



A prática da atenção básica baseada pelos princípios e diretrizes do sistema único de saúde no contexto das suas origens e perspectivas

The Practice of Primary Care Based on the Principles and Guidelines of the National Health System in the Context of Its Origins and Prospects

Carlos Antônio Araújo de Oliveira Filho

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB; E-mail: carlosfilhocz@hotmail.com

Rodrigo Diniz de Sá

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB.

Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira Cabral

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB.

Maria Carmem Batista de Alencar

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB.

Francileuda Batista de Almeida

Farmacêutica pela Faculdade Santa Maria (FSM), Cajazeiras – PB.

Francisco José Gonçalves de Figueiredo

Graduado em Farmácia e Bioquímica pela Universidade Estadual da Paraíba, UEPB, Campina Grande – PB.

Resumo: Este trabalho busca uma compreensão do modelo de saúde brasileiro baseado na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual é a política pública de Saúde que o Ministério da Saúde adotou para ser porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Com uma visão mais ampliada do conceito de saúde a ESF busca entender o indivíduo a partir de uma abordagem física, psíquica e social e assim intervir com prevenção, tratamento e recuperação dos indivíduos e suas famílias, levando em consideração os determinantes sociais de saúde. Através da revisão integrativa de artigos científicos e dos nossos estágios na Estratégia Saúde da Família, sintetizamos as informações para aperfeiçoar o estudo e analisar a prática baseada em evidências, assim entendemos que ESF possui uma capacidade de resolver 80% das demandas de saúde da população sob sua responsabilidade. Percebemos com esse estudo que as transformações ocorridas no modelo assistencial de saúde trouxeram grandes avanços para população, vimos também na prática que quando uma unidade básica de saúde não segue rigorosamente os princípios organizativos da ESF, as redes de atenção secundária como hospitais e prontos atendimentos ficam sobrecarregadas com demandas que seriam perfeitamente resolvidas na UBS, acarretando filas nos hospitais e elevando os custos com esses serviços prestados.

Palavras chaves: Atenção Primária a Saúde. Saúde da Família. Trabalho.

Abstract: This paper seeks an understanding of the Brazilian health model based on the Family Health Strategy (ESF), which is the public policy of the Health Ministry of Health adopted to be the gateway of the Unified Health System (SUS). With a broader view of the concept of health ESF seeks to understand the individual from a physical approach, mental and social well and intervene with prevention, treatment and recovery of individuals and their families, taking into account the social determinants of health. Through integrative review of scientific articles and our stages in the Family Health Strategy, synthesized the information to improve the study and analyze the practice based on evidence, so we understand that FHT has a capacity to solve 80% of the health needs of the population under your responsibility. We realized with this study that the changes occurring in the health care model brought great advances in population, we have also seen in practice that when a basic health unit does not strictly follow the organizational principles of the ESF, networks of secondary care as hospitals and urgent services are overloaded with demands that would be perfectly resolved in UBS, causing queues in hospitals and raising the costs of these services.

Keywords: Primary Health Care; Family Health; Work.

Recebido em 03/05/2015

Aprovado em: 07/07/2015

INTRODUÇÃO

A forma de abordar o tema saúde no Brasil passou por várias transformações ao longo dos anos, resultado de muitas lutas da classe trabalhadora e dos profissionais e estudiosos dessa área (BERTOLLI FILHO, 2004; PAIM, 2003).

Neste sentido, um resgate histórico nos permite o conhecimento de que antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde era um direito reservado a poucos, e que a partir de sua instituição, tem-se a previsão de atendimento universal, equânime e integral para a população, ainda garantindo a participação social a partir do direito da população em participar da fiscalização e elaboração de proposta para um bom funcionamento do SUS (MENDES, 1993; ESCOREL et al., 2008).

Mesmo diante dos avanços no modelo de atendimento à população do país, ainda assim eram necessárias outras transformações. O modelo de saúde no Brasil anterior ao SUS sofria uma forte influência do modelo biomédico importado dos Estados Unidos (AROUCA, 2003), e diante das evidências científicas, foi ganhando força o modelo de Atenção Primária à Saúde (APS), que busca atender a população diretamente nos locais onde vivem (VIANA et al., 2005).

A APS é a porta de entrada do usuário e sua família no SUS, e nesse momento é realizado o primeiro contato entre a equipe de saúde e o usuário, buscando ouvir as queixas de saúde que o paciente tem a relatar e tentar estratégias terapêuticas para uma resolução pertinente ao seu problema. A prática demonstra que uma Atenção Primária coerente aos seus princípios consegue ser resolutiva a aproximadamente 80% dos problemas de saúde que afetam uma comunidade (GIOVANELLA et al., 2008).

Ainda de acordo com o mesmo estudo, após o primeiro contato a equipe de saúde possui a responsabilidade de oferecer um acompanhamento continuado aos usuários, e através de outras consultas e visitas domiciliares tecer um esquema terapêutico para cada indivíduo e sua família, visando não somente superar as afecções de saúde que por ventura essas pessoas apresentem, mas de promover saúde em sua visão mais ampla, levando em consideração o meio onde vivem, suas condições de vida e de trabalho, renda familiar, aspectos socioculturais, relações intrapessoais, etc. Assim, a APS busca conscientizar a população de sua responsabilidade de cuidar da saúde das pessoas, tanto no âmbito individual quanto no coletivo.

Diante dos pressupostos estabelecidos pelos estudos citados, o presente estudo buscou elucidar os questionamentos surgidos a partir da prática vivenciada: como a prática da Atenção Básica funciona no contexto das dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde? Como se estrutura a prática assistencial? Quais os amparos legais que fundamentam a progressão desse modelo assistencial?

Importante salientar que o presente estudo foi estimulado a partir da própria prática vivenciada no período de internato na Estratégia Saúde da Família (ESF), bem como pela inquietude advinda do modelo assistencial empregado, de modo a compreender sua

fundamentação a partir de uma abordagem teórico-científica.

Assim este trabalho apresenta por objetivo geral: analisar a prática da Atenção Básica à luz dos princípios e diretrizes do SUS. E por objetivos específicos: realização de um resgate histórico da atenção à saúde no Brasil com foco na culminância ao modelo assistencial da APS; traçar uma reflexão sobre a estrutura e funcionamento da APS; analisar os amparos legais que fundamentam a progressão do modelo assistencial da APS.

Para contemplar os questionamentos e objetivos propostos optou-se pela realização de uma revisão bibliográfica integrativa, tendo por base estudos científicos já publicados, conforme elucidado nos percursos metodológicos que subsidiaram o presente estudo.

METODOLOGIA

O tema em foco é a dinâmica existente dentro da ESF com o objetivo de aprofundar-se em como esta desempenha seu papel na APS, passando por sua base histórica e institucionalização do modelo de atenção; deste modo, busca-se compreender quais os princípios fundamentais, bases estruturantes e de que maneira vem sendo executada, no intuito de identificar a contribuição desse modelo de APS apresentado dentro do cotidiano do SUS. Com o propósito de compreender a dinâmica existente dentro da ESF em suas perspectivas e fundamentos com foco na APS, foi realizada uma revisão integrativa bibliográfica, que ocorreu no período de 15 agosto a 30 novembro de 2014.

Utilizaram-se para tanto materiais manuais, através de livros impressos, quanto materiais eletrônicos da literatura nacional. A busca ativa de materiais eletrônicos se deu a partir da base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do Ministério da Saúde e da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), LILACS, Medline, e PubMed, utilizando-se palavras-chave reconhecidas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) que estariam vinculadas ao tema: "atenção primária", "saúde da família", e "sistema único de saúde".

O critério utilizado para a priorização das referências adotadas foi à relevância do material frente ao objetivo do estudo, com o intuito de possuir maior qualidade ao final focando-se, portanto, em um estudo qualitativo que foi finalizado com a utilização de 24 referências através da análise crítica e categorização dos resultados.

Durante o período de pesquisa vários artigos e livros foram encontrados e, em sua maioria, estavam de acordo com o tema proposto, porém, assim como colocado anteriormente, apenas foram utilizados os que conseguiam externar qualidade e auxiliariam no crescimento da pesquisa.

Foram encontrados diversos materiais, mas utilizou-se enquanto quesito de inclusão os que possuíam revisões da literatura acerca da temática, além de qualidade de escrita e confiabilidade dentro do tema proposto. Foram incluídos artigos apenas de língua portuguesa. Necessitava-se que os trabalhos fornecidos eletronicamente estivessem dispostos em sua integralidade.

Os critérios de exclusão utilizados foram fontes que não possuíssem confiabilidade e não estivessem dentro das bases consideradas científicas, assim como as bibliografias que não traziam aprofundamento sobre o tema e/ou demonstrassem relatos de experiências focais locais.

Houveram bases teóricas que apresentavam o assunto proposto neste trabalho enquanto um todo, porém outros traziam de maneira mais sucinta. Algumas referências falavam sobre o SUS e sua fundação, outras falavam sobre o SUS e sua execução, e outras traziam a base da atenção primária à saúde e mais especificamente à estratégia saúde da família, inserir ou modificar mais alguma categoria encontrada. Ao final, houve o cruzamento destes dados, no intuito de sintetizar e garantir as considerações próprias do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

BASES DE DADOS

A busca de dados para pesquisa foi realizada a partir da utilização das bases dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do Ministério da Saúde e da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), LILACS, Medline, e PubMed, utilizando-se palavras-chave reconhecidas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) que estariam vinculadas ao tema: "atenção primária", "saúde da família", e "sistema único de saúde". Foram utilizados por filtros: textos livres completos, publicados entre os anos de 2000 a 2014.

Na tabela 01 temos descritos as bases de dados utilizadas de acordo com o intercruzamento dos descritores e a quantidade de referências obtidas, sendo observado que

Tabela 01: bases de dados utilizadas e resultados obtidos

PROCE-DÊNCIA	DESCRITORES	REFERÊNCIAS OBTIDAS (n)
BVS	Atenção primária/saúde da família/sistema único de saúde	1.412
SCIELO	Atenção primária/saúde da família/sistema único de saúde	34
LILACS	Atenção primária/saúde da família/sistema único de saúde	2.200
MEDLINE	Atenção primária/saúde da família/sistema único de saúde	1.490
PUBMED	Atenção primária/saúde da família/sistema único de saúde	35

Fonte: pesquisa direta, 2014.

A partir das bases inicialmente pesquisada e aplicação dos filtros proposto, utilizamos um total de 21 artigos, conforme tabela 02.

Tabela 02: bases de dados utilizadas após aplicação dos filtros

AUTORES	TÍTULO DO ARTIGO	DADOS DE PUBLICAÇÃO
ALMEIDA, P.F.; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L	Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados	Rev. Panam Salud Publica 29.2, 2011
BARCELLOS, C.; ROJAS, L.I.	O território e a Vigilância da Saúde	EPSJV:Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde - Proformar – Unidade de Aprendizagem I, Módulo III. Rio de Janeiro, 2004
BERTOLOZZI, M.R.; GRECO, R. M.	As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais	Rev. Esc. Enf. US P, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.
BRITO, E. S. V.; OLIVEIRA, R. C.; SILVA, M. R. F.	Análise da continuidade da assistência à saúde de adolescentes portadores de diabetes	Revista Brasileira Materno-Infantil, v. 12, n. 4, p. 413-423, 2012.
CARVALHO, S.R., CAMPOS, G.W.S	Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais	Cad Saúde Pública 2000; 16:507-15. 43.
CORDEIRO, H.	Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde	Ciência & Saúde Coletiva 6.2 (2001).
COSTA NETO, M. M	A implantação da Unidade de Saúde da Família	Cadernos de Atenção Básica – PSF, Caderno 1 Brasília: MS, 2000. 44p
CUNHA; MACHADO, E.; GIOVANELLA, L	Longitudinalidade/c ontinuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro	Ciênc. saúde coletiva, 2011, vol.16.
DE OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C.	Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional.	Rev Saúde Pública 40.4, 2006.
SCOREL, S. et	Programa de Saúde	Rev. Panam.

al.	da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil	Salud Publica, v.2, n.21, p.164-76, 2008.
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ	Promoção de saúde e qualidade de vida	Radis, n.19, p.12-3, 2000
GIOVANELLA, L. et al	Equidade em saúde no Brasil	Saúde em Debate. São Paulo, 1996
GIOVANELLA, L., et al	Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil	Cien Saude Colet 14.3, 2009
JUNQUEIRA, Luciano A. Prates	Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde	Revista de Administração Pública 34.6 (2002)
MACHADO, M. F. A. S., et al	Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual	Ciênc saúde coletiva, 12.2. São Paulo, 2007
MALTA, D.C., et al.	A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS	Epidemiol Serv Saúde 18.1 (2009).
MARSIGLIA, R.M.G., Et al	Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil.	Saude soc 14.2 (2005)
MELLO, D A., Et al	Promoção à saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular	Cad.Saúde Pública, v.14, n.3, p.583-95, 1998.
SALA, A., et al.	Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo	Saúde e Sociedade 20.4, 2011
TEIXEIRA, C.F	A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços	Saúde Debate, 2003; 27:257-77
TEIXEIRA, C.F	Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS	Revista Brasileira de Saúde da Família VII. São Paulo, 2004

Importante frisar que, em se tratando de um programa que tem suas bases legais fortemente

constituídas, algumas legislações citadas nos referidos artigos, bem como algumas obras físicas disponíveis na biblioteca da Universidade Federal de Campina Grande e em acervos pessoais foram utilizadas para enriquecer a fundamentação a partir da análise das fontes primárias, totalizando assim a utilização de 41 fontes de pesquisa.

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O sistema de saúde brasileiro nasceu vinculado aos interesses privatistas e lucrativos por questões políticas e econômicas de cada momento na história, sendo um modelo imediatista e pouco resolutivo. Através de grandes mobilizações e debates por parte de profissionais de saúde, intelectuais e sociedade civil organizada, que teve seu auge na VIII Conferência Nacional de Saúde, conseguiu assegurar na Constituição de 1988 a promulgação de saúde como direito social e dever do Estado, consolidando-se as bases para a formação de um consenso de um sistema único de saúde que promoveria saúde para todos os cidadãos. Surgiu daí as Leis Orgânicas de Saúde (LOS), através da Lei 8.080/90, as quais estabeleciam os princípios doutrinários (universalidade, equidade, integralidade) e organizativos (descentralização, hierarquização, regionalização, participação e controle social) do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988).

- Universalidade

A universalidade consiste na ação de busca por um sistema de saúde que venha a atender toda a população, garantindo assim saúde para todos, o cidadão passou a ter direito a acesso aos serviços públicos e privado se preciso for, bancado pelo poder público, sendo lei e um direito de cidadania e dever das três esferas governamentais (PONTES et al., 2009).

A Universalidade como valor, assim como o SUS, surgiu com a Reforma Sanitária, constituindo uma resposta inversa as principais características do antigo sistema de saúde, regido pelo INAMPS, que surgiu durante o regime militar em 1974 pela Previdência Social, e diante de seus preceitos, só tinham acesso aos serviços de saúde os trabalhadores que contribuam com a Previdência Social e os seus familiares, ou seja, apenas pessoas com atividades laborais regulamentadas a partir de carteira de trabalho assinada, sendo a maior parcela da população dependente de instituições filantrópicas e das Santas Casas. Além disso, o INAMPS visava o tratamento da doença, mas não da saúde, sendo assim não havia um acompanhamento das necessidades da população (GIOVANELLA ET al, 1996).

Grande parcela da população não possuía trabalho formal e não contribuía com a previdência social, sendo excluída de atendimento à saúde pelo INAMPS. Estas pessoas contavam apenas com o atendimento das Santas Casas de Saúde, que eram instituições filantrópicas ligadas a Igreja Católica que prestavam atendimento de enfermidades crônicas (GIOVANELLA ET al, 1996; CORDEIRO, 2001).

Deste modo, como vitória da Reforma Sanitária, na Constituição Cidadã de 1988 surgiu o SUS, regido por

valores e princípios, dentro dos quais a universalidade expressa a ampliação do atendimento para todo e qualquer cidadão, incluindo a parcela anteriormente negligenciada. O SUS, tendo a universalidade como valor a seguir, presta atendimento indiscriminado para todos, incluindo todas as classes sociais, étnicas e culturais, uma vez que, independente de qualquer aspecto, sendo direito de todas as pessoas consideradas cidadãos terem acesso e assistência em qualquer necessidade de saúde (MARSIGLIA et al., 2005).

A universalidade acarretou uma série de melhorias para a população relativas à acessibilidade, hoje existe uma ideia de que o acesso ao atendimento da saúde deve ser direito a todos, entretanto as dificuldades impostas são tantas muitas vezes como barreiras intransponíveis aos profissionais, fragilizando assim a concretização da garantia de tal direito. Neste sentido, importante ainda considerar que é crucial uma análise de outros princípios e valores do SUS, para subsidiar assim uma reflexão crítica sobre sua evolução (CORDEIRO, 2001; GIOVANELLA, et al., 1996).

- Equidade

O princípio da Equidade é definido como direito de toda população e dever do Estado, e constitui-se no acesso aos serviços de saúde independente da posição social ou econômica, características as quais eram critérios do antigo sistema de saúde, o INAMPS. Com a implantação deste direito para o cidadão foram criadas novas oportunidades para exercer a proposta de saúde do SUS, atendendo assim a população por inteiro sem que houvesse privilégios ou desigualdades. (GIOVANELLA et al., 1996).

Em outras palavras, a equidade consiste na ação do reconhecimento do direito a saúde de qualidade para todos por parte do Estado. Em 1982 John Rawls, professor de Filosofia Política na Universidade de Harvard, escreveu a obra Teoria da Justiça, onde cada indivíduo tem direito igual ao o esquema similar de liberdade para todos (RAWLS, apud SEM, 2001).

Numa visão voltada para a política, vale citar Oppenheim (2001) e sua concepção de equidade, ele traduz o conceito como uma prática de distribuição do acesso a saúde e o serviço oferecido à demanda exercido de forma igualitária. Ele também cita a prática como realização, onde a igualdade como base, qualifica as ações distribuídas.

Neste sentido, a equidade é proporcional, para cada grau de complexidade existirá um nível de atenção diferente, porém de acordo com o valor, se temos ambos os casos iguais em classes sociais ou étnicas diferentes, o tratamento deve ser o mesmo. A equidade voltada para a atenção primária é íntegra e única, devido o grau de complexidade que se encaixa no nível de atenção estabelecido no diagnóstico o qual a unidade se destina a realizar (BRASIL, 2000).

Voltada para o SUS, a equidade também é única e deve ser acessível a todos, quando se leva em consideração a massa em busca de um único sistema tem de haver a média da distribuição por igual entre todos, para que assim não haja perdas por falta de serviços

prestados a saúde, promovendo saúde de forma igual, porém de acordo com a necessidade de cada região. (BRASIL, 2000).

- Integralidade

No SUS, a integralidade consiste na ação de busca pela qualidade dos serviços prestados em uma abordagem mais ampla, exercida por múltiplos profissionais de distintas áreas de conhecimentos, e buscando envolver várias políticas que visem oferecer uma qualidade de vida aos usuários do sistema. Nesse contexto a integralidade foi apresentada em vários movimentos, buscando sempre a reforma do sistema de saúde, propondo a implantação de novas políticas de saúde, que se priorizassem a qualidade dos serviços prestados, atendendo a todos os indivíduos (HUCITEC, 2004; MACHADO et al., 2007).

Num sentido mais amplo, a integralidade está associada à prática de primeiro contato, onde o usuário busca a unidade com o intuito de resposta para o seu problema, ou suspeita da existência desse, nesse caso o princípio ressalta que deve haver a capacitação do profissional para que haja abertura da porta de entrada da unidade para o indivíduo, onde este deve ser devidamente assistido. Se o problema for primário a responsabilidade cabe aos profissionais da unidade, desde que estejam cientes da resolução, mas também é dever destes profissionais reconhecer o problema quando de nível secundário ou mesmo terciário, tendo disponível suporte que atenda com maior eficácia as suas necessidades (MACHADO et al, 2007; TEXEIRA et al, 2004).

A integralidade, definida formalmente, consiste num conjunto de práticas que favoreçam melhorias dos serviços prestados nas unidades básicas de saúde ou referenciada para outros níveis de atenção de acordo com o grau de complexidade. Com a execução dessa prática cada pessoa terá acesso ao tratamento adequado no qual os profissionais sejam capazes de atender o usuário, alertá-lo sobre a prevenção quando o problema for social ou físico e resolver o problema de acordo com o nível de complexidade a ele possível. O cuidado na saúde deve ser cognitivo e justo, reunindo os recursos humanos e materiais disponíveis e estimulando o aperfeiçoamento da equipe multiprofissional para que esta consiga cada vez mais resolver o maior número possível de problemas sociais e sanitários (FRANCO; JÚNIOR, 2004; TEXEIRA et al, 2004).

- Participação e Controle Social

A participação social consiste na intervenção da população na formulação e prática das políticas da saúde, tornando assim a gestão democrática. A participação do povo na gestão de saúde pode se proceder por meio da fiscalização, incentivando o profissional da saúde a cumprir com as responsabilidades a ele destinadas e atender devidamente as necessidades da população sempre que possível. A participação popular na gestão da saúde foi inaugurada pela Constituição Federal de 1998, em seu artigo 198, regida pela Lei 8.142/90 que trata das diretrizes do SUS. Também participam do controle do

SUS o conselho nacional de secretários de saúde (CONAS) e o conselho nacional de secretários municipais de saúde (CONASEMS) (AGUIAR, 2011).

- Regionalização e descentralização

A territorialização consiste na organização social, ou quando necessário, a reorganização, o termo voltado para o SUS como princípio consiste na organização das unidades de atenção a saúde, para que se tornem acessíveis para todos, de acordo com os valores anteriormente citados (AGUIAR, 2011; JACOBI, 2000).

O território limitado politicamente pelo sistema de saúde facilita o acesso da população aos locais de atendimento a saúde. O território dispõe de pessoas vivendo em seus espaços diferentes, mas o que todas as pessoas têm em comum é a busca pela resolução dos seus problemas de saúde próprios, e esta busca deve ser acolhida e compreendida por profissionais de saúde que atuam nas unidades distribuídas ao longo do território marcado pelo povoamento, pois todo território tem suas individualidades, apresentando além de sua extensão geométrica, suas características demográficas, epidemiológica, administrativa, tecnológica, política, social e cultural. (MENDES, 1993; BARCELLOS et al., 2004).

Deste modo, a divisão territorial realizada pelo SUS auxilia na realização das práticas propostas pelo Ministério da Saúde de acordo com os princípios e valores do SUS, nesta divisão cada comunidade destina-se a uma unidade de saúde que se responsabiliza pela atenção primária, de acordo com o nível de complexidade do usuário. Caso a unidade não tenha suporte suficiente para realizar o trabalho devido à complexidade superior à estrutura, o usuário será encaminhado para um hospital ou centro, que se destina a atenção secundária ou mesmo terciária, e que dispõe de uma estrutura capaz de atender as necessidades desta parcela da população (CARVALHO, 1992).

A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

O primeiro contato constitui a base da APS e se resume a primeira relação estabelecida entre o usuário e a unidade de saúde. Ao passar pelo atendimento pela primeira vez, o usuário deve enxergar uma porta de entrada de fácil acesso e possível a todos, independente de aspectos físicos ou sociais. Inicialmente o usuário desconhece o sistema de atendimento pelo qual vai passar (BRASIL, 1997).

O usuário que procura a unidade conhece ou suspeita do problema que os leva até lá. Ele deve receber a atenção adequada para que tenham confiança no atendimento e sintam-se seguros em falar do problema. O segundo passo é a medicação, o paciente deve ser medicado caso o profissional esteja ciente de que resolverá o problema, mas caso necessite da ajuda de outro especialista, o profissional não deve exitar, encaminhando-o assim para um profissional qualificado, e certificando-se de que o paciente marcou os exames pedidos e pegou a medicação disponível na unidade. E por último, o profissional deve trabalhar junto com a equipe para que haja um trabalho fora do consultório, onde ele

possa realizar o acompanhamento da demanda usuária que não pode ir a unidade, ou mesmo certificar-se das condições do paciente já consultado (BRASIL, 1997).

Assim, um exemplo de política de saúde estabelecida é a interação dos profissionais com os usuários por meio de rodas de conversas educacionais voltadas para a saúde e o meio em que vivem, levando assim o conhecimento necessário para que ele se conscientize de sua corresponsabilidade para com sua saúde. (ALMEIDA et al., 2011)

Para que se consiga a efetivação deste trabalho, a equipe multiprofissional deve fazer com que a unidade de saúde se coloque como um espaço acolhedor e resolutivo dos problemas da comunidade, permitindo uma confiança do usuário com o serviço para que ele retorne e agende consultas e acompanhamentos para uma melhor condução do seu tratamento e promoção de saúde. Com a busca pela integridade de cada um desses pontos tornamos a realização do primeiro contato satisfatória (BRASIL, 2007).

Neste sentido, importante se faz ainda resgatar um dos princípios do SUS que foi anteriormente abordado, assim a integralidade na visão da atenção primária se refere à articulação das práticas de atendimento a saúde provida dos profissionais para a comunidade destinada à unidade de atendimento, são realizadas por meio de práticas de educação sociais voltadas para a saúde (BRASIL, 2007; ALVEIDA et al., 2011).

No que concerne a longitudinalidade, esta, por sua vez, deriva da palavra longitudinal e é definida como lidar o crescimento e a mudança dos indivíduos ou grupos do decorrer dos anos (STARFIELD, 2002).

Em outras palavras a longitudinalidade é a continuidade do atendimento a saúde prestada ao usuário por um tempo indeterminado, com o passar dos anos uma nova demanda surge, e esta é atendida de acordo com sua carência, tendo como contribuição o conhecimento dos casos observados durante a continuidade do atendimento prestado ao usuário antigo (STARFIELD, 2002; SALA, 2011).

Assim, a longitudinalidade acompanha as transformações do indivíduo com o passar do tempo, e no seu prontuário devem constar todas as informações colhidas pela equipe. É um acompanhamento continuado das patologias que ele apresentou, os motivos que o fizeram procurar a unidade de saúde, as impressões e observações que cada profissional obteve tanto do indivíduo em si, quanto no meio social em que ele vive (CUNHA; MACHADO et al, 2009; SABINO et al, 2013)

O contato longitudinal proporciona o vínculo entre a equipe multiprofissional e o usuário acarretando uma maior comunicação entre ambos, facilitando a adesão ao tratamento, maior chance de um diagnóstico preciso e maior envolvimento do usuário no cuidado da própria saúde (CUNHA; MACHADO; GIOVANELLA, 2011; BRASIL, 2011).

A ESF tem a proposta de humanizar as práticas de saúde com o objetivo de estreitar as relações entre a equipe multiprofissional e a comunidade onde eles atuam. Este vínculo aumentado baseado em uma relação mútua de confiança fortalece cuidado longitudinal acarretando diagnósticos mais confiáveis e terapêuticas mais precisas.

Reduz significativamente encaminhamentos que poderiam ser resolvidos na unidade básica de saúde, diminui também o número de encaminhamentos para especialistas e reduz procedimentos iatrogênicos (SABINO et al, 2013; BRITO; OLIVEIRA; SILVA et al, 2012; LIMA et al, 2012).

A família é o ponto central da atenção continuada, pois é nela onde os indivíduos expressam todas as suas características sociais e suas condições de vida. Nesse contexto, torna-se necessário que toda a equipe multiprofissional observe e relate as mudanças ocorridas ao longo do tempo nas perspectivas de saúde de um grupo familiar ou em outros grupos sociais. Nos dias de hoje nota-se muita dificuldade de se colocar em total efetividade os ideais de longitudinalidade (CUNHA; MACHADO, 2009; LIMA et al, 2012).

O vínculo entre equipe e paciente se torna prejudicado por alguns fatores, entre eles a rotatividade dos profissionais da equipe de saúde, abordagens que não prioriza o indivíduo e sim a doença, deficiências no acolhimento, a falta de interação entre as diversas categorias da equipe multiprofissional, etc. A permanência dos profissionais de saúde na ESF é considerada um dos fatores mais frequentes e que mais prejudicam o objetivo da estratégia. A rotatividade influi negativamente na efetivação da assistência e rebaixa a qualidade do serviço e a satisfação dos usuários (LIMA et al, 2012; BRITO; OLIVEIRA; SILVA et al, 2012).

Deste modo, seria necessário que toda equipe se empenhasse em realizar de forma eficaz o processo de longitudinalidade do cuidado, e para isso deve haver treinamento adequado para a equipe perceber a importância de oferecer uma atenção permanente à saúde da população de sua cobertura. Além disso, deve ocorrer abertura de concursos públicos para fixar as equipes de saúde em uma determinada localidade de modo a assegurar sua permanência por um longo período de tempo, e que dessa forma haja uma relação de confiança entre a equipe e os usuários e uma maior troca de informação e registro por parte da equipe. E ainda, os gestores devem oferecer um salário justo para que toda a equipe multiprofissional trabalhe com vigor e empenho e que tomem pra si a responsabilidade de transformar as condições sociais e de saúde da comunidade a qual estão incumbidos (SHIMAZAKI, 2004, LIMA et al, 2013).

Estímulo à Participação e Controle Social

A Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.142/90) assegura o princípio da participação popular no qual a ESF utiliza-se dessa ferramenta para estimular a participação da sociedade civil, usuários e profissionais de saúde na tomada de decisões a respeito da saúde de uma determinada localidade através de conselhos populares, muito importante para o fortalecimento dos conselhos distritais e estaduais (DE FARIAS et al, 2006).

Conforme Brasil (2000) são realizadas Conferências Municipais de Saúde, onde são apresentadas propostas íntegras e equitativas para atender os usuário e profissionais de saúde. As conferências são realizadas com a participação de representantes do governo, profissionais e usuários. Nelas o usuário expõe suas

necessidades e queixas, orientando os rumos das diretrizes da saúde em cada unidade. Além de uma oportunidade de participação popular e democratização do sistema de saúde, as conferências incentivam o compromisso dos profissionais da área com as necessidades de avanço do sistema, tendo como objetivo a eleição de práticas aceitas e propostas por todos.

A população influencia e trabalha na construção do sistema através de entidades como associações de moradores, movimentos pela saúde realizados pelo povo, sindicatos e conselhos profissionais e de servidores públicos (BRASIL, 2000; DE OLIVEIRA et al., 2006).

Com a participação do povo no SUS, há uma condução dos rumos das políticas de saúde executadas, sendo esta justa e proposta por todos. O espaço de atuação deve ser valorizado pelos profissionais e utilizado para a realização de conferências, palestras e discussões com o intuito de incluir grande parte da população. A partir dessas realizações deve haver uma avaliação mútua que gere uma proposta aceita e apoiada por ampla maioria. Além disso, é importante que a população esteja atenta ao cumprimento da prática de suas propostas (BRASIL, 2000; DE OLIVEIRA et al., 2006).

Muitos avanços foram alcançados, porém existem muitas barreiras a serem rompidas. Nesse contexto fica claro a importância da interação do povo como participantes desse processo, em conjunto com os profissionais da saúde, para que haja a realização de propostas e práticas em prol da melhor qualidade dos serviços de saúde e que este passe a atender as reais necessidades da população.

A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Ao longo deste trabalho percebemos como o modelo de saúde no Brasil foi se modificando e buscando atender de forma mais efetiva as reais necessidades da população. Esta atenção mais ampliada varia de acordo com a demanda de cada localidade, a forma, e as estratégias de abordar os problemas sociais que dispõem tais localidades, as quais são território de abrangência sanitária de uma equipe de saúde da família. A prática mostrou que para resolução dos problemas locais é necessário que uma equipe multiprofissional de saúde atue de forma incisiva e libertadora, estimulando que todas as pessoas da localidade recebam atendimento de saúde e possam poderes para intervir na saúde do coletivo de pessoas, sensibilizando-as para a necessidade de serem corresponsáveis por sua saúde e a saúde das outras pessoas em sociedade (AGUIAR, 2011).

Definição

A ESF é a ferramenta que o SUS brasileiro utiliza para empregar os conhecimentos sobre atenção primária a saúde visando à prevenção de doenças, vigilância e promoção de saúde para um cuidado integral da população. A ESF é o modelo adotado pelo Brasil como eixo central das ações de saúde, resultado de lutas históricas e análises concretas da realidade do país, e assim prioriza a promoção de saúde com o objetivo de alcançar a integralidade da atenção (prevenção, cura e

reabilitação). Este modelo entende que a família é o núcleo onde deve ser oferecida maior atenção a saúde, tendo em vista que são nestas unidades que o indivíduo e o grupo familiar refletem todas as suas características sociais, sanitárias, econômica, culturais. Assim, ainda neste sentido, Brasil (1997) aponta que,

A ESF surge em 1994 quando o governo federal através do Ministério da Saúde apresentou o Programa de Saúde da Família como Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o modelo tradicional centrado na figura do médico, com caráter de intervir somente na doença e voltado para o atendimento prioritariamente hospitalar (DUNCAN, 2006).

O modelo flexneriano, surgiu a partir do relatório Flexner nos Estados Unidos no início do século XX o qual setorizou o corpo humano, abordando-o como uma máquina compartimentada, baseada na atenção hospitalocêntrico o qual significava maiores gastos ao Estado e pouco levava em consideração os determinantes sociais do binômio saúde-doença, além de limitar ao atendimento em hospitais, nas redes de média e alta complexidade (DUNCAN, 2006; BERTOLLI FILHO, 2004; ESCOREL, 2008).

O modelo hospitalocêntrico significava maiores gastos ao Estado e pouco levava em consideração os determinantes sociais do binômio saúde-doença, além de limitar ao atendimento em hospitais, nas redes de média e alta complexidade. Este modelo focalizava que o conceito de saúde era meramente a ausência de doença, baseado em práticas clientelistas, onde a atenção era no indivíduo e em ações apenas com caráter curativo, com predomínio da figura do médico, baseado na demanda espontânea e sem considerar a realidade social dos usuários do serviço (BERTOLLI FILHO, 2004; ESCOREL, 2008)

Em contrapartida, a ESF apresenta-se como uma alternativa ao antigo modelo vigente, ela se configura com a atenção voltada para a qualidade de vida, tendo saúde como um direito de cidadania. As ações são planejadas e programadas de acordo com o perfil epidemiológico de cada localidade e são voltadas para o coletivo (unidade familiar, grupos sociais) e oferece uma atenção integral (promoção, proteção, cura, reabilitação), praticada por uma equipe multiprofissional, priorizando as famílias ou indivíduos com maior risco de adoecer ou morrer. Os serviços são distribuídos em todos os territórios de um município permitindo que toda a população receba atendimento gratuito e qualificado (DUNCAN et al., 2006; BERTOLOZZI, 1996).

Essa abordagem ampliada dos problemas de saúde não poderia ser estruturada com as práticas do modelo antigo centrado na figura do médico. Para efetivar essa prática seria necessária outra forma de trabalho nas unidades com múltiplos profissionais interagindo de forma dinâmica e participativa. A ESF aplicou e desenvolveu a equipe multiprofissional como modelo de trabalho nas unidades para garantir um serviço satisfatório para a população. (BRASIL, 2000, p. 117).

Determinantes sociais de saúde na ESF

Para analisar o caráter social da ESF é necessário entender como funciona os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) e a importância deles na aplicação de

políticas públicas. Sua definição é muito abrangente, mas podemos dizer que as condições de vida e trabalho de indivíduos e grupos populacionais se relacionam com suas condições de saúde. Os fatores sociais, étnicos, econômicos, culturais interferem fortemente na ocorrência de riscos, agravos e aparecimento de doenças em indivíduos isolados e em determinados grupos sociais (GOHN, 2004; MENDONÇA, 2009).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social e, não meramente a ausência de doença e enfermidade. Esta afirmação também reforça a ideia de que a saúde é um direito humano fundamental (GOHN, 2004; MENDONÇA, 2009).

Ao longo da história foi-se tecendo conceitos sobre os determinantes sociais de saúde. Em meados do século XIX predominava o conceito miasmático que relatava as importantes mudanças no estilo de vida da sociedade no processo de urbanização e industrialização, tendo em vista a migração populacional do campo pra cidade ocasionando mudanças nas condições trabalho, moradia, saneamento básico, renda, etc. Neste período já se teorizava sobre a relação intrínseca entre as ciências de saúde e a ciência social (SANTANA, 2001, GOHN, 2004, GONDIM, 2012).

Ao final do século XIX predominavam nas ciências médica dois modelos de saúde, um era o modelo bacteriologista defendido por autores consagrados como Kock e Patour e o outro era o modelo baseado nos determinantes sociais de saúde o qual afirmava que a saúde não deve se limitar ao enfoque biológico como os estudos de microbiologia e infectologia e sim no enfoque social, nas casas, fábricas, aglomerações populacionais, buscando conhecer seus hábitos de vida, condições de moradia, riscos de desenvolver patologias orgânicas e psíquicas, etc. Defensor desse modelo de saúde pública, a Fundação Rockefeller se instala em vários países no mundo, iniciado nos Estados Unidos, e chaga ao Brasil, criando a Faculdade de Higiene e Saúde Pública de São Paulo. Ao longo de século XX se sucedem embates entre as teorias biológica e social. Uma prova desses intensos debates ocorre dentro da OMS que, ora predomina o modelo baseado no enfoque biológico, ora se destaca o modelo de saúde baseado nas condições sociais dos indivíduos. No ano de 1948 foi fundada a constituição da OMS e nela constava que saúde se define como estado de completo bem-estar biopsicosocial e não limitada à ausência de doenças (SANTANA, 2001, GOHN, 2004, GONDIM, 2012).

A conferência de Alma-Ata coloca novamente a ênfase nos determinantes sociais de saúde. Esta conferência ocorreu no Cazaquistão no ano de 1978, resultante da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. O documento final da conferência destinava-se a todos os governos com a finalidade de resgatar a importância da prática da atenção primária e da prática de promoção em saúde para todos os povos do mundo (CARVALHO et al, 2000; CAMPOS, 1992; TEIXEIRA, 2003).

A relação saúde doença não é uma simples relação direta de causa-efeito. Um país que dispões de grandes riquezas não necessariamente estará isento de enfermidades relacionadas às condições de vida da

população. Mesmo países ricos, com elevado Produto Interno Bruto (PIB) e renda per capita, apresentam indivíduos e grupos populações que são submetidos a condições de vida as quais os deixam suscetíveis ao aparecimento de patologias, fruto da desigualdade social presente em todas as nações do planeta, que se apresentam com maior ou menos intensidade, variando de um país para outro. O estudo desses fatores é importante para avaliar e programar políticas de saúde para determinados grupo e avaliar seus impactos na comunidade (CARVALHO et al, 2000; CAMPOS, 1992).

Intersetorialidade

O modelo ideal de sistema de saúde envolve a responsabilidade da gestão presente nas unidades tendo em mente o propósito de amenizar os problemas de saúde em cada unidade e tornar o serviço acessível a todos. Levando em conta a territorialização na saúde, nota-se que cada parcela destina-se a uma determinada unidade de saúde. Graças a essa realidade são necessárias ações de integridade no atendimento prestado nos setores, levando em conta os detalhes que ocasionam os problemas. A essas ações atribuímos o princípio de intersetorialidade, sendo este a articulação de políticas públicas voltadas para a população no âmbito setorial, incluindo a comunidade ou mesmo o bairro nessa disseminação de experiências e saberes (BRASIL, 2009; CAMPOS et al., 2009).

Essas ações estão voltadas para a integralidade do sistema em parte do território limitada por um setor de atendimento a população, elas geram a criação das redes regionais, que são importantes para que haja a consolidação do SUS com o povo, e auxiliando a propagação do atendimento a todos. Essas redes regionais agrupam o setor público, as ONGs e a população com seus movimentos locais em busca de benefícios para todos (BRASIL, 2009, BRASIL, 2011, GIOVANELLA et al., 2005).

A intersetorialidade ligada à unidade que estabelece a atenção primária tem uma grande importância. Devemos lembrar que em determinadas áreas adequadas a propagação de doenças existe uma demanda que busca ajuda para o problema ou suspeita da existência desse, ao tratar os usuários adequadamente de acordo com os valores e princípios direcionados do SUS, os profissionais devem considerar como critério de classificação do problema ou necessidade, o lugar, o grau de desenvolvimento científico, tecnológico, político e cultural de cada sociedade. Lembrando que os problemas são necessidades não satisfeitas que ocasionam riscos a saúde, adoecimento ou mesmo mortes. Enquanto as necessidades são carências reais simbólicas ou não, que ocorrem em pró de doenças, mas não geram mortes (BRASIL, 2007, GIOVANELLA et al., 2005).

A partir de exemplos como esse pode-se assim ter a noção da importância da prática da intersetorialidade, tendo como objetivo a articulação de políticas de saúde voltadas para a assistência social em cada bairro orientando a demanda destinada a responsabilidade de cada posto de atendimento a saúde, erradicando os problemas físicos e sociais, proporcionando melhor

qualidade de vida para todos e um sistema integro (GIOVANELLA et al., 2005; CAMPOS et al., 2009)

Princípios e Bases Organizativas da ESF

O processo do trabalho de saúde da família se dar a partir do estabelecimento do território de atuação e da população sob responsabilidade das UBS e das equipes. Estes profissionais devem promover atividades de atenção a saúde de acordo com as demandas de cada população dando prioridade a grupos populacionais mais vulneráveis com objetivo de prevenir o aparecimento de doenças evitáveis, provendo atenção integral, contínua e organizada à população sob sua responsabilidade, incluindo o primeiro atendimento a situação de urgência (BRASIL, 2001; ESCOREL, 2008).

A atenção à saúde não deve se limitar ao atendimento na UBS, mas se estender por todo o território de sua abrangência (domicílios, escolas, creches, salões comunitários, praças, etc), desenvolvendo ações educativas visando a prevenção e promoção da saúde, visando melhor qualidade de vida da população, reorganizando o processo de trabalho da atenção básica seguindo os princípios e diretrizes do SUS. (BRASIL, 2011, ESCOREL, 2008).

Todas essas características compõem as Bases Organizativas da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada em 2011 a qual estabelece as diretrizes e normas para a organização da Estratégia Saúde da Família tomando por base o modelo de atenção primária à saúde (BRASIL, 2011, DE OLIVEIRA, 2006).

- *Definição e descrição do território de abrangência*

A equipe de saúde da família tem como sua corresponsabilidade sanitária um território com os limites geográficos bem definidos (urbano, rural ou misto) e que nele habita um determinado número de famílias. Na definição do território é importante relatar a existência de micro áreas de risco, o grau de acessibilidade, como meio de transporte existente ou presença de alguma barreira física, como morros e rios, aspectos sociodemográficos, socioeconômico, epidemiológicos que impeçam o usuário chegar à unidade de saúde, (COSTA NETO; 2000, MENDES, 1993).

O território vai além da limitação espaço-política do sistema de saúde, nele são estabelecidas a interação da população com os locais de atendimento a saúde. O território caracteriza-se por pessoas vivendo em espaço-tempo determinados, com problemas de saúde próprios, buscando a resolução destes, a qual será acolhida e compreendida por profissionais das unidades de saúde distribuídas ao longo do território demarcado por povoamento (HAESBAERT, 2004, DE OLIVEIRA, 2006).

Em 2013 o Ministério da Saúde aprovou a Portaria nº 2.355/13 que altera a fórmula de cálculo do teto máximo das Equipes de Saúde da Família. Nesta nova resolução o MS considera que cada Equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000. Se caso o

território de atuação apresente uma maior vulnerabilidade o recomendado é que seja 2.000 pacientes por equipe (BRASIL, 2013; COSTA NETO; 2000).

- *Equipe Multiprofissional*

A equipe é um grupo de profissionais que se unem em busca do mesmo objetivo, o trabalho em equipe é realizado através de intervenções vindas de todos no ato de cuidar da saúde, e também pela interação de todos na formulação e tratamento de um diagnóstico, lembrando que capacitação profissional dos membros aplicadas num quadro possibilitam um trabalho mais rápido e efetivo (BRASIL, 2009; DUNCAN, 2007; COSTA et al., 2009).

A equipe saúde da família é composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários, fazendo parte da equipe multiprofissional também o cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal. (BRASIL, 2011).

O objetivo da equipe é diminuir a desigualdade entre os profissionais de cada unidade, através do trabalho nota-se a percepção da importância de cada membro, assim ocasionando a integração da unidade, favorecendo a chance de todos agirem em situações livres buscando a resposta para os problemas da sociedade (BRASIL, 2009; DUNCAN, 2007; COSTA et al., 2009).

A equipe multiprofissional atua na ESF exercendo a atenção básica ou primária, onde o usuário passa pelo atendimento de uma equipe, e não só por um profissional como no modelo biomédico, tendo o acesso ao atendimento de cunho físico e passando pela orientação oferecida em palestras, reuniões e vigilância em saúde (busca ativa), a qual só uma equipe é capaz de realizar (DUNCAN, 2007; CAMPOS et al., 2007).

Atualmente algumas barreiras impedem a implantação efetiva das equipes multiprofissionais, como exemplos a estrutura física das unidades do SUS, falta de profissionais, falta de comunicação entre os profissionais, egocentrismo entre as diversas categorias. Herança do antigo modelo biomédico que compartimentava o indivíduo e trabalhava paralelamente de acordo com seu problema instantâneo, então cada profissional de saúde desenvolveu individualmente de forma diferente a prática adotada, assim, não solucionando os complexos problemas enfrentados pela população em questão, que são enfrentados diariamente. (DUNCAN, 2004, p. 168).

Esse caráter multiprofissional da ESF visa um cuidado integral da população sendo usada na organização de práticas as quais exigiriam certa harmonização dos programas desenhados pelo Ministério da Saúde superando a desintegração das atividades no interior das unidades básicas de saúde. A necessidade de articulação entre a demanda propagada (a demanda proveniente de doenças contagiosas, hereditárias e auto adquiridas) e a demanda espontânea (demanda proveniente de pacientes com problemas não contagiosos e auto adquiridos) aproveita as oportunidades geradas por esta articulação para ampliar os protocolos de diagnóstico e identificação de situações de risco para a saúde, assim como o desenvolvimento de atividades coletivas junto à comunidade e usuários. Assim, com a criação da ESF, notou-se um processo marcado por mudanças jurídicas, legais e institucionais, anteriormente nunca observadas na

história de políticas de saúde do Brasil (BRASIL, 2009; CAMPOS et al., 2007).

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) tiveram seu desenvolvimento com o objetivo de resolubilidade das ações da atenção básica, visando o seu melhor funcionamento para população. Estes núcleos são constituídos por equipes compostas por multiprofissionais de diferentes áreas, atuando de maneira organizada e em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as informações de saúde de forma integrada as equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território destas equipes. Os NASF esta incluído na atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletiva, devem identificar as necessidades e/ou problemas daquele grupo populacional, realizando um trabalho em conjunto com as UBS, para atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços.

Os NASF atuam aproximando os usuários as equipes de multiprofissionais da UBS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando na informação das demandas e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, não só apenas nos problemas clínicos, mas também nos problemas sanitários, ajudando nas discussão de casos, atendimento conjunto, interconsulta, projetos terapêuticos, educação permanente, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes em conjunto com os de mais profissionais do SUS. O NASF precisa ser formada por uma equipe de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas. A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas (BRASIL, 2008; MÂNGIA, 2008).

- *Adscrição de Clientela e Diagnóstico de Saúde da Comunidade*

A adscrição da clientela é o processo onde ocorre o cadastramento das famílias e acontece ao mesmo tempo a definição do território, tendo o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como o profissional com maior perfil para essa atividade organizacional, realizando o cadastramento das famílias através das visitas domiciliares, onde acontece o primeiro contato, e conseqüentemente o acolhimento, gerando ali um vínculo para que possamos colher as informações necessárias, para identificar os problemas e perfil de cada família, facilitando o trabalho que será desenvolvido ao longo dos anos, dessa forma promovendo saúde de boa qualidade, (BRASIL, 1997).

É interessante anexar aos prontuários ferramentas que enriqueçam o registro das famílias como ecomapas, fotografias, herodogramas e informações atualizadas que devem ser avaliadas e expostas para toda equipe,

facilitando o processo de reconhecimento das famílias e grupos (DUNKAN et al., 2005).

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica que serve para reestruturar as informações da Atenção Básica em todo Brasil, diminuindo a distância entre os governos e também da própria população, melhorando a resolutividade das estratégias de saúde. Esta ação tem como objetivo a reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, criando um banco de dados para que a qualificação da gestão possa repassar as informações e aplicando-a à população. A estratégia e-SUS é a informatização fundamental para qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico, onde através da internet visa diminuir as distâncias e gasto de tempo desnecessário para resolução dos problemas de cada região tendo em vista o tamanho do nosso país, felicitando a rapidez das informações. O e-SUS vem como ferramenta fundamental do novo mundo globalizado e peça fundamental da nova era da internet, integrando a tecnologia para auxiliar cada vez mais o SUS (DUNKAN et al., 2005).

Neste sentido, a organização do serviço de saúde é um imenso desafio para as Equipes de Saúde da Família, pois requer tempo, planejamento e compromisso dos profissionais envolvidos na atenção às famílias e indivíduos (DE OLIVEIRA, 2006).

A demanda espontânea é à base do atendimento do modelo clássico, onde as pessoas procuram o serviço de acordo com o que sentem a partir de suas percepções individuais e familiares. Já na ESF sente-se a necessidade de priorizar o atendimento de pessoas em situação de riscos ou que necessitem de um atendimento mais detalhado, porém nunca deixando de lado o atendimento humanizado e o acolhimento da demanda espontânea (DUNKAN et al., 2005; DE OLIVEIRA, 2006).

O acolhimento e a arte de escutar, torna-se um dos recursos mais importantes na ESF, pois garante uma troca de informações entre a equipe e os usuários proporcionando um vínculo mais fortalecido e a possibilidade de um cuidado longitudinal eficaz, pós-muitos dos que procuram o atendimento são pessoas de baixa escolaridade, que não sabem de seus direitos e muitas vezes estão desacreditadas no poder de resolução dos seus problemas, características essas, herdadas pelo meu socioeconômico que vivem, gerando uma resistência e falta de confiança na equipe multiprofissional (SANTANA, 2001; MENDONÇA, 2009).

Na ESF se faz necessários agendamentos para atender a população que requer maiores cuidados, como um dia destinado ao acompanhamento de pessoas hipertensas (hiperdia), pesagem de crianças, exames preventivos, pré-natal, visita domiciliar, etc (SANTANA, 2001; MENDONÇA, 2009).

PROMOÇÃO DE SAÚDE E EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

A promoção da saúde tem o objetivo de envolver política, planos e programas que desenvolvam um trabalho conjunto visando evitar que a população se exponha a fatores predisponente de doenças e agravos e

que promova uma qualidade de vida com uma visão mais abrangente do conceito de saúde como um completo bem estar biopsicossocial, onde as pessoas adquiram e aumentem o controle da sua própria vida e se envolvam na participação das decisões a respeito das condições de saúde de toda a comunidade e que recebam das políticas públicas um amplo processo de formações, orientações, estudos, debates e ações que busquem uma melhoria das condições de vida da população (COHN, 1999; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2000).

A OMS define como promoção da saúde o processo que permite às pessoas aumentar o controle e melhorar a sua saúde. A promoção da saúde representa um processo social e político, não somente incluindo ações direcionadas ao fortalecimento das capacidades e habilidades dos indivíduos, mas também ações direcionadas a mudanças das condições sociais, ambientais e econômicas para minimizar seu impacto na saúde individual e pública. Entende-se por promoção da saúde o processo que possibilita as pessoas aumentar seu controle sobre os determinantes da saúde e através disto melhorar sua saúde, sendo a participação das mesmas essencial para sustentar as ações de promoção da saúde (BRASIL, 2011)

A década de 70 foi um período que ocorreu muitas conquistas da classe trabalhadora, fruto de intensas reivindicações populares que tinha o objetivo de obter do Estado mais incentivos a políticas públicas destinada a oferecer um bem estar para todas as camadas da população, tendo em vista que apenas uma pequena parcela dispunha de condições financeiras e legais para ter acesso a educação e saúde. Junto a isso o modelo biomédico não satisfazia mais as necessidades da população na qual os determinantes sociais mostravam que a condição de vida da população se relacionada diretamente com as condições de saúde dos indivíduos e grupo populacionais. O perfil epidemiológico de um território se definia pelas condições de moradia, saneamento básico, estrutura e renda família, escolaridade, exposição a fatores condicionantes e determinantes de doenças, acesso a serviços de saúde, etc. (MELLO, 1998; COHN, 2000).

A medicina preventiva foi ganhando fôlego em vários países do mundo fruto de intenso estudos e debates políticos, ideológicos, epidemiológicos e sociais. A saúde passa a ser entendida como um processo, que varia de um indivíduo para outro, e está relacionada com muitos aspectos sociais, culturais e principalmente econômicos (ALMEIDA et al., 2011).

Para que as pessoas se conscientizem da necessidade de participarem de construção das políticas públicas em saúde é necessário um ampliado processo de conscientização. Nele se encontra a importância da educação popular em saúde, educando-as para compreensão dos problemas que podem afetar todo a população e não só sob o risco de adoecer, e o mais importante ensinando sobre a doença, como evita-las, seus efeitos sobre a saúde e como restabelecê-la. (SCHALL; STRUCHINER, 1999, p.1),

Trazendo agora para a educação popular em saúde, tem-se que esta é uma ação libertadora, ela não se limita apenas a uma mera transferência de conhecimento

de uma agente para um grupo de pessoa, e sim uma troca constante de saberes entre o educador e os educando, levando em consideração os mais variados aspectos culturais e ambientais do indivíduo e do meio com o qual ele se relaciona. Para Carvalho, esse entendimento e participação de todos os usuário de um serviço de saúde na construção de alternativas e práticas em para reduzir riscos à saúde e buscar sanar as doenças já existem é de fundamental importância para conseguir solucionar os problemas da comunidade, (CARVALHO, 2004, p. 672).

Sendo assim, percebe-se a necessidade de se analisar a fundo todos os determinantes sociais de saúde e a partir disso adotarmos políticas que visem reduzir os riscos de doenças em um determinado grupo social e através da educação em saúde estimular a participação dos indivíduos no envolvimento dos problemas da comunidade, oferecendo uma troca constante de saberes a respeito do cuidado individual e coletivo com a saúde, (CARVALHO, 2004, p. 672).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebemos com esse estudo que as transformações ocorridas no modelo assistencial de saúde trouxeram grandes avanços ao decorrer desses vinte e seis anos de SUS, porém, na prática, são muitos os desafios a enfrentar pelas equipes de saúde e gestores. Ao longo do nosso estágio nas UBS, vimos que não é fácil implantar na prática os princípios de universalidade, integralidade e equidade. A atenção primária está consolidada no nosso país, mas possui inúmeros problemas de gestão, de controle social, de fragmentação das políticas e programas, de organização das redes de saúde, entre outros. Esses problemas conjunturais desafiam os gestores e precisam ser assumidos como responsabilidades para a concretização do SUS que queremos.

A ESF possui uma capacidade de resolver 80% das demandas de saúde da população sob sua responsabilidade, porém uma parcela considerável dos trabalhadores em saúde não apresenta o perfil profissional para prestar um serviço de alta qualidade. Isso reflete em encaminhamentos e solicitação de exames complementares desnecessários, atendimento pouco humanizado, falta de adesão ao tratamento por parte dos usuários prejudicando o cuidado longitudinal, etc.

Vimos também na prática que quando uma unidade básica de saúde não segue rigorosamente os princípios organizativos da ESF, as redes de atenção secundária como hospitais e pronto atendimentos, ficam sobrecarregados com demandas que seriam perfeitamente resolvidas na UBS, acarretando filas nos hospitais e elevando os custo com esses serviços prestados.

Esse trabalho não encerra o debate sobre Saúde da Família, sendo portanto base realização de outros estudos que versem sobre o tema, de modo a complementá-lo ou continua-lo, tendo em vista que o assunto abordado está em constantes transformações a partir das atualizações legais com base na melhoria da prática profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- _____. 12.^a Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: manual: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003 / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_da_12_CNS.pdf
- ALMEIDA, P.F.; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev. Panam Salud Publica* 29.2, 2011.
- BARCELLOS, C.; ROJAS, L.I. 2004. O território e a Vigilância da Saúde. EPSJV:Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde - Proformar – Unidade de Aprendizagem I, Módulo III. Rio de Janeiro.
- BERTOLLI FILHO, C. História da saúde pública no Brasil. São Paulo. Ática, 2004.
- BERTOLOZZI, M.R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.
- BRASIL, MS. 11.^a Conferência de Saúde Nacional. Legislação Básica do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.
- BRITO, E. S. V.; OLIVEIRA, R. C.; SILVA, M. R. F. Análise da continuidade da assistência à saúde de adolescentes portadores de diabetes. *Revista Brasileira Materno- Infantil*, v. 12, n. 4, p. 413-423, 2012.
- CARVALHO, S.R., CAMPOS, G.W.S. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. *Cad Saúde Pública* 2000; 16:507-15. 43. Campos GWS. A saúde pública e a defesa da vida. 2 a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1992.
- COHN, A. Participação e cidadania na promoção da saúde. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 6., 1999, Águas de Lindóia. Anais... São Paulo: APSP, 2000. v.2, p.297-301.
- CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 6.2 (2001).
- COSTA NETO, M. M.. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: MS, 2000. 44p. Cadernos de Atenção Básica – PSF, Caderno 1.
- COSTA, E.M.A.; CARBONE, M.H. Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

- CUNHA; MACHADO, E. Vínculo Longitudinal na Atenção Primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS. Diss. 2009.
- CUNHA; MACHADO, E.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Ciênc. saúde coletiva, 2011, vol.16.
- DUNCAN, B.B. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências/ Bruce B. Duncan, Maria Inês Shinidt, Elsa. R. J. Giugliane [ET AL]-4 ed-Porto Alegre: Artmed, 2004.
- SCOREL, S. et al. Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Rev. Panam. Salud Publica, v.2, n.21, p.164-76, 2008.
- FRANCO, T. B.; JÚNIOR, H. M. M. Integralidade na assistência a saúde: Organização nas linhas do cuidado; São Paulo, SP, 2004.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Promoção de saúde e qualidade de vida.Tema: Cidades Saudáveis. Radis, n.19, p.12-3, 2000
- GIOVANELLA, L. .et al. Equidade em saúde no Brasil. Saúde em Debate. São Paulo, 1996.
- GIOVANELLA, L., et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Cien Saude Colet 14.3, 2009.
- GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. Política de saúde: o público e o privado. Fiocruz, 1996.
- GONDIM; G.M.M., et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008.
- HAESBAERT, R.. Des-caminhos e perspectivas do território. In: RIBAS, A. D.; SPÓSITO, E. S.; SAQUET, M. A. Território e desenvolvimento: diferentes abordagens. Francisco Beltrão – PR: UNOESTE, 2004.
- JACOBI, Pedro. Políticas sociais e ampliação da cidadania. FGV, 2000.
- JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Intersetorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. Revista de Administração Pública 34.6 (2002).
- LIMA, F. L. T. A Rotatividade dos profissionais na estratégia de Saúde da Família: um estudo sobre a Microrregião de Itabira – MG, 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública). Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012.
- MACHADO, M. F. A. S., et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. Ciênc saúde coletiva, 12.2. São Paulo, 2007.
- MALTA, Deborah Carvalho, et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. Epidemiol Serv Saúde18.1 (2009).
- MÂNGIA, Elisabete Ferreira; LANCMAN, Selma. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.
- MARSIGLIA, R.M.G., Et al. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. Saude soc 14.2 (2005).
- MELLO, D A., Et al. Promoção à saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular (Distrito São João dos Queiróz, Quixadá, Ceará, Brasil). Cad.Saúde Pública, v.14, n.3, p.583-95, 1998.
- MENDES, E.V. Distritos Sanitários: Processo Social de Mudanças nas Práticas Sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 1993.
- MENDONÇA, C.S. Saúde da Família, agora mais do que nunca. Ciência & Saúde Coletiva 14.Supl 1, 2009.
- OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. Rev Saúde Pública 40.4, 2006.
- OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. Rev Saúde Pública 40.4, 2006.
- RAWLS, John. Justiça como equidade: uma reformulação. Martins Fontes, 2003.
- SALA, Arnaldo, et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo.Saúde e Sociedade 20.4, 2011.
- SHIMAZAKI, M. E. Atenção Primária a Saúde. CONASS-A, 2004.
- TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Saúde Debate, 2003.
- TEIXEIRA, C.F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. Revista Brasileira de Saúde da Família VII. São Paulo, 2004.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. São Paulo, 2002.