes desafios para atenção primária, visto que ainda são incipientes os mecanismos que favoreçam a construção coletiva de desenhos tecnoassistenciais, pois, para eles, as instâncias formais de pactuação entre gestores “(comissões intergestores), de participação dos trabalhadores (mesas de negociação) e de participação da população (conselhos de saúde) ainda se dedicam mais ao debate da organização e financiamento do sistema do que ao debate sobre a organização da atenção”. Assim, defendem que o investimento na capacidade de escuta às demandas, no processamento de problemas e na gestão compartilhada dos projetos de intervenção parecem oferecer maior capacidade de tornar a atenção primária um espaço mais democrático e de viabilizar gestões participativas.

Bravo (2008), ao tratar sobre o contexto dos anos de 1990, demonstra que sob os ditames do neoliberalismo deu-se o redirecionamento do papel do Estado, movimento que contrariou fortemente as conquistas sociais da recém-sancionada Constituição Federal de 1988. A hegemonia neoliberal no Brasil foi responsável por uma retração dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, pela precarização do trabalho, desmonte da previdência social, pelo sucateamento no setor da saúde e na educação.

Dessa forma, a construção política de saúde que foi elaborada na década de 80 tem sido desconstruída desde então. O setor da saúde passou a ter uma forte vinculação ao mercado, com ênfase nas parcerias com a sociedade civil, responsabilizando-a para assumir os custos da crise, e de igual modo, a refilantropização também ganha destaque com a utilização de agentes comunitários, cuidadores e voluntários para realizarem as atividades profissionais, com o objetivo de redução de custos. Porém, na concepção de Sistema Único de Saúde, apesar da declaração oficial (e constitucional) de adesão a ele, verifica-se notório descumprimento dos seus dispositivos legais, bem como uma omissão do governo na regulamentação (principalmente quanto ao financiamento) e fiscalização das ações de saúde.

O ponto central trazido pela autora diz respeito à privatização da saúde. Para isso ela chama atenção para o que está por trás do discurso de que não falta recurso para a saúde, mas que se gasta mal. Nessa ideia estão incorporados dois projetos: o da reforma sanitária, construído na década de 1980, que propõe a saúde como direito, devendo ser prestada pelo Estado com qualidade, de forma gratuita a todos os cidadãos. E o outro projeto, que articula a saúde ao mercado, o dito projeto privatista. Esse modelo está pautado em uma política de ajuste “que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central”; assim, nesse projeto, a tarefa do Estado consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, restando ao setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado (BRAVO, 2008, p. 101).

Sob esse ângulo é que se deu a criação da ESF como equipe mínima, sendo incapaz de atender a complexidade das demandas da atenção primária. Dessa forma, a questão não é apenas a má gestão dos recursos, mas sim a insuficiência desses para garantir serviços de qualidade para a população.

A universalidade, como um dos fundamentos centrais do SUS, dentro dessa perspectiva privatista, tem sido fortemente ameaçada. O projeto de saúde voltado para o mercado tem como premissa concepções individualistas e fragmentadoras da realidade,

contrapondo-se as concepções coletivas e universais do projeto que foi defendido pelo movimento Sanitário.

Quanto ao financiamento, essa é uma das principais críticas trazidas por BRAVO (2008), que ela também trata como ‘desfinanciamento’, pois como se refere ao gasto social do governo com a saúde, a insuficiência de recursos aliada à má gestão e à falta de fiscalização tem sido um fator determinante para a manutenção de uma política focal, precarização e com recursos humanos terceirizados, fator que afeta a qualificação profissional, a continuidade do cuidado e a criação de vínculos entre pacientes e trabalhadores da saúde. Bravo cita como exemplo da crise no financiamento a criação da CPMF durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) para o setor da saúde e, em seguida, sua desvinculação, assim como o uso sistemático dos recursos do orçamento da Seguridade Social para atingir o *superávit* primário das contas públicas.

É importante destacar que o contexto que envolve a adoção do Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia para APS (depois substituído pela Estratégia Saúde da Família), como referenciado no capítulo I, foi em decorrência da criação da NOB 01/96. A década de 1990 é vista como o início do neoliberalismo no país (Havey 2006; Berinhg, 2003; Teixeira, 2012). O presidente Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2002) manteve um governo marcado pela forte implantação do modelo neoliberal, associando a ideologia da globalização, de redução e de um Estado mínimo.

Behring (2003) caracteriza o período como a “contrarreforma do Estado”, de modo que a tendência seguida foi de redução de direitos, sob a alegação da crise fiscal, transformando as políticas sociais em ações pontuais e compensatórias. Alguns dos efeitos mais perversos da crise vivenciada no campo social se refletem no ideário neoliberal do tripé: privatização, focalização e descentralização.

A crise na saúde pública aumentou, principalmente quanto ao financiamento do setor. Como medida emergencial foi criada a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), um imposto criado para durar um ano, em que os recursos arrecadados seriam usados apenas para o setor da saúde, o que de fato não aconteceu, visto que inúmeras denúncias apontavam para desvios do imposto para outras finalidades. Além disso, as privatizações de empresas estatais também se intensificaram nesse período.

O panorama de publicação da NOB 01/96 e criação do PSF reflete a opção de modelo de Estado mínimo para o social, e máximo para o capital, para a economia e de abertura para o desenvolvimento do setor privado. A lógica inicial do PSF e, por conseguinte, pela ESF, é nitidamente sob esse molde, evidenciado primeiramente pelo desinteresse do governo em

investimento físico e material na saúde pública, em seguida, pela própria concepção da ESF, visto que essa pressupõe uma equipe mínima, para atender a um determinado número de usuários.

Não se trata de uma equipe mínima apenas em quantidade de profissionais, mas em especializações, de modo que a PNAB, a ESF e o NASF se contradizem em suas essências, pois ao prever uma equipe multiprofissional, atuando de forma interdisciplinar para atender ao princípio da integralidade da atenção, não propicia de fato que isso seja possível, porque como uma equipe mínima (de especialistas) propicia um atendimento integral, tendo em vista as múltiplas necessidades de saúde (biopsicossocial)?

Todo esse processo iniciado nos anos de 1990 não se limitou a tal período, visto que os governos que se sucederam, como é o caso do presidente Luiz Inácio da Silva (2003-2010), ainda que de forma menos rigorosa, mantiveram-se na tendência neoliberal de focalização e privatização no setor da saúde, conforme demonstra Teixeira a seguir:

Luiz Inácio Lula da Silva, em programa final de campanha (2002), afirma que o Sistema Único de Saúde é “para aqueles que não tinham planos de saúde”. Essa perspectiva é confirmada também pela visão do atual Ministro da Saúde, em reunião do Conselho Nacional de Saúde de Junho de 2011, de que o SUS era para os pobres (depois corrigido para preferencialmente) (TEIXEIRA, 2012, p. 44).

É preciso reconhecer que significativas ações e programas foram implantados no decorrer dos anos desse governo, dentre os quais podemos destacar: criação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) em 2002, em 2008 a criação do Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF), o Programa “Farmácia Popular” em 2010, além do “Serviço de Atendimento Móvel de Urgência” (SAMU). Contudo, a focalização das políticas de Estado não alcança, de fato, os chamados pobres, e cresce a trajetória da comercialização informal de cuidados primários. Mantém-se um “país como campo privilegiado de expansão do mercado de medicamentos e equipamentos, seja pelos planos de saúde, seja pelo Estado. A oferta heterogênea de serviços é agravada pela concentração dos médicos nos centros mais ricos do país” (TEIXEIRA, 2012, p. 47).

A questão da parceria do público com o privado na prestação de serviços seguiu e expandiu-se desde os anos 90. O governo de FHC e, posteriormente, o de Luiz Inácio Lula da Silva, instalam no país a cultura em que o “cidadão de direitos se torna cidadão/cliente, consumidor de serviços de organizações, cujo comportamento se pauta por uma perspectiva empresarial, com a apresentação de resultados” (BEHRING, 2003, p. 257), fazendo emergir uma fase de privatizações dos serviços sociais sob a égide do gerencialismo. E, ainda mais, os

programas na área da saúde, como o Programa Saúde da Família, priorizam a quantidade, o que não foi seguido por índices iguais de qualidade.

O conceito de universalização excludente confirma-se por meio da dualização: um sistema pobre para os pobres e um padrão de qualidade maior para os que podem pagar pelos serviços mais corriqueiros... A privatização induzida nesta política, por meio de estímulo aos planos de saúde e aos convênios, tende a torná-la um problema de direito do consumidor e não um problema de direito social para parcela significativa dos brasileiros. Isto ocorreu apesar de os mais pobres - em número cada vez maior - e com menos organização política e poder de pressão dependerem basicamente dos procedimentos no setor público. (BEHRING, 2003, p. 268)

Nessa perspectiva, permanece e se aprofunda um sistema de saúde que atende a pretensos “consumidores”, e o atendimento básico através de programas focais como a ESF, para a parcela sobrando. Essa tendência compromete não apenas a efetivação da APS, mas atinge as principais diretrizes do SUS e fragiliza o princípio da universalidade, ao se “constituir” um SUS para pobres e outro para os consumidores do mercado. À Atenção Primária resta prestar atendimento básico, de custo baixo e que por não se apresentar campo de lucratividade, fica sob a responsabilidade do estatal (BRAVO, 2008).

Por fim, pode-se sintetizar dentre as colocações de Bravo sobre o desenrolar da política pública de saúde na realidade brasileira, ao longo dos anos, que tem persistido a “ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social” (BRAVO, 2008, p. 104). A autora ainda destaca como exemplo da focalização a centralidade da ESF, sem que haja uma verdadeira alteração para que se transforme de fato em uma estratégia de reorientação da atenção básica como tem sido anunciado; em vez disso, tem sido um programa de extensão de cobertura para as populações carentes.

A ESF precisa ter sua direção modificada na perspectiva de prover os cuidados primários em saúde para toda a população de acordo com os princípios da universalidade. “Para garantir a integralidade, o programa precisa ter como meta a (re) organização do sistema como um todo, prevendo a articulação da atenção básica com os demais níveis de assistência” (BRAVO, 2008, p. 104).

Podem-se resumir em quatro pontos as principais críticas apontadas por Bravo:

- Desrespeito ao princípio da equidade quando se trata da alocação de recursos públicos, especialmente pela não ampliação de recursos para o setor;
- Afastamento do princípio da integralidade, persistindo a centralidade na atenção curativa, na assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção, prevenção e proteção à saúde;

- Caráter focalizado para atender as populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, como impacto imediato da política de ajuste neoliberal (como é o caso da criação da Estratégia Saúde da Família-equipe mínima);
- Ampliação da privatização e estímulo ao seguro privado.

A assistência à saúde é um direito, e a pretensão do dever de cumpri-lo é do Estado. Partindo da compreensão que a saúde não pode ser um bem ou um serviço factível de troca no mercado é que se concorda que a pura operação das forças de mercado não é uma receita adequada para o funcionamento do setor, assim como um bem não mercantil atender as necessidades de saúde da população supõe a sua desmercadorização para sua garantia, com as consequentes implicações na esfera da política e da economia.

Dessa forma finalizam-se essas reflexões reiterando que as mudanças necessárias para converter a atenção primária convencional em uma atenção primária à saúde mais ampla, conforme a definição elaborada em Alma Ata requer um esforço constante, em uma luta contínua pela melhoria dos cuidados primários em saúde. Tendo em vista que os princípios previstos e defendidos pela Reforma Sanitária não foi uma luta situada em um determinado período da história do país, trata-se de um processo constante, que se faz no cotidiano de todos os envolvidos no processo (profissionais da saúde, usuários, estudantes, governos e sociedade de forma geral) e que, portanto, continua.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho foi desenvolvido com a perspectiva de se proceder a uma análise sobre a Atenção Primária à Saúde, e se esta pode ser ou não considerada uma política pobre para pobres. Tal inquietação foi motivada pela ânsia, pela curiosidade e prazer no estudo em torno das políticas sociais de modo geral e particularmente pela política de saúde e a Atenção Primária. Em seguida, em virtude da experiência que foi sendo acumulada desde a graduação, pela atuação profissional em uma equipe do NASF e por ocasião da pós-graduação, resolveu-se aprofundar-se nesse universo de conhecimento através da organização e sistematização de tal saber, que resultou nesta dissertação.

Iniciou-se este trabalho com o questionamento se a “Atenção Primária à Saúde é uma política pobre para pobres”, e buscou-se, ao longo do mesmo, obter ou apresentar alguma resposta. O que se sabia desde o início é que tal objetivo não seria fácil, e devido a sua complexidade, a resposta não seria simples, o que de fato foi comprovado.

Assim, diante de todas as explanações e abordagens aqui feitas, pode-se inferir que a resposta para essa pergunta é SIM. A APS é uma política pobre, ofertada para os pobres! No entanto, também se chegou a respostas que NÃO. A Atenção Primária à Saúde não pode ser considerada uma política pobre para pobres.

Não se dirá que essa resposta vai depender do ponto de vista (se institucional ou da bibliografia crítica), porque o objetivo aqui não é de julgar “quem está certo” ou “quem está errado”, mas de avaliar a política pública, para que de forma ‘apartidária’ e imparcial, possa-se contribuir para uma reflexão coerente e responsável a respeito da forma como vem sendo desenvolvido esse importante nível da atenção para um sistema de saúde e para o cuidado das pessoas.

Quando se diz que não é uma política pobre, é porque se consideram todos os avanços e as conquistas alcançadas não só pela atenção primária, mas pela política de saúde pública no Brasil de forma geral. Saiu-se de uma política ‘previdenciária’, restrita aos trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho, e os demais largados à caridade e à filantropia, para o status da assistência à saúde como direito de todos e dever do Estado, regida pela universalidade, integralidade e gratuidade, devendo ser prestado a todos que dela necessitem, independente de contribuição. Ou seja, a política avança da benevolência para entrar no rol dos direitos sociais.

O conceito ampliado de saúde assumida na Constituição de 1988, por meio da implantação do SUS, foi um importante passo para uma mudança significativa no modelo assistencial e na tradução das necessidades de saúde da população brasileira. A “substituição”, ainda que inicialmente em termos discursivos, de um modelo centrado na doença, para a construção de um modelo de atenção integral à saúde, pautada em princípios doutrinários, jurídico-legais asseguradores de práticas de saúde que não respondem às relações de mercado, mas a direitos humanos, não é coisa pequena a ser desconsiderada. Tal concepção prevê a incorporação de ações de proteção e recuperação da saúde como referências capazes de suprir as necessidades de saúde da população.

Quando percorremos as conquistas alcançadas nas últimas décadas, tais como a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, os documentos laçados pelo CONASS que detalha e explana sobre a execução da atenção primária; também quando se verifica na “análise dos indicadores selecionados” a expansão que a APS, por meio de sua estratégia Saúde da Família tem alcançado, como é o caso da diminuição da taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral (AVC) na população acima de 40 anos, da mortalidade infantil etc., é inegável que a avaliação é positiva, que tem havido um significativo interesse por parte do governo em fortalecer a atenção primária no país.

Entretanto, a despeito de tudo isso, a resposta é sim uma política pobre para pobres, porque, ao retomar-se a história da saúde, como foi feito no capítulo II, de fato reconhece-se que houve a ampliação do acesso aos direitos sociais por meio da Constituição de 1988; a proteção social que estava restrita aos cidadãos que contribuía para a previdência passou a ser estendida para a população em geral. No entanto, a realidade apresenta a dualidade que ainda persiste entre universalidade e seletividade. Em uma sociedade, como a do Brasil, marcada por profundas desigualdades sociais, demanda com urgência a construção de novos padrões de solidariedade social, para que efetivamente o sistema de proteção social, como o nome sugere, alcance sua finalidade.

Foi ainda demonstrado que o SUS foi concebido como resultado de luta histórica travada no campo da saúde pública, passando a compor, portanto, uma das principais políticas do sistema de proteção social brasileiro. As mudanças que foram incorporadas ao novo sistema de saúde alinham-se ao entendimento de que as necessidades em saúde são extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas, exigindo que os serviços e a gestão em saúde sejam capazes de desenvolver estratégias também dinâmicas e sensíveis, capazes de ultrapassar os arranjos rotineiros e de risco, para novas práticas, baseadas no reconhecimento da integralidade e dos determinantes sociais de saúde.

Tendo em vista que os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde das populações que se expressam, fundamentalmente, nas suas situações de saúde, por consequência, deve haver uma sintonia muito fina entre essas necessidades de saúde e a forma como o sistema de atenção à saúde se organiza para respondê-las socialmente. Por isso, o SUS adotou a Atenção Primária à Saúde como referência ao primeiro nível de organização e acesso à saúde pública, por ela se constituir na porta de entrada ao sistema de saúde.

Contudo, uma questão importante que se destaca no texto diz respeito a um traço que ainda não foi superado, a fragmentação do sistema. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização, embora seja uma prerrogativa da atenção básica, de modo que a APS não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde, e esses dois níveis, por sua vez, também não se articulam com a atenção terciária à saúde. Assim, a intersectorialidade não é uma prática comum, o que interfere na continuidade do cuidado. Ciente de tudo isso, não é precipitado concluir que a atenção primária se mantém fundamentalmente reativa e episódica, focada na doença, apresentando sérias dificuldades em fornecer a prevenção e promoção da saúde.

Assim, deve-se considerar que isso contribui para o agravamento da crise contemporânea do sistema de saúde, pois é um reflexo do desencontro entre uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas e um sistema de atenção à saúde voltada para responder às condições agudas e às condições crônicas, de forma fragmentada e episódica. Por isso, a crítica presente incide não apenas sobre a APS, mas na necessidade de reorganização de todo o sistema, tendo em vista que todos os níveis devem estar em sintonia. A fragmentação do sistema de atenção à saúde ainda é muito presente no país; os setores se (des)organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população.

Os resultados de um sistema fragmentado na atenção com relação às condições sanitárias são dramáticos. Não obstante, são muito valorizados por políticos, gestores, profissionais de saúde e, especialmente, pela população. Por isso, as evidências demonstram que há uma urgente necessidade da superação desse sistema ainda fragmentado, devendo ser substituído por sistemas integrados de atenção à saúde, ou seja, toda a rede de saúde deve estar integrada.

De fato, a nova Constituição apresenta uma ampla revisão do quadro institucional do país, incluindo na proteção social políticas sociais abrangentes, inclusivas e universais, como

foi o caso da legislação de saúde. Mas isso durou pouco, conforme apresentado no capítulo III. A partir dos anos de 1990, o país passou a vivenciar outras condições políticas, com a adoção do receituário neoliberal, que até para prevenir transformações mais radicais no país, dada a situação anterior de mobilização popular, submetem-se as novas exigências do capitalismo mundial, que não coadunavam com a expansão do Estado.

Como consequência desse modelo de Estado mínimo e de políticas públicas restritivas de direitos que se implantou, deu-se a precarização do setor público. A crise na saúde foi aprofundada com a falta de renovação de quadros técnicos, o que gerou uma enorme defasagem de profissionais qualificados, com um grande contingente de pessoal na condição de prestadores de serviços, sem estabilidade de emprego, sem possibilidade de continuidade das atividades.

A forma como tem sido conduzida a ESF e como foi criado o NASF aparece muito fortemente inserida nas grandes transformações do Estado. A concepção de equipes mínimas de saúde (ESF) e de um núcleo que apoie várias dessas equipes (Nasf) demonstra a intenção dos governos do país em enxugar/reduzir os investimentos na saúde pública, tomando como exemplo o NASF, que é uma evidente prova do corte de investimento na contratação dessas especialidades que deveriam compor as equipes básicas.

A própria forma de inserção dos profissionais da atenção primária é em grande parte por indicações políticas ou por contratos temporários, o que, por sua vez, prejudica o processo de qualificação da atenção primária, a criação de vínculo com os usuários e o desenvolvimento de atividades continuadas. Assim, a pergunta é: como uma equipe mínima pode dar conta da gama de complexidades com que a APS lida no seu cotidiano? A resposta é que isso só é possível por meio de um atendimento superficial, que não é resolutivo e eficiente como se propõe a ser.

Outro ponto que se quer tratar é sobre a estrutura da demanda na APS, conforme apresentado ainda no capítulo III, em que fica demonstrado que essa demanda é ampla e diversificada. Contudo, na prática social, opera-se com uma estrutura de demanda limitada que desconhece essa diversidade. Em geral, a APS trabalha primeiramente com uma estrutura restrita de demanda: demanda espontânea que cobre as condições agudas e as agudizações das condições crônicas; em seguida com demandas programadas, que se limitam às condições crônicas não agudizadas; depois com demandas administrativas, bem como com demandas por atenção preventiva e demandas por visitas domiciliares.

De modo geral, entende-se que na prática da APS no SUS a atual estrutura da oferta não é capaz de responder socialmente às complexas demandas de cuidados primários. Ou seja,

a estrutura de oferta que se tem não dá conta de responder a todas as demandas da APS. Há uma estrutura de oferta que se compõe de consultas médicas, consultas de enfermagem, trabalhos em grupo (frequentemente palestras feitas pelo NASF), vacinação, rastreamento de câncer de colo de útero, visitas domiciliares, dispensação de medicamentos, solicitação, coleta e/ou realização de exames complementares e fornecimento de atestados médicos. Assim, entende-se que essa estrutura de oferta só é capaz de responder às demandas por condições agudas, enquanto só responde parcialmente às demandas por atenção preventiva, por atenção domiciliar etc.

Concorda-se com BRASIL (2015, p. 38) ao afirmar que a “construção social da APS faz-se pelo desenvolvimento e pela implantação das estruturas e dos processos que permitem dar respostas satisfatórias às diferentes demandas, o que equivale a implementar soluções estruturais e processuais” no perfil de oferta de serviços. Ou seja, a crise que existe na APS é devida ao descompasso entre a estrutura da demanda e a estrutura da oferta dos serviços. E para superar essas dificuldades, é preciso promover a incorporação de novas tecnologias à APS, além de mudanças também na estrutura e nos processos básicos de organização dos cuidados primários, para que a Atenção primária não seja vista como um recurso emergencial a ser buscado através da introdução de novos processos que possam responder, integralmente, aos diferentes perfis de demanda.

O conceito de atenção primária à saúde parece ainda estar reduzido a uma atenção básica, no sentido restrito e simplório da palavra. Talvez, por ter sua ênfase sobre a proximidade com as pessoas, ou mesmo pela herança histórica desse nível de cuidado. O sistema de saúde se mantém baseado no uso da tecnologia (o que encarece mais o SUS), na especialização, na supremacia do hospital e no currículo das escolas de Medicina que estão sob o controle de especialistas que trabalham em hospitais e na prática clínica, além dos demais profissionais que não têm orientação para o trabalho com comunidades, para o trabalho interdisciplinar e com saúde da família.

Aliado a isso, verificou-se também que se deve melhorar e ampliar o sistema de informação que existe, para documentar de forma mais sistemática as necessidades de saúde e mesmo de avaliar o impacto dos serviços de saúde sobre as populações e o alcance que a APS vem alcançando, não apenas os dados quantitativos, mas aqueles que medem a qualidade dos serviços e sua efetividade.

Uma última consideração ainda sobre as discussões do capítulo III é sobre o princípio da longitudinalidade na APS, que envolve necessariamente a corresponsabilização do cuidado e a criação do vínculo, o que pressupõe que existam equipes estáveis e permanentes através de

concurso público. O próprio CONASS compartilha esse entendimento, mas que se choca com a realidade de muitos municípios do país, nos quais os profissionais da APS são em boa parte, contratados por tempo determinado, ficando à mercê de interesses e manobras políticas. Assim, a transitoriedade das equipes é algo comum, o que não favorece a criação de vínculo nem entre os profissionais e trabalhadores da saúde dentro de suas próprias equipes, tampouco com a população usuária dos serviços. Essa rotatividade de profissionais nas equipes, interferindo na criação de vínculo, não se encaixa no modelo previsto em Alma Ata e no que prevê a PNAB.

Nesse sentido, as principais diretrizes da APS, deveriam ser contempladas no NASF e na ESF, a saber: ação interdisciplinar, educação permanente em saúde, integralidade da atenção e educação popular se tornam inviáveis com equipes voláteis. Dessa forma, os planejamentos coletivos, pactuados entre as equipes de trabalho, estratégias estabelecidas e atividades continuadas podem ser afetados ou mesmo interrompidos pela rotatividade de profissionais. Isso enfraquece o processo de organização, de conhecimento, de soma e troca de saberes, com equipes que estejam sendo constantemente fragmentadas, divididas (transferidos, demitidos etc.). Essa questão coloca em evidência a dicotomia entre o que consta nos documentos oficiais do Ministério da Saúde com uma realidade muito comum no Brasil.

Em nosso entender, depois de todo o percurso teórico que feito neste trabalho, acredita-se que a resposta para tal pergunta realmente envolve essas duas respostas. Acredita-se que inegavelmente a APS no Brasil avançou significativamente nos últimos anos com a aprovação da PNAB e avançou no que se refere à proposta; também alcançou índices positivos quanto à saúde da criança, saúde da mulher, redução da mortalidade infantil etc., conforme os dados apresentados no capítulo IV (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010; BRASIL, 2012).

Inegavelmente houve, principalmente por parte do governo federal, significativos passos para melhoria, qualificação e fortalecimento dessa política até certo ponto. Por exemplo, entre tais iniciativas deu-se a criação da PAB fixo, dos NASF's para apoiar a equipes da ESF, alocação de mais recursos para APS (ainda que não suficiente), em certo esforço em avaliação e monitoramento da APS, programas como o “Mais médicos”, para atender regiões e localidades pouco cobertas por médicos da família etc. Mas sabemos também que as mudanças no modelo assistencial do país até uma plena e efetiva execução dos cuidados primários é algo processual, que demanda tempo.

Por tudo isso, acredita-se que sim, que em certa medida a APS tem sido uma política voltada aos mais pobres, do ponto de vista prático, em diversas regiões do país. Para isso basta uma rápida visão nos noticiários sobre inúmeros casos envolvendo a saúde pública e os cuidados primários em vários municípios (embora com as devidas ressalvas). Basta também ouvir um pouco relatos de experiências de usuários dos serviços básicos e se verá que sim, que a afirmativa se confirma frente ao desdobramento nacional. Ou seja, há uma visível dicotomia entre a teoria e a prática, entre o ideal do real, entre o dever ser e que de fato é.

Mas, nem tudo está perdido. Entende-se que uma política é algo construído, que é um processo. E nesse passo, ou descompasso, que a APS no país vem seguindo, o que dizem as instituições, o que prevê a PNAB, as portarias etc., é um plano ideal, um modelo a se buscar, uma meta a ser atingida para o sistema de saúde brasileiro que se baseie na APS como modelo de reorientação do sistema. Isso quer dizer que a dicotomia existente, lança para todos os envolvidos uma luta constante pela efetivação dos ‘ideais’ que legalmente já foram instituídos; que essa política precisa e deve ser construída no cotidiano de profissionais, de usuários do serviço, de estudantes e pesquisadores e de todos os cidadãos que financiam, por meio dos seus contributos, esse sistema universal e gratuito.

Assim, o presente estudo encerra-se aqui trazendo essas reflexões. Na verdade, não se encerrou, continuará provocando, indagando e instigando a luta por uma saúde pública universal e gratuita. E como descreve Boschetti (2010), essa “luta por direitos constitui uma estratégia que se fortalece no decurso do tempo” e na “busca da universalização do acesso aos direitos econômicos, sociais e políticos”.

## REFERENCIA

ANDREAZZI, Maria de F. S. O público e privado na atenção a saúde: notas para uma caracterização de trajetórias e desafios no Brasil. IN: Bravo, M, I, S. MENEZES, J, S, B. Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012.

ALMEIDA, Patty Fidelis de. GIOVANELLA, Ligia. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(8): 1727-1742, agosto, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti. Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BOSCHETTI, Ivanete. Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na política de Saúde. CEFESS. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: [saude.gov.br/bvs/folder/10006002163.pdf](http://saude.gov.br/bvs/folder/10006002163.pdf). Acesso em: 20.01.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399/2006, de 22 de fevereiro de 2006. Pacto pela Saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde. Modelos de atenção e a saúde da família. Org.: por Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D. Andrea Corbo. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4). (cap. II)

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8).

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006 / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: MS 2008. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. III Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família: expansão com qualidade & valorização de resultados: relatório das atividades: Recife-PE, 13 a 15 de dezembro 2007 /. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: 2008. 208 p. – (Série D. Reuniões e Conferências).

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatoool, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : MS, 2010. 80 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. Diretrizes do NASF. Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Brasília – DF. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: MS, 2012. – (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. O que é o CONASS? Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/20anos2.pdf>. Acesso em 22/01/2016.

BRAVO, Maria Inês Souza. Serviço Social e Saúde / Formação e trabalho Profissional. In: MOTA, Ana Elizabete [et.al]. – 3. Ed.- São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza. MATOS, M. C. de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal; IN: BRAVO, M. I. S; PEREIRA, P. A. P. (Orgs). Política social e democracia. 2. Ed., São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro, 2002. P. 197-215.

GOHN, Amélia. Políticas sociais e pobreza no Brasil. Planejamento e políticas públicas. Nº 12 - Jun./dez de 1995.

GOHN, Amélia. Saúde no Brasil: Políticas e organização de serviços. Org: Amélia Cohn e Paulo Eduardo M. Elias. – 6. Ed. – São Paulo: Cortez: CEDEC, 2005.

COUTO, Berenice Rojas. O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: Uma equação possível? - São Paulo: Cortez, 2004.

FILHO, Cláudio Bertolli. História da saúde pública no Brasil. 4a edição. Ed: UNESP. 2002 (Coleção: História em movimento).

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(6): 1171-1181, junho, 2006.

HARVEY, David. O neoliberalismo história e implicações. São Paulo: Loyola, 2011.

HARZHEIM, Erno; STEIN, T. Airton; DARDET, Carlos Álvarez. Boletim da Saúde / Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul; Escola de Saúde Pública. Vol.18, n. I, 2004. Porto Alegre: SES/ESP.

JÚNIOR. Aluísio Gomes da Silva; ALVES. Carla Almeida. Modelos de atenção da família. Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4). In: MIROSINI. Márcia Valéria G. C [ET. Al]. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA GM Nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. Da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. MIOTO, Regina Célia Tamaso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. IN: Serviço Social e

Saúde-Formação e trabalho profissional / Ana Elizabete Mota...[et al.], (Orgs) – 3. Ed. – São Paulo: Cortez; Brasília (DF): OPAS, OMS, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica. Salvador, 2007.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. Histórias das Políticas de Saúde no Brasil: Uma Pequena Revisão. Cadernos do Internato Rural - Faculdade de Medicina/UFGM, 2001.

RICHARDSON, Roberto Jarry. Pesquisa social: métodos e técnicas. – São Paulo: Atlas, 1999.

SANTOS, W. Guilherme. Cidadania e Justiça. Rio de Janeiro, Campus, 1979.

SEVERINO, A. Joaquim. Metodologia do trabalho científico. 23 ed. rev. e atual. – São Paulo: Cortez, 2007.

SOARES, Raquel Cavalcante. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. IN: Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais. Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes (Orgs.) – São Paulo: Cortez, 2012.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, Mary Jane de O. O Programa Saúde da Família, o serviço social e conto do rouxinol. In: BRAVO, Maria Inês. PEREIRA, Potyara A. P. (Org.) Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

TEIXEIRA, Mary Jane de O. A fundação estatal de direito privado na saúde: um modelo de gestão democrático? In: BRAVO, Maria Inês. MENEZES, Juliana S. B. (Org.) Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais. São Paulo. Cortez, 2012.

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>. Acesso em 03 de Maio de 2016.