



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE GRADUAÇÃO SERVIÇO SOCIAL**

MARIA LUCIANA BEZERRA SOUSA

O LUGAR DA ATENÇÃO BÁSICA NA POLÍTICA DE SAÚDE

**CAMPINA GRANDE – PB
2011**

MARIA LUCIANA BEZERRA SOUSA

O LUGAR DA ATENÇÃO BÁSICA NA POLITICA DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Ms. Sandra Amélia Sampaio Silveira.

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial Luiza Erundina – Serviço Social – UEPB

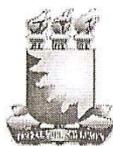
S7251 Sousa, Maria Luciana Bezerra.
 O lugar da atenção básica na política de saúde [manuscrito] /
 Maria Luciana Bezerra Sousa. – 2011.
 21 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2011.

“Orientação: Profa. Ms. Sandra Amélia Sampaio Silveira, Departamento de Serviço Social”.

1. Política de Saúde. 2. Atenção Básica. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Serviço Social. I. Título.

21. ed. CDD 376.1



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

BANCA EXAMINADORA

PARECER FINAL

A Banca Examinadora, intitulada de acordo com a Regulamentação do Trabalho de Conclusão de Curso Aprovado no Colegiado do Curso de Serviço Social da UEPB em seu item 3.1 após a defesa, seguida de uma análise da monografia apresentada, resolve considerá-la SATISFATÓRIA, atribuindo ao aluno (a) a nota 10.

Aluna: MARIA LUCIANA BEZERRA SOUSA

Monografia: O LUGAR DA ATENÇÃO BÁSICA NA POLÍTICA DE SAÚDE

Data da Defesa: 05 de Agosto de 2011

Campina Grande PB, 05 de Agosto de 2011

Sandra Amélia Sampaio Silveira

Orientadora: Profa. Ms. Sandra Amélia Sampaio Silveira

Maria do Socorro Pontes de Souza

1ª Examinadora: Profa. Ms. Maria do Socorro Pontes

Michele Barbosa Ribeiro

2ª Examinadora: Michele Barbosa Ribeiro

O LUGAR DA ATENÇÃO BÁSICA NA POLÍTICA DE SAÚDE

SOUSA, Maria Luciana Bezerra¹

RESUMO

Este artigo analisa o lugar da Atenção Básica (AB) na Política de Saúde, como estratégia utilizada pelo Ministério da Saúde (MS) para reestruturar o sistema de saúde, através da reorientação do modelo assistencial. Motivada pela nossa inserção em um Projeto de Iniciação Científica (PIBIC), o presente trabalho resulta de uma pesquisa de natureza bibliográfica e documental que teve por objetivos analisar a AB no contexto da política de saúde, sua relação com os demais níveis assistenciais; e a Estratégia Saúde da Família como instrumento utilizado pelo Ministério da Saúde para estruturar a atenção básica. Para tanto, utilizamos publicações nacionais (livros, documentos emitidos pelo Ministério da Saúde e periódicos científicos) como fontes de dados que contribuíram para a análise do nosso objeto de estudo. Dentre os principais resultados da pesquisa, identificamos que não é propriamente a atenção básica, mas a relação entre os diferentes níveis de atenção a saúde, o ponto estratégico para que ocorram as mudanças necessárias ao sistema de saúde vigente. No entanto, é a partir da AB e em função dela que a média e a alta complexidade deveriam se organizar. Assim, o que se percebe é que o lugar ocupado pela atenção básica na política de saúde tem fundamental importância para o desenvolvimento e a continuidade do cuidado em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Política de Saúde. Atenção Básica. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This article examines the place of Primary (AB) in Health Polityc, a strategy used by the Ministry of Health (MS) to restructure the health system by reorienting the care model. Motivated by our insertion into a Scientific Initiation Project (PIBIC), this work results from a survey of literature and nature documentary aimed to analyze the AB in the context of health polityc, its relationship with other levels of care; and Strategy Family Health as an instrument used by the Ministry of health to structure primary care. For this purpose, we use national publications (books, documents issued by the Ministry of Health and journals) as data sources that contributed to the analysis of our object of study. Among the main results of the survey, which is not properly identificad the primary, but the relationship between different levels of health care, the strategic point for the necessary changes that occur to the existing health system. However, it is from the AB and in accordance with it than the average and high complexity should be organized. So what we see is that the place occupied by the primary care in health policy is of fundament importance for the development and continuity of health care.

KEY WORDS: Primary Care. Health Politic. Unified Health System.

¹ Graduanda em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

1 Introdução

Desde o início do século XX o tema Atenção Primária a Saúde (APS) se fazia presente em alguns países, a exemplo dos Estados Unidos e Inglaterra, no discurso da saúde pública, mais especificamente como um dos componentes da prevenção. A primeira vez que a APS aparece como proposta de organização dos serviços de saúde é no relatório produzido pelo Comitê Dawson, em 1920, mas foi em 1978 na Conferência de Alma-Ata que esta se destaca na agenda das políticas de saúde, como discutiremos posteriormente.

No Brasil desde a década de 1990, podemos identificar uma expansão da Atenção Primária a Saúde (APS). No entanto, vale salientar a existência de iniciativas que antecedem a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a predominância de programas de extensão de cobertura e algumas propostas alternativas de APS que enfatizavam a formulação de novas formas e abordagens de organização da atenção à saúde.

Em 1988 temos a institucionalização do SUS pela Constituição Federal, impulsionando a mudança do modelo médico assistencial (centrado apenas na doença) na perspectiva de um modelo de vigilância da saúde, em consonância com a concepção de saúde ampliada que permeia o texto constitucional, concebendo-a como produto social e não mera ausência de doenças.

Após a criação do SUS o Ministério da Saúde (MS), adotou o conceito de atenção básica a saúde (ABS) contrapondo-se a ideologia das propostas seletivas da APS hegemônicas no cenário internacional (FAUSTO; MATTA, 2007; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Entretanto, o termo ABS só foi utilizado formalmente a partir da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 1996 (NOB SUS 01/96).

O MS buscou contrapor-se ao modelo médico assistencial que predominou durante muito tempo no país adotando um novo modelo que correspondesse aos princípios instituídos pelo SUS. Assim, compreendemos a atenção básica à saúde como a base para reorganização do sistema de saúde. O instrumento utilizado pelo MS para a reestruturação dos serviços de saúde foi a Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo de reorientar o SUS a partir da Atenção Básica. Diante deste quadro, fazemos uma indagação: qual o papel que atenção básica vem desenvolvendo na política de saúde no Brasil?

Nesse sentido, faz-se necessário a realização de pesquisas, semelhantes a esta, que contribuam para a análise do papel que a atenção básica vem desenvolvendo no âmbito do SUS e sua relação com os demais níveis de atenção. Consideramos que o conhecimento desenvolvido pode ser utilizado tanto no âmbito acadêmico quanto no cotidiano profissional,

por tratar-se de um tema capaz de instigar a reflexão e interpretação da realidade, proporcionando um maior conhecimento acerca da atenção básica na política de saúde.

A motivação para a realização desta pesquisa decorreu da aproximação com a temática através da participação no Projeto de Iniciação Científica (cota 2010/2011) intitulado Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma análise teórico-conceitual acerca da atenção básica, que acabou instigando o artigo ora apresentado acerca do lugar da atenção básica na Política de Saúde.

Trata-se de uma pesquisa de natureza bibliográfica e documental, voltada à análise do papel e da importância da Atenção Básica na política de saúde, de acordo com o discurso do Ministério da Saúde, e em que medida isto vem se efetivado de fato. Para tanto, utilizamos publicações nacionais (livros, documentos emitidos pelo Ministério da Saúde e periódicos científicos) como fontes de dados que contribuíram para a análise do nosso objeto de estudo.

Assim, o presente artigo está estruturado da seguinte forma: inicialmente trazemos algumas reflexões sobre a atenção básica no contexto do SUS. Posteriormente, discutimos a relação da atenção básica com os demais níveis de atenção e, por fim, destacamos a Estratégia Saúde da Família como instrumento utilizado pelo Ministério da Saúde para estruturar a atenção básica e algumas considerações conclusivas acerca do tema.

2 A centralidade da atenção básica no contexto da Política de Saúde pós-SUS

De acordo com Fausto e Matta (2007), a Atenção Primária a Saúde (APS) vem sendo apresentada como um modelo adotado por diferentes países desde 1960 a fim de proporcionar um maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde, como também tentar reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar hegemônico, substituindo-o por um modelo que privilegie o enfoque preventivo, coletivo e democrático na assistência à saúde.

Ainda segundo esses autores, podemos verificar que a primeira vez que a APS aparece como proposta de organização do sistema de saúde remonta aos anos de 1920, com o lançamento do Relatório Dawson, documento do governo inglês que se contrapunha ao modelo curativo flexneriano de atenção individual, movido por preocupações com os elevados custos e a crescente complexidade da atenção médica e a baixa resolutividade.

O debate acerca da APS também se expressa nas propostas norte-americanas de medicina preventiva e medicina comunitária. A primeira proposta destacava a busca de racionalizar os custos para a assistência médica, preconizando a atenção médica mais próxima

dos indivíduos, voltada à prevenção e ao controle do adoecimento, situando a atenção primária como fase inicial do cuidado, entre outras ações. Já no que se refere à medicina comunitária, enfatizava a atuação do médico generalista e propunha a regionalização do sistema de saúde, organizado em níveis hierarquizados (HEIMANN; MENDONÇA, 2005; FAUSTO; MATTA, 2007; PAIM, 2008).

É importante também salientarmos que no ano de 1978 a APS ganha destaque na agenda das políticas de saúde, período em que ocorre a I Conferência Internacional Sobre os Cuidados Primários em Saúde (a Conferência de Alma-Ata) promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A mesma prescreveu a atenção primária a saúde como a principal estratégia para atingir o objetivo de promoção e assistência à saúde para todos os seres humanos. Em termos conceituais, a Conferência de Alma-Ata define Atenção Primária a Saúde como:

Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento [...] Os cuidados primários são parte integrante tanto do sistema de saúde do país, de que são ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade. Além de ser o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde (UNICEF, 1979 *apud* FAUSTO; MATTA, 2007, p.46).

No Brasil, assim como nos diferentes países do mundo, a abordagem de Alma-Ata inspirou experiências de mudanças nos serviços de saúde, marcando dessa forma a introdução da visão de APS como estratégia de reorientação dos sistemas de saúde (FAUSTO, 2005).

Alma-Ata representou e ainda representa avanços em relação às interpretações e indicações de práticas de APS, dentre elas, em entender a atenção primária como o primeiro nível de atenção relacionado a um processo contínuo de assistência baseada na prevenção, promoção, cura e reabilitação; assim como, o acesso ao atendimento de saúde para todos os indivíduos da sociedade.

No tocante à história da APS no Brasil, vale destacar a etapa que antecede a instituição do SUS com a predominância de alguns programas de extensão de cobertura, a exemplo do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado em 1942; o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), implantado em 1976; o plano do Conselho Nacional

de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1982, através do qual foram gestadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983, dentre outros (SILVEIRA, 2010).

É importante mencionarmos também as propostas alternativas de APS, ligadas às iniciativas da medicina comunitária de alguns departamentos de medicina preventiva de universidades brasileiras, que davam ênfase a formulação de novas formas e abordagens de organização da atenção à saúde, tais como as experiências de alguns municípios a exemplo de Campinas, Londrina e São Paulo. Segundo Nascimento e Costa (2009), alguns estados e municípios já desenvolviam experiências bem semelhantes à estratégia de saúde da família, a exemplo dos médicos de família, implantada ainda nos anos 1980, na cidade de São Paulo.

Em 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal, regulamentado dois anos depois pelas leis 8080/1990 e 8142/1990; com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto. Para que essas mudanças ocorram o Ministério da Saúde tem investido na AB como estratégia de ação.

A ênfase na atenção básica representa uma alternativa de reorganização dos serviços e práticas de saúde no âmbito do SUS, que busca alterar o modelo de atenção historicamente hegemônico no país, centrado na doença e na assistência médico-hospitalar individual (VIANA et al, 2009).

Em 1991 temos o desenvolvimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), cujo êxito em vários municípios brasileiros impulsionou a formulação do Programa Saúde da Família (PSF) no âmbito federal em 1994. Ambos, em sua fase inicial, apresentavam-se de forma restrita e focalizada, nem sempre condizente com o discurso em defesa dos princípios do SUS. Segundo Fausto e Matta (2007), a posição marginal que os programas ocupavam dentro do MS colaborava para que os mesmos assumissem, no primeiro momento, um perfil segmentado.

O PSF, implantado pelo Ministério da Saúde, se constitui em um dos atuais pilares da saúde pública brasileira, tendo como objetivo reorientar o SUS com base na atenção básica (CORDEIRO, 2008). Mais do que um novo programa de saúde, o PSF busca reverter o modelo assistencial vigente a partir da reorganização da prática da atenção a saúde, em substituição ao modelo tradicional (BRASIL, 1998).

Esse programa, hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), possui como objeto nuclear de intervenção a família e tem o seu espaço social como núcleo básico de

abordagem no atendimento à saúde, circunscrita a um determinado território de atuação de uma equipe (MARSIGLIA; JUNIOR, 2009).

A ESF possui uma equipe multiprofissional composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). A territorialização e o cadastramento das famílias constituem princípios importantes da estratégia, pois as equipes trabalham com o território definido, responsáveis dessa forma, tanto pelo cadastramento como pelo acompanhamento da população vinculada à área adscrita (VIANA, et al, 2009).

Tais equipes devem desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, junto a uma população adscrita de seiscentas a mil famílias para cada equipe, localizadas em uma área geográfica delimitada. Segundo Silveira (2010, p. 10),

Implantada inicialmente em pequenos municípios das regiões norte e nordeste, enfatizando as áreas de risco definidas pelo Mapa da Fome do IPEA, a ESF/PSF aos poucos foi se expandindo, saindo de uma posição marginal no contexto global da política de saúde, para assumir o caráter de prioridade no âmbito da ABS, prevista no Plano de Ações e Metas Prioritárias do Ministério da Saúde formulado em 1995.

A instituição da NOB 96 deu ênfase ao fortalecimento da atenção básica, via aumento do quantitativo de recursos financeiros para a implementação da ESF/PSF através do Piso da Atenção Básica (PAB), uma vez que:

Aos municípios seria repassado um valor específico por meio do Fundo Municipal de Saúde, cujo cálculo seria de base *per capita*, para incentivar a organização da rede básica de saúde no nível local. O PAB apresenta uma versão variável destinada ao incentivo de ações e projetos prioritários, dando ênfase ao Pacs e ao PSF. Com a edição dessa Norma Operacional o Ministério da Saúde passou a incentivar financeiramente a implantação do PSF e do Pacs nos sistemas locais de saúde como estratégia para reorganização do modelo de atenção na rede pública de saúde. Estas medidas foram conduzidas como parte do processo de descentralização em curso no país (FAUSTO; MATTA, 2007, p. 60).

Outra contribuição para o fortalecimento da atenção básica na saúde foi a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) de 2001, ao instituir o Piso de Atenção Básica Ampliado (PAB-A), um mecanismo de transferência automática de recursos financeiros aos municípios que se destina exclusivamente ao custeio de procedimentos e ações de atenção básica a saúde, remunerando procedimentos assistenciais, terapêuticos e de apoio diagnóstico

para referência da atenção básica, promovendo a articulação desta com a rede de serviços de maior complexidade, enquanto porta de entrada do sistema (HEIMANN; MENDONÇA, 2005 apud SILVEIRA, 2010).

No âmbito de efetivação dessa nova forma de assistência a saúde, programas e ações, a exemplo do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), vêm sendo estruturado para fortalecer a ESF como modelo de atenção básica e porta de entrada do sistema de saúde, articulado com os demais níveis de atenção.

Nessa perspectiva, temos a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), lançada em 2006, a qual afirma que “a atenção básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006). Vale salientar que na PNAB a atenção básica é entendida como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde. [...] É realizada sob a forma de trabalho de equipe, dirigida a população de territórios delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária [...] Utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que deve resolver os problemas mais frequentes [...] e orienta-se pelos princípios de universalidade, da acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo de continuidade, da integralidade e responsabilização (BRASIL, 2006, p.10).

De acordo com Giovanella e Mendonça (2008), a Política Nacional de Atenção Básica ampliou o escopo e a concepção da atenção básica ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente, colocando-a como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde, assim como, ponto de partida para estruturação dos sistemas de saúde.

3 A relação da atenção básica com os demais níveis assistenciais.

O cuidado com a saúde no SUS está ordenado em níveis de atenção: a básica, a média complexidade e a alta complexidade. Essa estruturação visa à melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema. No entanto, não se deve considerar um desses níveis de atenção mais relevante que outro, pois a atenção à saúde deve se dar de forma integral.

Vale salientar que nem sempre um município necessita ter todos os níveis de atenção à saúde instalados em seu território, para garantir a integralidade do atendimento à sua população. Particularmente no caso dos pequenos municípios, isso pode ser feito por meio de

pactos regionais que garantam às populações dessas localidades acesso a todos os níveis de complexidade do sistema. Porém, a prioridade para todos os municípios é ter a atenção básica operando em condições plenas e com eficácia (BRASIL, 2009).

A fim de potencializar os recursos disponíveis, a organização da demanda e da assistência, o sistema de saúde apresenta níveis de assistência de crescente densidade tecnológica. Definida como responsabilidade da gestão municipal, a AB, primeiro nível de atenção, é responsável pela realização de ações nos campos da promoção, prevenção, assistência individual, e a prestação de serviços necessários à resolução dos problemas de maior prevalência e significado social em cada comunidade.

A atenção de média e alta complexidade compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares, cuja prática clínica demanda disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico de forma que não justifica a sua oferta em todos os municípios do país; a mesma é vinculada a pactuação entre: união, estados e municípios (BRASIL, 2002).

Assim, os procedimentos hospitalares e os procedimentos ambulatoriais, são classificados em média complexidade, alta complexidade e estratégicos, definidos através da Portaria SAS/MS nº 968, de 11 de dezembro de 2002 e de outras portarias publicadas periodicamente pelo Ministério da Saúde para atualização da lista de procedimentos.

A citação dessas definições não tem o objetivo de fixar uma “relação definitiva” de média e alta complexidade de atenção à saúde, mas, antes, demonstrar as dificuldades que essas áreas de atenção representam para os gestores do SUS: sua visão foi desde sempre fragmentária, um conjunto de procedimentos relacionados nas tradicionais “tabelas de procedimentos do sistema”, ambulatorial ou hospitalar, selecionados por exclusão, isto é, são os procedimentos que “não cabem” nas unidades básicas de saúde e na atenção primária em saúde, pelos custos ou densidade tecnológica envolvida (MENDES, 2005).

Por outro lado, as dificuldades da realização de procedimentos de maior complexidade para a população foi sentida por muitos municípios que, infelizmente, tentaram construir sistemas de saúde municipais autônomos, expandindo a rede municipal sem articulação regional, sem observar a necessária economia de escala, com serviços de saúde mal dimensionados para as necessidades da população, que se tornam ociosos, custosos e inviáveis, técnica e financeiramente (MENDES, 2001).

Sabemos que a “saúde é direito de todos e dever do Estado”, no entanto, na prática dos serviços ofertados, em sua maioria, não são condizentes com as necessidades da população. Vários motivos influenciam esse tipo de situação a exemplo da falta de financiamento

adequado, precária qualificação na gestão dos serviços, capacitação dos recursos humanos, a ausência da integralidade entre os níveis de atenção, dentre outros.

A organização da assistência à saúde no SUS, por meio da rede de serviços de atenção básica (AB), de média complexidade (MC) e de alta complexidade (AC), é realizada com centralidade dos procedimentos médico-hospitalares sobre a promoção da saúde, preponderantemente. Tal característica é fruto de um modelo de atenção marcado pela hegemonia dos interesses da corporação médica, das indústrias e dos serviços privados de saúde.

A tendência manifesta-se na compra indiscriminada de serviços do setor privado pelo público e na baixa qualidade dos serviços, inclusive na atenção básica do SUS, o que contribui para a ampliação do uso de planos privados pela classe média (GOTTEMS; PIRES, 2009). O setor público financia parte das ações mais caras ofertadas pela rede de prestadores, considerados de alta complexidade, mantendo uma situação rentável para os hospitais privados, que correspondem a 61,8% dos estabelecimentos de saúde e mais de 60% dos leitos do Brasil (BRASIL, 2003).

A interface entre a baixa qualidade das ações ofertadas pelo setor público nos três níveis de complexidade tem relação direta com o financiamento e manutenção do setor privado de serviços. Não devemos nos esquecer de que no setor da saúde gerenciamos recursos escassos para necessidades ilimitadas. Gerenciar esses recursos de forma adequada nos remete à responsabilidade de planejar adequadamente, de modo que os objetivos operacionais convirjam em direção à realidade sanitária dos cidadãos que utilizam esses serviços (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

A concepção disseminada pela ótica neoliberal é que “os serviços públicos não possuem qualidade”, isto expressa uma postura política, norteadas por interesses econômicos e políticos ligados ao grande capital que define que o Estado deve oferecer serviços básicos para os mais pobres e os demais cidadãos devem comprá-los no mercado.

A centralidade da atenção básica se justifica pelo fato de, como “porta de entrada do sistema de saúde”, ter que resolver grande parte da demanda apresentada pelo os usuários diminuindo, assim, os problemas a serem solucionados pela média e alta complexidade que dependem de ações custosas e pouco viáveis técnica e financeiramente. Para o SUS, em termos de financiamento, são mais viáveis os gastos com a atenção básica, como forma de organizar a procura pelos demais níveis de assistência, do que disponibilizar mais recursos para média e a alta complexidade.

No entanto, no cotidiano dos serviços de saúde o uso da AB como meio de promoção, prevenção e recuperação da saúde (dentre outras funções) ainda ocorre de forma fragmentada, resultando no aumento do fluxo nos diferentes níveis de atenção a saúde; isso ocorre devido a diferentes razões, que vão desde a ausência de intersectorialidade com as demais políticas públicas até a má utilização dos recursos destinados à saúde pelos próprios gestores.

Em 1998 a Portaria nº 2.121/GM implantou o Piso da Atenção Básica (PAB) e separou os recursos para o financiamento da Atenção Básica e para o financiamento da Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial (BRASIL, 1998). Cabe ressaltar que a articulação entre os níveis de atenção figura como ponto crítico a ser enfrentado, sob o risco de diminuição do acesso da população aos serviços de saúde.

A desarticulação presente entre a atenção básica e os demais serviços de saúde vem sendo motivada pela lógica de financiamento distinta: enquanto a atenção básica é financiada por programas e *per capita*, que induzem a uma alteração no padrão de atenção, a média e alta complexidade é remunerada por procedimentos. Destaca-se também a dificuldade em termos da referência e contra referência que limita a resolutividade da AB e acaba aumentando a demanda nos demais níveis de complexidade que acabam não absorvendo os encaminhamentos realizados (NOGUEIRA; MIOTO 2006).

A atenção básica deveria compartilhar competências e atribuições com os demais níveis do sistema de saúde, tais como: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção e promoção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e o trabalho em equipe. No entanto a relação entre os diferentes níveis de atenção ainda se apresentam de forma segmentada e desarticulada.

Marques e Mendes (2000) relatam que dentro do período de 1997 a 2000 houve um aumento de 28,7% para 36,4% para as despesas com a média e a alta complexidade, sendo que no ano 2000, as transferências para a atenção básica absorveram 24,59% do orçamento, com 14,03% para o PAB fixo, 10,19% para PAB variável e o pouco restante 0,37% aos demais programas.

Podemos identificar que entre os desafios a serem enfrentados pelos níveis de atenção a saúde um dos principais deles vem a ser a questão do financiamento, o mesmo se dá de forma diferenciada entre a atenção básica e a de média e alta complexidade o que acaba comprometendo o desenvolvimento dos serviços.

Segundo Marques e Mendes (2001) são os incentivos financeiros, o piso da atenção básica *ampliada* e os limites financeiros para a média e a alta complexidade, que continuam determinando a configuração das políticas de saúde.

Muitas vezes a atenção básica apresenta-se de forma desarticulada aos demais níveis de atenção, comprometendo assim, a integralidade necessária para a continuidade do cuidado em saúde. Como, também, acaba não respondendo às demandas colocadas pelos usuários dos serviços, acarretando assim em uma busca pelos demais níveis de atenção, que possuem um orçamento mais limitado, ocasionando muitas vezes a superlotação dos serviços com problemas que poderiam ser resolvidos na AB.

Dessa forma, podemos observar que o maior financiamento do primeiro nível de atenção não significa a resolutividade do mesmo, e sim a necessidade de articulação entre os três níveis de atenção na busca da integralidade, de ações de referência e contra referência, além de sua articulação a outras políticas sociais.

De acordo com Starfield (2002) integralidade implica dizer que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o usuário receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas. Isto inclui o encaminhamento para serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais, tais como internação domiciliar e outros serviços comunitários.

A integralidade depende da capacidade de identificar as necessidades percebidas e as não percebidas pelos indivíduos, da abordagem do ciclo vital e familiar e da aplicação dos conhecimentos dos diversos campos de saberes.

Contudo, segundo Rocha e Caccia-Bava (2009) para alcançar uma assistência integral, humanizada e resolutiva faz-se necessário um processo de trabalho em saúde articulado intra e inter equipes de saúde, na perspectiva da construção das linhas de cuidado. Nesse sentido, a Educação Permanente (EP)² pode ser um forte estímulo para a construção desse projeto técnico, ético e político, ao superar a mera aquisição cumulativa de informações por parte do trabalhador para problematizar e transformar, de forma sistemática, o processo e a organização do trabalho em saúde.

Para o alcance de uma assistência integral e resolutiva Bodstein (2002) relaciona uma limitação a ser superada, a ausência de recursos humanos em saúde, com capacitação técnica adequada, com salários e condições de trabalho atrativos *vis-à-vis* à falta de equipamentos médicos, mesmo os mais simples, constituindo ainda hoje uma realidade para a esmagadora

² A Educação Permanente, não se trata somente de resolver problemas ou de uma forma técnica que usa determinadas estratégias, nem, tampouco, de um processo educativo pontual, e sim decifrar também o sentido de tais ações que não terminam em um ato isolado, mas que resultam um processo contínuo (OSÓRIO, 2003 *apud* FERNANDES, 2009).

maioria dos municípios brasileiros e grande obstáculo ao bom desempenho da gestão municipal do sistema de saúde.

Levando em conta os fatos mencionados, podemos identificar que a atenção básica em sua implementação no sistema de saúde no país vem enfrentando inúmeros desafios, dentre eles, o de ser entendido como assistência à saúde para pobres, o que resulta da concepção piramidal do SUS que passa a idéia de que a atenção básica é a parte menos complexa em um sistema de saúde. Essa visão simples da ABS faz com que ela possa ser feita de qualquer jeito: com pouco financiamento, com relações de trabalho extremamente precarizadas e com ações que desarticulam a integralidade entre os diferentes níveis de atenção a saúde, tornando-a um modelo de assistência limitado (MENDES, 2005).

Nesse cenário, ressalta-se a influência da lógica neoliberal presente nos diversos setores da sociedade, inclusive na saúde, que dentre outras características vem sucateando os serviços públicos e estimulando o setor privado. Apesar das dificuldades a ABS, por meio da ESF, vem sendo uma das estratégias estimuladas pelo Ministério da Saúde em todo território brasileiro. Contudo, sua implementação vem se dando de forma heterogênea de acordo com o contexto em que a ESF vem se inserindo.

4 Estratégia Saúde da Família como instrumento utilizado pelo Ministério da Saúde para estruturar a atenção básica.

Em 1994, o Ministério da Saúde, através do SUS, implantou a ESF tendo como objetivo contribuir para a reorientação do modelo assistencial com vistas à promoção da saúde. Esta constitui hoje uma das principais estratégias de implementação da atenção básica no SUS levada a cabo pelo referido ministério (BRASIL, 1998).

De acordo com Giovanella e Mendonça (2008), a organização em unidades de Saúde da Família, consideradas como modelo de assistência, ultrapassa a prestação de assistência médica individual e deve variar segundo os problemas identificados na área de implementação, atuando na proteção e promoção da saúde dos indivíduos, dos membros de uma família de forma integral e contínua.

Vale salientar que ao mesmo tempo em que a ESF vem sendo apontada como um meio para reorganização do sistema de saúde; também é vista de forma paliativa e focalizada, como modelo seletivo desvinculado de uma noção sistêmica de atenção à saúde, não respondendo assim ao que propõe o Ministério da Saúde ao discutir a atenção básica.

Mesmo que não haja consenso em torno da ESF (que se apresenta ora como estratégia para reorganizar o SUS, ora como modelo assistencial restrito, como em sua fase inicial) é indiscutível que sua formulação tenha provocado a reestruturação, assim como, o fortalecimento das diretrizes da AB no âmbito da política nacional de saúde. A ESF trouxe importante relevância para a atenção básica na agenda decisória da política de saúde e por vários motivos vem motivando os dirigentes a continuarem nesta direção (FAUSTO; MATTA, 2007).

Apesar das inúmeras polêmicas³ que cercam a discussão sobre a Estratégia “Saúde da Família”, a mesma vem se consolidando como uma Política Nacional, com um total de 28.100 equipes em todo o país, atendendo mais de 90 milhões de pessoas (BRASIL, 2008).

No município de Campina Grande-PB, a ESF foi implantada em 1994, compondo, com mais 13 municípios, as experiências pioneiras institucionalizadas pelo Ministério da Saúde. Foi inspirada na experiência da cidade de Niterói/RJ com o projeto “Médico da Família”, baseado no modelo cubano de atenção básica à saúde.

Para a implementação das ESF o referido município foi dividido em seis distritos sanitários através da distritalização, entendida como:

Estratégia de descentralizar os serviços de saúde e tem como objetivo transformar as práticas sanitárias. Infelizmente, no caso específico de Campina Grande, observamos que a distritalização apresenta apenas um caráter topográfico, ou seja, faz-se a partir do critério da manutenção a continuidade territorial e do equilíbrio populacional entre os distritos (LEITE; VELOSO, 2009).

A ESF foi introduzida, de acordo com a orientação do Ministério da Saúde, com uma equipe mínima composta de um médico, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem para cada grupo de 600 a 1000 famílias. Em seu período inicial de implantação, em Campina Grande, a estratégia contava com cinco equipes distribuídas em diferentes bairros de acordo com as demandas apresentadas. Vejamos alguns dos critérios para sua implementação, segundo Bernardino et al (2006):

Os critérios, para seleção das primeiras áreas a serem atendidas, foram os indicadores epidemiológicos mais graves e os locais onde a população tinha maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Neste sentido, foram priorizados dois bairros⁴ com condições socioeconômicas e sanitárias bastante precárias (BERNARDINO *et al.*, 2006).

³ Para uma melhor análise acerca de tais polêmicas ver: Carneiro (2008), Fausto e Matta (2007), dentre outros autores.

⁴ Os bairros selecionados em Campina Grande foram: o Mutirão e o Pedregal.

A ideia inicial era a expansão da estratégia em 15 equipes/ano, o que resultaria no total de 75 equipes ao município em 5 anos; no entanto, tal expansão não foi possível de se concretizar devido à compreensão limitada dos gestores acerca do SUS e da ESF.

Por tratar-se de uma proposta ousada e inovadora, a fase de implantação e consolidação da ESF apresentou algumas dificuldades a exemplo: da falta de definição precisa nos serviços de referência e contra referência; e a ausência, na sua implementação, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), visto que este só foi criado em Campina Grande em 1995 (GUIMARÃES, 2006 *apud* LEITE; VELOSO, 2009).

De acordo com Leite e Veloso (2009) a expansão da Estratégia se deu de forma lenta, tornando-se mais expressiva apenas nos anos de 2001 e 2002, quando foram implantadas mais de 26 novas equipes, privilegiando a cobertura do atendimento da população rural do município.

No período de 2003 a 2004 outros profissionais foram incluídos nas equipes da ESF, tais como: assistente social, cirurgia-dentista; auxiliar de consultório dentário e fisioterapeuta. Além disso, em 2008 temos a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que possui como objetivo ampliar a capacidade resolutiva da estratégia saúde da família.

Vale salientar que nos últimos cinco anos, a gestão municipal, ampliou de 50 para 92 as equipes da Estratégia Saúde da Família. Porém, esta ampliação não representa necessariamente melhoria de acesso e qualidade dos serviços de saúde, nem mesmo a garantia de condições de trabalho dignas para os profissionais (VASCONCELOS, FIGUEIREDO, MEDEIROS, 2010).

Sendo assim, podemos identificar que houve a ampliação da ESF, no entanto, não foram concedidas às equipes condições objetivas para que elas pudessem se firmar enquanto estratégia, dentro do sistema de saúde.

Algumas dificuldades ainda devem ser superadas pelas equipes da ESF em Campina Grande no que tange à: a falta de insumos e condições de trabalho, a formação biomédica, o perfil do médico para atuar como profissional no Saúde da Família, e a integração entre os serviços de saúde. Acreditamos que as ações de forma integral e os serviços de referência e contra referência são determinantes para avanços em direção aos preceitos do SUS.

Embora a principal justificativa para a adoção da estratégia seja a reorganização do SUS a partir da atenção básica, evidenciamos no cotidiano dos serviços de saúde que a

ampliação do acesso da população aos serviços de saúde se dá apenas na atenção básica. Os demais níveis continuam deficitários e a continuidade da atenção é comprometida.

A AB é vista como avanço, como estratégia de reorientação do modelo assistencial de saúde, porém sua implementação/consolidação na prática cotidiana vem enfrentando inúmeros desafios tais como: a ausência da integralidade, da intersetorialidade, como também, as dificuldades para organizar o sistema de referência e contra referência para a efetivação das ações com resolutividade.

O SUS propôs uma ruptura epistemológica com o velho modelo assistencial de saúde ao sugerir um novo modelo de assistência com base na AB através do SF, no entanto, constata-se a necessidade de mudanças estruturais na ESF em Campina Grande - PB com o objetivo de superar os desafios citados anteriormente, para que a proposta do Ministério da Saúde possa, de fato, ser concretizada; situação essa não muito diferente do que encontramos nos demais municípios do país.

Sendo assim, diante do exposto podemos identificar que a simples implantação/ampliação da Estratégia Saúde da Família não garante a transformação da organização dos serviços. Ainda reside o desafio da superação da fragmentação dos cuidados em saúde que só poderá ser conquistados através de uma mudança que responda aos desafios ora identificados.

5 Conclusão

O artigo buscou mostrar o lugar da atenção básica na política de saúde brasileira pós-SUS. Na conjuntura política e econômica em que a proposta de implantação do SUS se insere, podemos considerar a atenção básica de duas formas: ora como um conjunto de ações que pode viabilizar mudanças a partir dos seus princípios e em diálogo com os demais níveis, em consonância com o discurso da ESF; ora como estratégia de saúde pública, executável por meio de atividades, atribuições e normas bem definidas.

Identificamos que não é propriamente a atenção básica, mas a relação entre os diferentes níveis de atenção a saúde, o ponto estratégico para que ocorram as mudanças necessárias ao modelo de saúde vigente.

Entretanto, é notória a tensão existente entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Existem várias lacunas a serem superadas, para que se possa garantir a integralidade, a universalidade, a equidade e a descentralização nos serviços de saúde.

Dessa forma, é reforçada a necessidade de uma atenção básica articulada à média e à alta complexidade, capaz de interferir na lógica da oferta a partir da demanda, através de ações interdisciplinares, com resgate da integralidade da atenção, centrada na saúde, na comunidade, no fortalecimento das redes solidárias, na co-participação social e na pessoa como sujeito do processo de saúde – doença, seja em nível individual ou coletivo.

Consideramos que dentre os diferentes níveis de atenção, a AB possui fundamental importância para o Sistema Único de Saúde, mas é necessário que haja a comunicação da mesma com os demais níveis de organização dos serviços de saúde, pois é a partir dela e em função dela que os demais níveis deveriam se articular para dar continuidade aos cuidados em saúde.

O que se percebe é que o lugar ocupado pela atenção básica na política de saúde é de grande importância ao desenvolvimento dos serviços, a mesma é adotada como modelo de assistência a saúde capaz de reestruturar o SUS, considerada também, como primeiro nível de atenção que direciona as ações dos demais níveis, no entanto, ainda apresenta fragilidade em sua efetivação/consolidação e integralidade.

Por fim, a reorganização da atenção à saúde no Brasil requer um acúmulo de forças capazes de reestruturar a produção de serviços e de conhecimento. Contudo, ressaltamos a necessidade do desenvolvimento de mais estudos acerca da AB e sua relação com os demais níveis de atenção que se apresenta de forma tímida, frente à centralidade que esta tem adquirido na política de saúde brasileira nos últimos anos.

Referências

BERNARDINO, F. E.; BRASILEIRO, J. A.; VASCONCELOS, K. E. L., CAVALCANTE, L. P.; RIBEIRO, S. P. O cotidiano profissional do assistente social no programa Saúde da Família em Campina Grande. IN: **Cadernos Especiais** n. 36, edição: 31 de julho a 28 de agosto de 2006. Disponível em: < <http://www.assistentesocial.com.br>> acesso em: 15 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z** : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, (Série Pactos pela Saúde) 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.121**, de 6 de Março de 1998, Brasília: Ministério da Saúde, 1998

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. 2ª ed. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02** (Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar). 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático Saúde da Família**. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, (Painel de Indicadores do SUS, 4 - II.). 2008. 56p.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v., n.7, p.401-412, 2002.

CARNEIRO, T. S. **Discutindo a estratégia saúde da família em Campina Grande/PB: “Neo-PSF às avessas”?**. Trabalho de conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, 2008.

FAUSTO, M. C. R. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira**. Tese doutorado – Saúde Coletiva. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005. 261f.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In.: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D. (Orgs). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/ FIOCRUZ, 2007.

FERNANDES, R. M. C. (Re)valorização da educação permanente. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 99, p.518-539, 2009.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H.M. **Atenção Primária à saúde**. GIOVANELLA, L *et al.* (orgs). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GOTTEMS, L.B.D.; PIRES, M.R.G.M. Para Além da Atenção Básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. **Saúde Soc. São Paulo**, v.18, n.2, p.189-198, 2009.

HEIMANN, L.S; MENDONÇA, M.H. **A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade**. In.: LIMA, N. T.(Org.) Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

LEITE, R. F.B.; VELOSO, T.M.G. Limites e Avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais. **Saúde Soc. São Paulo**, v.18, n.1, p.50-62, 2009.

MARQUES, R. M.; MENDES A. **O SUS e a atenção básica: a busca de um novo desenho?** 2001. Disponível:<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala_5415.pdf>. Acessado em: 6 maio 2011.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. O Financiamento da Atenção à saúde no Brasil: In: **Cadernos da XI Conferência nacional de saúde**. Brasília, MS, 2000.

MENDES, E.V. Os Grandes Dilemas do SUS. **Coleção Saúde Coletiva**, Editora Casa da Saúde, 2001.

MENDES, E.V. **Redes de Atenção à Saúde**. CONASS. Belo Horizonte, 2005.

NASCIMENTO; V. B.; COSTA, I. C. PSF, descentralização e organização de serviços de saúde no Brasil. IN: COHN et al. **Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias**. Azougue; São Paulo: CEDEC, 2009. p. 67 a 92.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. **Desafios Atuais do sistema único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes Sociais**. In: MOTA, Ana Elizabete (et al.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Editora Cortez, 2006.

PAIM, J.S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. GIOVANELLA, L et al (orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

ROCHA, J.S.Y.; CACCIA-BAVA, M.C.G. A atenção básica na construção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.1336-1345, 2009.

SILVEIRA, S. A. S. **ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: uma análise teórico-conceitual acerca da atenção básica**. Projeto de Iniciação Científica. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TANCREDI, F.B.; BARRIOS, S.R.L.; FERREIRA, J.H.G. Planejamento em Saúde, volume 2 – **Série Saúde & Cidadania**. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo: 1998. p.19-20. Disponível em:<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saude_cidadania/index.html> Acesso em: 12 junho 2011.

VASCONCELOS, K.E.L.; FIGUEIREDO, M. C. de O.; MEDEIROS, E. C. **SAÚDE DA FAMÍLIA E SERVIÇO SOCIAL: uma análise da inserção da profissão na estratégia**. Relatório de Iniciação Científica. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2010.

VASCONCELOS, K. E. L.; SILVEIRA, S.A.S.; CARNEIRO, T. S. COSTA, C. M. O. S. Serviço Social e Estratégia Saúde da Família: Contribuições ao debate. **Revista Serviço Social & Sociedade**, v.2, n.98, p.132-136, 2009.

VIANA, A.L.D.; SILVA, H.P.; MELO, M.F.C.; CAJUEIRO, J.P.M. Financiamento e desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. In: COHN, A. **Saúde da Família e SUS: Convergência e dissonâncias**. São Paulo: CEDEC, 2009. p. 15-66.