



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM BACHARELADO EM
FISIOTERAPIA**

MARIA CLARA RICARDO DE MACÊDO LACERDA

**POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL:
HISTÓRICO, AVANÇOS E DESAFIOS**

CAMPINA GRANDE - PB

2024

MARIA CLARA RICARDO DE MACEDO LACERDA

**POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA Á SAÚDE NO BRASIL:
HISTÓRICO, AVANÇOS E DESAFIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado à Coordenação do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Área de concentração: Fisioterapia em Saúde da Família e Comunidade

Orientador: Prof. Dr. Risomar da Silva Vieira

CAMPINA GRANDE - PB

2024

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto em versão impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que, na reprodução, figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

L131p Lacerda, Maria Clara Ricardo de Macedo.
Política nacional de atenção básica à saúde no Brasil
[manuscrito] : histórico, avanços e desafios / Maria Clara Ricardo
de Macedo Lacerda. - 2024.
27 f.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia)
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Biológicas e da Saúde, 2024.

"Orientação : Prof. Dr. Risomar da Silva Vieira, Departamento
de Fisioterapia - CCBS".

"Coorientação: Prof. Me. Fatima Daniela Lucio Jorge Rocha,
None".

1. Atenção primária à Saúde. 2. Direito à saúde. 3. Fisioterapia
em saúde da família e comunidade. I. Título

21. ed. CDD 615.82

MARIA CLARA RICARDO DE MACEDO LACERDA

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL:
HISTÓRICO, AVANÇOS E DESAFIOS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação do Curso
de Fisioterapia da Universidade
Estadual da Paraíba, como requisito
parcial à obtenção do título de
Fisioterapeuta

Aprovada em: 28/11/2024.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado eletronicamente por:

- **Mirelly dos Santos Abilio** (***.859.104-**), em **19/12/2024 12:43:49** com chave **0a6a14cabe2011ef8c6406adb0a3afce**.
- **Fatima Daniela Lucio de Amorim** (***.272.714-**), em **19/12/2024 12:22:28** com chave **0eadcd4abe1d11efb2611a1c3150b54b**.
- **Risomar da Silva Vieira** (***.358.584-**), em **19/12/2024 12:18:59** com chave **920b15aebe1c11efbe5f2618257239a1**.

Documento emitido pelo SUAP. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse https://suap.uepb.edu.br/comum/autenticar_documento/ e informe os dados a seguir.

Tipo de Documento: Folha de Aprovação do Projeto Final

Data da Emissão: 19/12/2024

Código de Autenticação: 797d17



A Deus, pela infinita misericórdia em minha vida e por toda força vinda Dele em minha jornada acadêmica. Aos meus pais, por todo amor incondicional, apoio e por sempre acreditarem no meu potencial, DEDICO

“O amor que eu conheci
Vem e me transforma
E me impulsiona a transformar
O mundo a partir de mim...”

Romanos 12- Fraternidade São Paulo II

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	OBJETIVOS	10
	2.1 OBJETIVO GERAL	10
	2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3	JUSTIFICATIVA	10
4	METODOLOGIA	11
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	11
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
	REFERÊNCIAS	18

**POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL –
HISTÓRICO, AVANÇOS E DESAFIOS
NATIONAL POLICY OF PRIMARY HEALTH CARE IN BRAZIL – HISTORY,
ADVANCES AND CHALLENGES**

Maria Clara Ricardo de Macêdo Lacerda¹

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção à saúde da população, ou seja, é o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, que possui como atributos essenciais: a atenção no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Ela atua como uma porta de entrada, garantindo que os usuários tenham acesso a cuidados essenciais, prevenindo complicações que poderiam exigir atenção especializada. Reconhecer que a Atenção Primária à Saúde é o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde é o passo inicial para entender a complexidade de todo o sistema, dessa forma é de grande relevância compreender o sistema em ação. Bem como, é importante ter ciência de toda sua história, para assim observar de forma mais crítica os avanços ao longo dos anos e o entres que corroboram para o processo tortuoso em que a atenção primária ainda está inserida e o motivo pelo qual é inacabado. Desse modo, todo processo histórico e seus marcos passaram por grandes adversidades. Atualmente a grande demanda pelo serviço em unidades, a necessidade de profissionais e ainda o pequeno apoio financeiro são os principais pontos negativos que necessitam de auxílio e mecanismos administrativos para garantir que todos os direitos sejam cumpridos, assim como está descrito em lei, mais precisamente no ARTIGO 196: Saúde é direito de todos. É dever do estado garantir a saúde por meio de políticas sociais e econômicas. Neste presente estudo de revisão, será reunido e sintetizado por meio de uma maior busca de resultados de pesquisas e assim extraindo resultados que determine uma visão ampla, crítica e de forma atualizada acerca do conhecimento existente da política de atenção à saúde. O processo de busca de material para fornecimento de bibliografias, foi dividido entre seleção de artigos em bases de dados como: PubMed, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e de materiais, como uso de publicações de revistas, sempre no objetivo da pesquisa e por interpretação, leitura e visão crítica sobre o assunto. Não havendo limite de anos, pois, foi necessário compreender o contexto histórico. Abrangendo horizontes internacionais, para assim, entregar uma maior dimensão da temática, porém, os artigos obtidos para revisão datam de 1978 até o mais recente, publicado no ano 2019.

Palavras chave: atenção primária; população; histórico.

¹ Aluna do Curso de Graduação em Fisioterapia na Universidade Estadual da Paraíba- CAMPUS I.
Email: maria.lacerda@aluno.uepb.edu.br

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is the first level of health care for the population, that is, it is the first contact an individual has with the health system, and is considered the gateway to the Unified Health System, which has the following essential attributes: first-contact care, longitudinality, comprehensiveness, and coordination of care. It acts as a gateway, ensuring that users have access to essential care and preventing complications that could require specialized care. Recognizing that Primary Health Care is the first contact an individual has with the health system is the initial step to understanding the complexity of the entire system, so it is extremely important to understand the system in action. It is also important to be aware of its entire history, in order to observe more critically the advances over the years and the obstacles that corroborate the tortuous process in which primary care is still inserted and the reason why it is unfinished. Thus, the entire historical process and its milestones have gone through great adversities. Currently, the high demand for services in units, the need for professionals and the limited financial support are the main negative points that require assistance and administrative mechanisms to ensure that all rights are fulfilled, as described in law, more precisely in ARTICLE 196: Health is a right for all. It is the duty of the state to guarantee health through social and economic policies. In this present review study, research results will be gathered and synthesized through a greater search for research results and thus extracting results that determine a broad, critical and updated view of the existing knowledge of health care policy. The process of searching for material to provide bibliographies was divided between the selection of articles in databases such as: PubMed, BVS (Virtual Health Library) and materials, such as the use of journal publications, always with the objective of the research and through interpretation, reading and critical view on the subject. There is no limit to the years, since it was necessary to understand the historical context. Covering international horizons, in order to provide a greater dimension of the theme, however, the articles obtained for review date from 1978 to the most recent, published in 2019.

Keywords: primary care; population; history.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção à saúde da população, considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), que possui como atributos essenciais: a atenção no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado (PORTELA, 2017).

A atenção primária se sustenta, garantindo um sistema de saúde mais eficiente e integrado, oferece um atendimento abrangente, que considera as necessidades de saúde física, mental e social dos pacientes. Incorporando a promoção da saúde como parte de uma estratégia mais ampla, coordenando esforços entre serviços de saúde, comunidades e outras instituições.

São o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Além disso, ela é desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidades sanitárias (BRASIL, 2018).

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 a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002, p. 28), é também o primeiro contato que as pessoas têm com o sistema de saúde. Ela atua como uma porta de entrada, garantindo que os usuários tenham acesso a cuidados essenciais, prevenindo complicações que poderiam exigir atenção especializada.

De acordo com o Art. 1º Parágrafo Único da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS) são considerados, “nas atuais concepções, como termos equivalentes” (Brasil, 2017).

A atenção primária é a porta de entrada preferencial para o sistema (Brasil, 2017), e manifesta princípios, como: Universalidade, Equidade e Integralidade. É projetada para

estar próximo da comunidade, com unidades de saúde localizadas em áreas acessíveis. Isso facilita o acesso a serviços básicos, como consultas, vacinação e prevenção. Garante que os pacientes não tenham apenas a atenção básica, mas também recebam orientações para cuidados especializados quando necessário.

Outro ponto é a integralidade, pois é uma abordagem holística no atendimento ao paciente, que considera todos os aspectos da saúde. A integralidade dentro da atenção primária, oferece um conjunto de serviços que inclui prevenção, diagnóstico e tratamento. Os profissionais de saúde trabalham para entender as necessidades gerais dos pacientes, abordando não apenas doenças, mas também fatores sociais e ambientais que impactam a saúde. (Brasil, 2017).

A atenção primária reforça a integralidade ao coordenar cuidados entre diferentes especialidades e serviços. Isso significa que, ao se deparar com um problema complexo, o sistema de saúde consegue conectar os pacientes a serviços que atendem suas múltiplas necessidades.

A integralidade supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante (Mendes, 2009, p. 57-58).

A continuidade do cuidado, trata-se de atendimento ao paciente ao longo do tempo e abrangendo diferentes níveis de cuidado. Na atenção básica, essa continuidade é realizada por meio de acompanhamento regular, como consultas de rotina e monitoramento de condições crônicas. Isso cria um vínculo entre o paciente e a equipe de saúde, facilitando o acompanhamento ao longo do tempo.

Dessa forma, vai além, garantindo que, quando um paciente necessitar de cuidados especializados, ele tenha uma transição suave entre os diferentes níveis de atendimento. Isso inclui a comunicação entre profissionais de saúde para garantir que o histórico do paciente seja considerado.

Outro ponto importante da atenção primária a saúde, é a promoção da saúde, são ações que visam melhorar a saúde da população e prevenir doenças. No que se refere à

promoção de saúde dentro da atenção básica, é desempenhado um papel crucial por meio de campanhas de vacinação, programas de educação em saúde e atividades comunitárias. Isso ajuda a prevenir doenças antes que se tornem graves. O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura o cuidado. A longitudinalidade requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, caracterizando um ambiente de relação colaborativa, humanizada entre equipe, família e usuário.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Apresentar os marcos históricos avanços e desafios da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil

2.2 Objetivos Específicos

- Apresentar os principais pontos para o desenvolvimento da Atenção Primária;
- Descrever os marcos históricos para a construção da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil;
- Apresentar os avanços e desafios da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil.

3 JUSTIFICATIVA

A promoção da saúde pode ser interpretada como um conjunto de medidas que tem o propósito de resultar em melhorias na saúde e envolve a interação de diferentes setores que buscam promover ações com as demais redes de proteção social (LOPES et al., 2018).

Reconhecer que a Atenção Primária à Saúde é o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde é o passo inicial para entender a complexidade de todo o sistema, dessa forma é de grande relevância compreender o sistema em ação. Bem como, é importante ter ciência de toda sua história, para assim observar de forma mais crítica os avanços ao longo dos anos e o entres que corroboram para o processo tortuoso em que a atenção primária ainda está inserida e o motivo pelo qual é inacabado, a demais, os

entraves evidentes só corroboram para todos os problemas encontrados, que são eles: baixo recursos financeiros, precariedade de estrutura nas unidades básicas de saúde, insuficiência de profissionais qualificados e treinados, entre outros problemas que dificultam e impactam diretamente em melhores condições e resultados.

4 METODOLOGIA

O estudo em questão é uma revisão integrativa da literatura. Neste presente estudo de revisão, será reunido e sintetizado por meio de uma maior busca de resultados de pesquisas e assim extraindo resultados que determine uma visão ampla, crítica e de forma atualizada acerca do conhecimento existente da política de atenção à saúde.

O processo de busca de material para fornecimento de bibliografias, foi dividido entre seleção de artigos em bases de dados como: PubMed, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e de materiais, como uso de publicações de revistas, sempre no objetivo da pesquisa e por interpretação, leitura e visão crítica sobre o assunto. Não havendo limite de anos, pois, foi necessário compreender o contexto histórico. Abrangendo horizontes internacionais, para assim, entregar uma maior dimensão da temática, porém, os artigos obtidos para revisão datam de 1978 até o mais recente, publicado no ano 2019. Nos quais, os descritores: “Atenção Primária à Saúde”, “Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB)”, “Problemáticas da Atenção Primária”, “Estruturação da Atenção Primária à Saúde”.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A PNAB define a APS como

o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017)

É incontestável que é necessário entender sobre o sistema, desde o início, ou seja, sua origem; a primeira vez que o conceito de APS foi utilizado, no Relatório Dawson em 1920; no qual é considerado um dos primeiros documentos que foi utilizado o conceito de Atenção Básica à Saúde em uma visão de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e foi elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido em 1920.

Em relação a essas iniciativas pontuais de atenção primária à saúde ao longo de todo século 20, então ocorre a Conferência de Alma-Ata, por uma iniciativa da Organização Mundial de Saúde em parceria com a Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância), a proposta de atenção primária ganha destaque e relevância, pois explicita um modelo altamente abrangente, uma ideia de saúde para todos. Portanto, conforme anunciado em sua chamada, Alma Ata define a atenção primária como estratégia a ser ofertada a toda a população. Traz a ideia de ideia de universalidade, e propõe isso no contexto de um sistema de saúde.

Na qual estaria apresentando e pontuando como: cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação.

Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 1- 2).

A integralidade supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante (Mendes, 2009, p. 57-58).

O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura o cuidado. A longitudinalidade requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, pessoa usuária e família.

No Brasil, a trajetória começa desde os anos 1940, com a criação da Secretaria Especial de Saúde Pública (SESP), sendo caminhado por iniciativas como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) até a Constituição de 1988. Ao

decorrer do percurso, houve consolidação com a criação dos programas Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF), além das Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) em 2006. No entanto, enfrenta desafios atuais como a redução de repasses federais, mudanças na PNAB, implementação do Previnir Brasil, impactos da COVID-19 e mudanças de governo.

VII Conferência Nacional de Saúde pautou-se nas recomendações da Conferência Internacional de Alma Ata, realizada em 1978, onde houve a formalização da Atenção Primária em Saúde como doutrina, bem como a determinação dos seus fundamentos (ALBUQUERQUE, 2012).

A Carta de Ottawa, em 1986, reafirma a importância da promoção à saúde e aponta, principalmente, a influência dos aspectos sociais sobre a saúde dos indivíduos e da população, caracterizando-se como o "processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo", ou seja, o documento tinha como objetivo a contribuição na equidade e universalidade das políticas de saúde em todo o mundo, partindo da promoção da saúde.

Em 1988, a 8ª Conferência Nacional de Saúde: Primeira Conferência Nacional da Saúde aberta à sociedade e seu relatório final serviu de base para o capítulo sobre Saúde na Constituição Federal de 1988, resultando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), abordando os temas: Saúde como direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento setorial, posto isso, é considerada um marco na história das conferências e para a saúde pública no Brasil.

Nessa perspectiva, na promulgação da Constituição Federal de 1988, foi garantido o direito à saúde universal e abrangente e, construído as bases e diretrizes para construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e que a define como: Um direito social e um dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação. (Constituição Federal, 1988, art. 196)

No SUS, as medidas reformistas implementadas até meados da década de 1990 estavam essencialmente voltadas para o financiamento e a descentralização das ações e serviços de saúde. No curso do processo de descentralização do sistema de saúde, alguns municípios construíram propostas alternativas e muito variadas em termos da organização da atenção, tendo como foco a atenção primária. As experiências locais favoreceram a ampliação da discussão sobre a crise do modelo assistencial, intensificando a valorização

deste tema na agenda reformista do setor no decorrer da década de 1990.

Em termos históricos, as primeiras iniciativas do Ministério da Saúde dedicadas à alteração na organização da atenção de com ênfase na atenção primária surgiram no momento em que foram estabelecidos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. O Pacs e posteriormente o PSF surgem com o intuito de estimular os municípios a assumirem alternativas de organização da atenção em âmbito local, especialmente aqueles municípios pequenos, sem nenhuma ou com exígua rede de serviços de saúde conformada.

Em 1994, com uma avaliação positiva do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), foi proposto pelo Ministério da Saúde o Programa de Saúde da Família (PSF), que logo depois passou a ser entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial (Brasil, 1998). Em 1994, foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF), como uma espécie de continuidade e ampliação em nível nacional das ações do PACS, foi o primeiro programa de caráter abrangente, ainda que com ações focalizadas, e gerou um importante movimento de reordenação do modelo assistencial do SUS, alterando o foco da lógica curativa-hospitalar para ações de promoção à saúde e prevenção.

Em termos normativos, a NOB 96 foi fundamental para consolidação do PACS e do PSF e decisiva na perspectiva da descentralização financeira do SUS, ao definir incentivos financeiros para os municípios que aderissem aos programas, estimulando maior autonomia e responsabilidades para os gestores municipais.

Em 1997, o Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, estabeleceu no seu Plano de Ações e Metas priorizar os Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família, estimulando a sua expansão. É uma importante estratégia para contribuir no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar.

Em 2006 o Ministério da Saúde Brasileiro aprova a PNAB (BRASIL, 2006), revista em 2011 por meio da portaria 2488 de 21/10/2011, com o objetivo de fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS), entendida como porta de entrada ao Sistema Único de Saúde e coordenadora do cuidado nas Redes de Atenção. Definiu ainda, uma reorientação no modelo de atenção, utilizando a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como tática prioritária de expansão, consolidação e qualificação da APS (BRASIL, 2012).

Em 2008, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pela Portaria GM/ MS nº 154 de 24 de junho de 2008, com o objetivo de aumentar a resolutividade e capacidade de resposta das equipes de saúde da família aos problemas da população. O

NASF faz parte da Atenção Básica, mas não se constitui como serviço com unidade física independente ou especial, e não sendo de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de Atenção Básica). O NASF atua nas estruturas físicas das próprias Unidades Básicas de Saúde e no território.

O NASF é um núcleo composto por profissionais de diferentes áreas do conhecimento que, atuam de maneira integrada às equipes de saúde da família nelas incluídas as equipes de saúde bucal, qualificam o atendimento às pessoas. Espera-se que a inserção desses profissionais amplie o olhar e as ações do cuidado, trazendo como consequência a diminuição do número de encaminhamentos a outros serviços e maior satisfação aos usuários.

Existem 3 modalidades de NASF: NASF 1: Deve realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 05 e no máximo 09 equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas). NASF 2: Deve realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 3 e no máximo 4 equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas. NASF 3: Deve realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 1 e no máximo 2 equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas, agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada. Ambas com consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais.

Foi lançado no dia 08 de novembro de 2011, o programa Melhor em casa, que ampliará o atendimento domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS). O programa vai atuar integrado com as redes de Atenção às Urgências e Emergências (Saúde Toda Hora) e da Atenção Básica (Saúde Mais Perto de Você).

O governo federal visa com o programa melhor em casa, otimizar e ampliar a assistência no SUS a pacientes com agravos de saúde, como por exemplo, pessoas com necessidade de reabilitação motora, idosos, pacientes crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica, que possam receber atendimento em casa gratuitamente, desde que haja o consentimento da família, ajudar a realizar a gestão do cuidado dos mesmos e a articulação dos pontos de atenção de modo a ampliar a resolutividade e a integralidade do cuidado e ajudar a reduzir as filas nos hospitais de emergência.

O programa de assistência domiciliar Melhor em Casa irá contar com a implantação de equipes multiprofissionais de atenção domiciliar e de equipes multiprofissionais de apoio que prestarão assistência dentro de três modalidades dependendo da complexidade

de problemas apresentados pelo usuário. As equipes serão formadas prioritariamente por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeuta e a equipe de apoio que poderá ser composta por fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo e farmacêutico.

A reformulação da PNAB em 2017, pela portaria 2423 de 21/09/2017, define as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para a organização do SUS e destaca a Atenção Básica como porta de entrada preferencial ao sistema. Tal reformulação admite, além da ESF, outras estratégias de organização da Atenção Primária, com vagos parâmetros populacionais de adscrição e carga horária profissional (BRASIL, 2017). Entretanto, vários setores organizados e comprometidos com a Atenção Primária e o SUS apontam retrocessos nessa nova PNAB (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Cenário Atual Entre os anos de 1994 e 2016, a atenção básica veio num processo gradativo e contínuo de ampliação do acesso à saúde e qualificação da assistência, em função, principalmente, da estratégia saúde da família e do modelo de financiamento que garantia um piso mínimo nacional e recursos adicionais atrelados a programas e a qualidade assistencial.

Entretanto, com o agravamento da crise econômica do país, foi aprovada, em 2016, uma emenda à constituição que passou a limitar os investimentos nas áreas sociais, entre elas a saúde, por 20 anos. E, a partir de 2017, o valor dos gastos em saúde deveria ser o mesmo do ano anterior corrigido pela inflação.

São princípios e diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica e utilizados na Portaria da PNAB de 2017 (BRASIL, 2017): Princípios: a universalidade, a equidade e a integralidade. Diretrizes: regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade.

Já em 2019, foi lançado o Previne Brasil, no qual é caracterizado como programa que substitui o modelo de financiamento do PAB para o pagamento vinculado ao desempenho das equipes de saúde a partir de um conjunto de indicadores proposto pelo MS e define incentivos atrelados à adoção de ações prioritárias. Nesse sentido, o Previne Brasil altera a lógica universal e abrangente da atenção básica que vinha, apesar dos desafios, em crescimento contínuo e impacta diretamente nos indicadores de saúde.

Ainda em 2019, foi criado o Programa Saúde na Hora foi lançado pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (Saps/MS) em maio e passou por

atualizações com a publicação da Portaria nº 397/GM/MS, de 16 de março de 2020. O programa viabiliza o custeio aos municípios para implantação do horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo o território brasileiro.

O programa viabiliza o custeio aos municípios para implantação do horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo o território brasileiro.

Os objetivos do programa são ampliar o acesso, a cobertura e o horário de atendimento nas unidades básicas de saúde (UBS), aumentar a autonomia para gestores organizarem suas equipes; aumento do número de profissionais (gerando economia por reduzir custo por equipe); aumento do repasse da união; maior resolutividade na APS.

É eminente e persistente que a atenção básica ainda tem problemas estruturais que desafiam sua consolidação no país, agravados pelo desmonte dos últimos anos, ainda que o modelo de financiamento da atenção primária a saúde seja inovador, com atributos fixos e variáveis que garantem um investimento mais equânime entre as diversas realidades dos municípios brasileiros, o valor do repasse fixo está bastante defasado, tendo em vista os cortes na saúde impostos pelo teto de gasto e a mudança do modelo de repasse para usuários cadastros e não mais área de abrangência do território.

Logo, o financeiro implica diretamente nos desafios que corroboram para os entraves; o acesso a saúde é desigual no Brasil e, ainda que a AB seja prioritariamente o nível com maior abrangência do país, a falta de priorização no repasse de recursos impacta diretamente no acesso a serviços em regiões mais vulneráveis e distante dos grandes centros.

Outro ponto que é bastante impactado e relevante é a falta de investimento na atenção básica, a defasagem de recursos humanos e a diminuição de concursos públicos. Não é incomum ter equipamentos de saúde com equipes reduzidas e sobrecarregadas, em especial em áreas de vulnerabilidade ou distante dos grandes centros. Além disso, existem desafios relacionados à formação e capacitação de profissionais de saúde para atuar no nível básico de atenção, levando a uma resolutividade menor do que a capacidade da atenção básica e reforçando o modelo curativo-hospitalar.

E outro ponto importante, a articulação em rede: a integração, comunicação e coordenação, entre os diferentes níveis de assistência, ainda é um desafio. O processo de referenciamento e contrarreferenciamento é bastante descompassado, causando muitas vezes a retenção de usuários nos níveis especializados. Além disso, em função da cultura

curativa hospitalar, muitos deles não querem voltar para a rede básica, porque entendem que a atenção especializada é melhor.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo avaliar marcos da atenção primária à saúde. É evidente que a atenção básica passou por momentos tortuosos e ainda inacabados, e que a temática possui grau elevado de importância e necessidade de ser sempre discutida e entendida com olhar crítico e amplo. Desse modo, todo processo histórico e seus marcos passaram por grandes adversidades e enriquecimentos.

Atualmente a grande demanda pelo serviço em unidades, a necessidade de profissionais e ainda o pequeno apoio financeiro são os principais pontos negativos que necessitam de auxílio e mecanismos administrativos para garantir que todos os direitos sejam cumpridos, assim como está descrito em lei, mais precisamente no ARTIGO 196: Saúde é direito de todos. É dever do estado garantir a saúde por meio de políticas sociais e econômicas.

Por fim, países de características semelhantes ao nosso apostaram em um modelo seletivo, o Brasil garantiu a saúde enquanto direito da população e dever do Estado e adotou uma estratégia abrangente para o modelo de atenção básica no Brasil. Além disso, trouxe grandes inovações ao longo do processo de consolidação, como o importante papel desempenhado pelos ACSs, as equipes multiprofissionais, os diferentes arranjos de equipamentos de saúde que fosse possível chegar em lugares mais distantes e vulneráveis, como a Saúde da Família Fluvial e Ribeirinha e a descentralização e o protagonismo dos municípios na gestão da rede básica de saúde.

Ainda assim, pode-se enumerar desafios para o fortalecimento da atenção básica demonstra que o país já tem uma estrutura mínima de serviços fundamentais de saúde. Os avanços realizados desde a instituição do SUS foram essenciais para a garantia de acesso a serviços de saúde em um país tão grande quanto desigual. A atenção básica significa ainda, para muitos, o único acesso a serviços de saúde e com objetivo de reduzir o risco de doenças com acesso universal e igualitário às ações de proteção e recuperação.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. I, N. **Estratégia de Saúde da Família**: um estudo sobre o processo e as condições de trabalho dos trabalhadores de saúde. Recife: Ed.

Universitária da UFPE, 2012.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; WASHINGTON Luiz Abreu De Jesus. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise**. Ciência & Saúde Coletiva, [SL], v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: . Acesso em: 08 nov. 2024.

BERTOLLI FILHO, C. História da saúde pública no Brasil. 4. ed. São Paulo: Ática, 2004.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 out. 1988. p. 1. Disponível em: . Acesso em: 3 de nov 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. 2. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: . Acesso em: 11 de nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS nº 02/86. Dispõe sobre a instituição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 ago. 1986. Seção 2, p. 15. Disponível em: Acesso em: 8 nov. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 2006. Disponível em: . Acesso em: 5 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Direito à saúde: leis orgânicas da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, [2008]. Disponível em:. Acesso em: 13 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas de Saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em:. Acesso em: 8 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 jul. 2013. Disponível em: . Acesso em: 07 de nov. 2024

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle democrático do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: . Acesso em: 07 nov. 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA No 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União - DOU, v. 183, n. Seção 1, p. 67–76, 2017. Disponível em: . Acesso em: 11 nov. 2024

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. v. 5. Disponível em: . Acesso em: 11 nov. 2024

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. v. I. Disponível em: . Acesso em: 07 nov. 2024.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca. Genebra: OMS, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**. Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>.

Brasil. **Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 333/2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. 2003. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica, 2012. In: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

Brasil. **Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. 21 nov. 2024.

Conselho Nacional de Saúde. Ata da Reunião Ordinária nº 297 do dia 14 e 15 de setembro de 2017. Brasília, DF: CNS; 2017. 41 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/atas/2017/Ata_297_RO.pdf

GOMES; BARBOSA; FERLA (Orgs.), Financiamento da Atenção Básica à Saúde no Brasil: do piso da atenção básica à remuneração por desempenho. In: **Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade (PMAQ-**

AB). 1.ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 101-123

MARQUES, Rosa Maria. **Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS**. Planejamento e políticas públicas, n. 49, p. 36-53, 2017. MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. Crise do capital, estado e neofascismo: Bolsonaro, atenção primária e saúde pública. Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política, p. 174-210, 2020.

MASSUDA A. **Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?** Ciência & Saúde Coletiva, 25(4):1181-1188, 2020

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. 1.^a edição. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2015.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: Acesso em: 5 nov. 2024.

Morosini MV, Fonseca AF, Lima LD. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde**. Saúde debate [internet]; 42(116):11-24.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde na Hora amplia adesão para combater o avanço do novo coronavírus. Brasília- DF, 2020. Disponível em:

<https://aps.saude.gov.br/noticia/7776>. Acesso em 09 de nov. 2024.

Morosini. MVGC, Fonseca AF. **Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas?** Cad. Saúde Pública. 2017 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000100301&lng=pt&nrm=iso.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; PIRES-ALVES, Fernando. Atenção primária à saúde: uma história brasileira. São Paulo: Hucitec, 2021.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 27, n. 02, p. 255-276, 2017

ROCHA, Suelen Alves; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini; GODOY, Moacir Fernandes

De. **Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa**. Rio de Janeiro, Physis: revista de saúde coletiva, Cidade, V. 26, N. 1, P. 87-111, Mar. 2016. Disponível. Em: Acesso em: 12 nov. 2024.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. **Conceitos de acesso à saúde**. [S.L.], Revista Panamericana de saúde pública, V.31, N. 3, P. 260-268, Mar. 2012. Disponível em:. Acesso em: 12 nov. 2024.

SCHNEIDER, L. R.et al. A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 42, n. 118, p. 594-605, 2018.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO e Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:. Acesso em: 05 nov. 2024

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. Cad. Saúde Pública, v.20, Sup.2, p. S190 - S198, 2004. Disponível em: Acesso em: 10 nov. 2024.

WHO. **Declaração de alma-ata. Conferência Internacional de Cuidados Primários**. Alma-Ata: [s.n.], 1978. Disponível em: Acesso em: 11 nov. 2024

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus e a Nossa Senhora por iluminar toda minha trajetória e me permitir chegar até aqui. Sempre pedi a eles o melhor para mim e fui ouvida, atendida e guiada para trilhar os melhores caminhos em busca desse sonho. E por nunca ser desamparada.

Ao grande amor da minha vida, a pessoa que nunca me desamparou e sempre esteve ao meu lado para me ajudar, me ouvir e me mostrar o caminho a ser seguido, minha mãe, a mulher mais especial e guerreira que conheço. Sempre sonhou comigo e embarcou em todos os meus desejos e fazendo eles serem seus também. Se sacrificou tantas vezes para me dar o melhor. Mulher, mãe, amiga, esposa, filha, professora, Claudia, esse momento também é seu. Tudo por você e por você. Eu amo você.

Ao meu pai, que sempre foi a serenidade e leveza em todos os momentos. Sempre batalhou e me instruiu para ser sempre a melhor pessoa. Meu pai, homem muito guerreiro, íntegro e de muita honra, que sempre com sua calma me apoiou. Mesmo não tendo muita oportunidade de estudo, nunca abriu mão de me apresentar o caminho do estudo e me presentear com o melhor.

Aos meus avós, Rita Maria e Armando, que me criaram como filha e cuidaram tão bem de mim, sempre zelando por minha educação e me ofertando o melhor.

A minha tia Clarice, que esteve sempre ao meu lado e me tratando como filha, pegando na minha mão e compreendendo meus momentos de angústias e assim, mostrando o melhor em mim.

Ao meu namorado, Lucas Rangel, que sempre foi o meu ponto de paz e segurança dentro de todas as instabilidades da vida. Você me guia e me faz sempre olhar para o meu potencial. Agradeço por todo zelo, paciência e esforço, você foi essencial nessa minha jornada acadêmica.

Aos meus orientadores, Risomar e Daniela, por terem aceitado me orientar e participar desse sonho, por mais que em todos os momentos eu quis me fraquejar. Agradeço de coração sua paciência e compreensão. Vocês são grandes pessoas às quais desejo sempre me espelhar para ser a melhor profissional, vocês me inspiram.

Aos meus professores desde a infância até a graduação, sem esquecer da melhor professora que passou em minha vida, minha mãe.

Aos meus amigos e também colegas de profissão, Ana Luiza, Ana Beatriz, Jadson, Matheus, Maria Luiza, Tais, Luana, Gabriel, Kerolyne, Chirlene, Lidrieli, Gabriela, Andressa, vocês tornaram todos esses cinco anos mais leves.

Não posso deixar de agradecer a cada paciente que passou em minhas mãos, foram eles que me tornaram a pessoa que sou hoje, uma mulher mais sensível, de forma que consigo estar mais ligadas ao paciente como um todo e assim entregando sempre o meu melhor e também mais dedicada, pois por eles sempre estou buscando entregar o melhor de mim.

Ao escrever os meus agradecimentos, sinto meu coração vibrar de tanta alegria e orgulho de todo caminho percorrido até aqui, pois tenho certeza que suportei tantas adversidades, me refiz tantas vezes e hoje, encerro mais um capítulo tão sonhado por mim e por minha família, abandonando o posto de estudante de Fisioterapia e assim me tornando Fisioterapeuta, formada pela Universidade Estadual da Paraíba. Irei sempre levar comigo, em minha bagagem, todos os conhecimentos, práticas, aprendizados e boas lembranças que foram criados em todo tempo vivido na graduação e assim, me comprometo em cumprir de forma ética e profissional em todos os meus atendimentos e em minha vida. Obrigada!

