

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Pós-Graduação *Lato Sensu* em Direito Sanitário

NÉLIO COSTA DUTRA JR.

**DESAFIOS PARA CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA DA
SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Belo Horizonte/MG

2015

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Pós-Graduação *Lato Sensu* em Direito Sanitário

NÉLIO COSTA DUTRA JR.

**DESAFIOS PARA CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA DA
SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Trabalho apresentado ao Curso de Pós-Graduação em Direito Sanitário da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Direito Sanitário.

Orientadora: Marina Celly Martins Ribeiro de Souza

Belo Horizonte/MG

2015

Dutra Junior, Nélio Costa

D978d Desafios para consolidação da estratégia da saúde da família na atenção primária. / Nélio Costa Dutra Junior. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2015.

31 p. enc.

Orientador(a): Marina Celly Martins Ribeiro de Souza.

Monografia (Especialização) em Direito Sanitário.

Inclui bibliografia.

1. Programa saúde da família. 2. Estratégia saúde da família. 3. Atenção primária. 4. Desafios. I. Souza, Marina Celly Martins Ribeiro de. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título

NLM WA 308



ATA

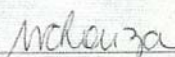
Declaramos que o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da (o) aluna (o): **Nélio Costa Dutra Júnior**, com o título: “Desafios para consolidação da Estratégia da Saúde da Família na atenção primária”, foi avaliado pela banca composta por: Marina Celly Martins Ribeiro de Souza (Tutora), Heloísa Helena Barroso Gouvea (Avaliadora), Flávia Maria Vaz de Souza (Avaliadora) foi considerado aprovado obtendo Nota/Conceito 90 / A.

Reformulações:

- Sugeridas – Somente para Conceito A, B e C.
- Exigidas para Aprovação – em conceito D
- Não se aplicam.

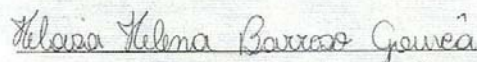
Obs: Incluiu referências de autores em parágrafos não citados na introdução e resumo, especialmente no capítulo 9 e 14.

Belo Horizonte, 19 de junho de 2015.



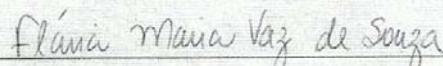
Marina Celly Martins Ribeiro de Souza

Tutor(a)



Heloísa Helena Barroso Gouvea

Avaliador(a)



Flávia Maria Vaz de Souza

Avaliador(a)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	2
2 METODOLOGIA	3
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	3
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	3
3.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA	5
3.3 PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	7
3.4 ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA	9
3.5 NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF).....	15
3.6 DESAFIOS PARA A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA	16
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS.....	31

DESAFIOS PARA CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Nélio Costa Dutra Jr.*
Marina Celly Martins Ribeiro de Souza**

RESUMO

O presente trabalho aborda as diretrizes do Programa Saúde da Família, propostas pelo Ministério da Saúde, que visam mudança do modelo de Atenção Primária à Saúde em nosso país. Igualmente, apresenta os desafios a serem superados para efetiva consolidação da atual Estratégia da Saúde da Família, com vistas ao cumprimento do princípio da equidade no acesso aos serviços públicos de saúde, por meio de uma Atenção Básica abrangente. Nesse sentido, objetiva este trabalho demonstrar que a falta de cumprimento das diretrizes do original Programa Saúde da Família, aliada a questões particulares afetas à gestão de pessoas e processos de trabalho, estão entre as principais causas que impedem a efetiva implementação da Estratégia da Saúde da Família em nosso país. Para subsidiar este trabalho, foram consultadas doutrina e normatização sobre a respectiva temática, além de pesquisa a artigos na internet e estudos sobre trabalho de campo realizado recentemente no município de Belo Horizonte/MG, envolvendo profissionais médicos atuantes na Atenção Primária à Saúde, que exercem funções nas equipes da Estratégia da Saúde da Família. Acrescenta-se ainda a experiência vivenciada no trabalho diário exercido na Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde de Belo Horizonte/MG, como membro do Ministério Público, na fiscalização da execução das políticas públicas de saúde. Não obstante os avanços constatados pela mudança do modelo de Atenção Primária à Saúde brasileiro, percebe-se que são inúmeros os desafios a serem superados para efetiva consolidação da Estratégia da Saúde da Família, a indicar a necessidade de união de esforços por parte dos gestores da saúde, em todos os níveis, como dos profissionais da saúde e da própria população assistida.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária; Desafios.

* Aluno do Curso de Especialização em Direito Sanitário (Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais).

** Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem pela UFMG, Orientadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário (Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais).

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal de 1988, tem sido marcado por diversos avanços e desafios para implementação de suas diretrizes. Dentre estas, merece destaque a Estratégia da Saúde da Família, adotada como base para o modelo de Atenção Primária à Saúde brasileiro.

Esse modelo de atenção deve se pautar pela lógica da promoção e prevenção à saúde dos usuários do SUS, sem se imiscuir da atuação curativa e de reabilitação, seguindo diretrizes voltadas à interdisciplinaridade e envolvimento da população, para construção coletiva de uma Atenção Primária à Saúde resolutiva, integral e equânime.

No entanto, a realidade tem demonstrado que, a par do aumento da cobertura da Estratégia da Saúde da Família nos municípios brasileiros, desde a implantação do referido programa, evidenciam-se diversas dificuldades de implantação efetiva de suas diretrizes para esse novo modelo de Atenção Primária à Saúde.

O sucesso dessa estratégia depende de vários fatores, entre os quais, podemos citar: necessidade de maiores investimentos financeiros, de forma tripartite (União, Estados e Municípios); ampliação do número de equipes da ESF e criação de novas unidades básicas de saúde, progressivamente ao aumento da população; incremento das medidas de promoção à saúde (educação) e prevenção, desde o nível escolar básico, para maior conhecimento das diretrizes do programa pela própria população assistida e indução da melhoria dos serviços prestados; criação de mecanismos de fixação do profissional de saúde nas equipes; melhoria da qualidade e da periodicidade dos cursos de capacitação dos profissionais de saúde; desenvolvimento de planos de carreira adequados; incremento dos sistemas de comunicação entre os diversos pontos de atenção da rede de saúde, visando continuidade do cuidado; e maior comprometimento dos profissionais de saúde, notadamente quanto ao cumprimento de cargas horárias.

Diante da complexidade do processo de consolidação da Estratégia da Saúde da Família, a gestão assume papel fundamental, para superação dos desafios, principalmente quanto aos investimentos financeiros no setor, alterações de processos de trabalho e criação de mecanismos para maior envolvimento da

população nesse novo modelo de APS.

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo analisar as diretrizes estabelecidas para a Estratégia da Saúde da Família pelo Ministério da Saúde e os desafios a serem superados para sua consolidação, como base de um novo modelo de Atenção Primária à Saúde.

2 METODOLOGIA

Este estudo teve por base vários artigos, pesquisas na *internet* e experiências práticas vivenciadas como membro do Ministério Público do Estado de Minas Gerais, no exercício da fiscalização de políticas públicas de saúde, no município de Belo Horizonte/MG. Nesse sentido, foram selecionadas 6 (seis) obras sobre a temática, bem como normatização aplicável e pesquisa de campo realizada no município de Belo Horizonte/MG, que evidenciaram as dificuldades para efetiva implantação da Estratégia da Saúde da Família e o cumprimento de suas diretrizes, na construção de um novo modelo de Atenção Primária à Saúde no SUS.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Atenção Primária à Saúde

A APS deve representar o primeiro nível de contato do cidadão com o sistema de saúde, visando levar a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas residem e trabalham. Todavia, não se restringe ao primeiro nível, integrando um processo permanente de assistência sanitária, que inclui prevenção, promoção, cura e reabilitação.

Nesse sentido, a primeira característica da APS é constituir-se como porta de entrada do sistema de saúde, a ser procurado regularmente a cada vez que o usuário precisa de atenção, em caso de adoecimento, ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde. Para constituição de um serviço como porta de entrada do sistema de saúde, o primeiro requisito é que este seja acessível à população, eliminando-se barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais, a possibilitar utilização pelo usuário do SUS a cada novo episódio.

Outro requisito da APS diz respeito ao encaminhamento de usuários por profissionais da Atenção Primária à Atenção Especializada. Desse modo, o serviço de Atenção Primária à Saúde torna-se o ponto inicial do cuidado (porta de entrada preferencial) e exerce papel de filtro para acesso a outros níveis de atenção, ou seja, tem a função de referenciar os usuários conforme suas necessidades.

Também como atributo da APS podemos citar a longitudinalidade: assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação entre profissional/equipe/unidade de saúde e o usuário ao longo da vida, independentemente da presença de doença. Para que se estabeleça um vínculo no curso da vida, é necessário que exista fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Nesse sentido, um bom acolhimento é fundamental para o fortalecimento do vínculo.

Segundo Mendes (2002, p. 61),

Um sistema de acolhimento adequado vai manifestar-se em duas dimensões [...]. Primeiro, uma dimensão atitudinal, que exige uma atenção humanizada a todas as pessoas, a escuta qualificada dos problemas de saúde, uma resposta sempre positiva às demandas e a criação de vínculos entre a equipe de saúde e a população adscrita. Segundo, uma dimensão organizativa, a do estabelecimento dos fluxos e contrafluxos das pessoas nas unidades básicas de saúde, com a territorialização, a superação das respostas constrangedoras ou negativas do tipo senha ou 'não tem ficha' e o estabelecimento de um processo de avaliação inicial adequado.

A presença do médico generalista na equipe de atenção básica contribui para uma relação de longo prazo e a sustenta, pois é um profissional que deveria atender a família em todos os ciclos de vida, desde a gestação até a idade avançada.

A integralidade, como sendo outra característica da APS, requer oferta de serviços preventivos e curativos, com a garantia de acesso a todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias. Mesmo que não ofereça diretamente, a unidade básica de saúde deve assegurar, por meio de encaminhamento, o acesso a serviços especializados (consultas, exames, transporte sanitário, internações etc.) e para outros serviços de suporte, como atendimentos domiciliares e serviços sociais.

Nessa esteira, para garantia de uma atenção integral à saúde, os serviços da atenção primária devem assumir a responsabilidade pela coordenação do sistema, visando continuidade do cuidado e evitando duplicidade ou interrupção das intervenções no interior da rede de serviços. Assim, para exercício da coordenação

pela equipe de APS são necessárias tecnologias de gestão clínica, mecanismos adequados de comunicação entre profissionais dos diversos pontos de atenção, registro adequado de informações e seu uso pelos profissionais dos diversos serviços (MENDES, 2002).

A essência da coordenação é a disponibilidade de informação acerca dos problemas prévios, o que requer a existência de prontuário de acompanhamento longitudinal (ao longo da vida) do usuário, o envio de informação adequada ao especialista (referência) e o seu retorno ao generalista (contrarreferência), após o encaminhamento a profissional especializado, para apoio na elucidação diagnóstica e no manejo terapêutico. Uma boa organização dos serviços de atenção primária contribui em geral para maior eficiência do sistema de saúde (MENDES, 2002).

Outro atributo da APS que a diferencia de outros modelos de atenção é a centralidade na família, isto é, o reconhecimento do contexto e da dinâmica familiares para bem avaliar como responder às necessidades de saúde de seus membros. Para que sua ação possa se realizar, a equipe deve ter competência cultural para se comunicar e reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais. A competência cultural e a orientação para a comunidade são facilitadas pela integração na equipe de atenção primária de membros da comunidade, os trabalhadores comunitários de saúde, que no Brasil são denominados agentes comunitários de saúde.

A atenção primária integral de qualidade deve ser priorizada e, portanto, requer mais investimentos, pois representa o modo mais eficiente de aplicação de recursos em saúde. Sistemas integrados de saúde em que o médico generalista atua como porta de entrada obrigatória são reconhecidos como menos onerosos e mais aptos para conter a progressão de gastos ambulatoriais.

3.2 Política Nacional de Atenção Básica

A Política Nacional de Atenção Básica (Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011) reconhece a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da atenção básica. Reforça a necessidade de que a expansão desse modelo deve garantir a integração à rede de serviços de saúde municipal, no sentido de organizar o sistema local de saúde, com detalhamento das modalidades de implantação e

incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2012).

De acordo com referida portaria ministerial, atenção básica caracteriza-se, como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde [...]. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011, anexo I).

Dessa forma, podem-se apontar os seguintes fundamentos da atenção básica brasileira, conforme GIOVANELLA *et al.* (2012, p. 526):

- Acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada preferencial do sistema de saúde;
- Efetivação da integralidade em suas várias dimensões, articulando ações programáticas e de atendimento à demanda espontânea, integrando ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e coordenando o cuidado na rede de serviços;
- Desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a longitudinalidade;
- Valorização dos profissionais de saúde por meio de formação e capacitação;
- Realização de avaliação e monitoramento sistemático dos resultados;
- Estímulo à participação popular e controle social.

3.3 Programa de Agentes Comunitários de Saúde

Com a criação do SUS, em 1988, o Estado brasileiro assumiu a responsabilidade pela oferta e pelo financiamento de todos os serviços de saúde pública. Desde então, diversas políticas públicas tem sido implementadas, buscando-se garantir oferta mais eficiente e equitativa de tais serviços.

Segundo o princípio de equidade, o acesso aos serviços de saúde deve ocorrer de acordo com a necessidade de cuidados, independentemente da condição socioeconômica dos usuários.

Em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACs), implantado pela Fundação Nacional de Saúde (FNS), inicialmente nas regiões Norte e Nordeste, em áreas rurais e periurbanas, visava atender a demandas de combate e controle da epidemia do cólera e das demais formas de diarreia, com foco na reidratação oral e na orientação à vacinação (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) recrutados em caráter informal, por processos seletivos locais, se subordinavam às unidades básicas administradas pela fundação e eram supervisionados por enfermeiros. A implementação do Pacs teve caráter emergencial e visou dar suporte à assistência básica onde não houvesse condições de interiorização da assistência médica (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Contudo, diante da incipiente cobertura médico-sanitária naquelas regiões, os agentes foram gradualmente capacitados para outras atribuições, como cadastramento da população, diagnóstico comunitário, identificação de áreas de risco e promoção das ações de proteção à saúde da criança e da mulher – com prioridade, em face da vulnerabilidade desses grupos. Portanto, pela atuação de leigos sem formação prévia na área de saúde e em face do elenco restrito de ações, o PACs correspondia a um programa de atenção primária seletiva, não abrangente (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

A expansão do modelo PACS para outras regiões do país a partir de 1993-94 respondeu a novos objetivos políticos do governo federal. Um deles foi priorizar as áreas periféricas das grandes cidades identificadas como bolsões de pobreza pelo Mapa da Fome, aproveitando-se o impacto positivo nos indicadores de saúde e a possibilidade de se chegar a uma forma descentralizada de operação da política de

saúde, observando-se o funcionamento do programa no Nordeste (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Tal fato exigiu a definição do perfil do ACS e de suas atribuições, além de supervisão especializada, o que condicionou a presença de um profissional da saúde de nível superior, o enfermeiro, na base operacional de todo o processo de trabalho dos agentes. Desse modo, promoveu-se inicialmente uma mudança das práticas/ações de saúde, espacial e técnico-administrativa, ao se desenvolverem ações de saúde extramuros, não mais centradas na figura do médico (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Nos últimos vinte anos, as políticas de atenção primária à saúde no Brasil, com a introdução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a incorporação do ACS à Saúde da Família, promoveram mudança substancial nas práticas sociais em saúde.

A singularidade desse agente se deve especialmente à sua identidade comunitária (ser morador da comunidade onde atua), condição e fator essencial ao exercício da solidariedade social. É profissional genérico, que independe de qualificação específica em Saúde. Seu desempenho se dá pelo papel de mediação social entre a equipe, os usuários e as famílias cadastradas, em favor do exercício da cidadania (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

O trabalho do ACS engloba competências técnicas para atendimento aos indivíduos e famílias, por meio de ações de prevenção de agravos, de monitoramento de grupos ou problemas específicos, e competências políticas para ação comunitária, discutindo a saúde e seus múltiplos determinantes e atuando no sentido da organização da comunidade para enfrentamento desses problemas (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Um grande desafio quanto à formação profissional do ACS está em responder à multifuncionalidade do seu trabalho – que ainda tem ação política frágil ante o potencial do trabalho intersetorial em políticas públicas – e simultaneamente consolidar ações técnicas de acompanhamento de grupos vulneráveis como crianças, idosos ou portadores de agravos específicos como tuberculose ou malária, por meio da visita domiciliar e encaminhamento para o atendimento na Unidade de

Saúde da Família (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Atualmente, o trabalho do ACS não é mais voluntário ou recrutado localmente sem exigências formativas, estando hoje regulamentado por legislações específicas, que visam reduzir a precariedade do trabalho, promover sua inserção por meio de processos seletivos públicos e consolidar um perfil profissional em âmbito nacional (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

3.4 Estratégia da Saúde da Família

Durante a década de 1990, o Ministério da Saúde fortaleceu as ações de caráter preventivo com investimentos em programas de ações básicas como parte da estratégia de reorganização do próprio modelo de Atenção Primária à Saúde, visando especialmente a promoção da saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

A formulação inicial do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil foi estimulada por esses antecedentes e se materializou com a Portaria do Ministério da Saúde nº 692, de 25 de março de 1994. Na primeira fase, o programa foi implementado principalmente em pequenos municípios e guardou o caráter restritivo de APS, com condições de absorver a demanda reprimida de atenção primária, mas com baixa capacidade para garantir a continuidade da atenção (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

O PSF foi incentivado pela Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB SUS 01, de 6 de novembro de 1996), apoiada em deliberação do Conselho Nacional de Saúde, que indicava a retomada da discussão em torno do modelo de atenção a ser construído e a definição de financiamento específico (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

A partir da NOB SUS 01/96, a atenção básica em saúde assumiu a caracterização de primeiro nível de atenção, ou seja, “um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Essa normatização também estabeleceu novo modelo de transferência de recursos financeiros federais para Estados e Municípios: o Piso de Atenção Básica (PAB), com duas variantes – fixo e variável (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

O PAB fixo constitui-se em financiamento que possui base *per capita* para cobertura de atenção básica dos Municípios, ou seja, nessa modalidade de repasse define-se um valor fixo por habitante ao ano, para ser alocado na atenção básica de seus municípios. Cada Município recebe recursos financeiros correspondentes ao número de seus habitantes por meio de transferência do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

O PAB variável é composto por incentivos financeiros para adoção de programas estratégicos, que em 1998 eram o PSF/Pacs, saúde bucal, assistência farmacêutica básica, combate às carências nutricionais, combate a endemias e vigilância sanitária. Tais recursos, portanto, variam conforme a adoção ou não desses programas pelos Municípios, sendo os repasses também fundo a fundo, como no PAB fixo (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

O estímulo ao PSF e à sua adequada implementação passou a ser elemento estratégico permanente para consolidação do SUS. A articulação entre comunidade e serviços de saúde desenvolvida no PSF respaldava a participação popular e cooperava para expressão das necessidades de saúde da população, construindo assim um marco de referência para o exercício do controle social como direito de cidadania (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Segundo Viana e Dal Poz (1998), *apud* GIOVANELLA *et al.*, 2012, um dos propósitos do PSF foi colaborar na organização do SUS em seu processo de municipalização, promovendo a integralidade do atendimento, com estímulo à participação da comunidade por meio da reorganização das práticas de trabalho. Sua implementação justificava-se pela necessidade de se formarem equipes mínimas de saúde nos Municípios em consonância com a prioridade de interiorização do SUS.

Esse programa representou o início do processo de mudança de um modelo assistencial tradicional centrado na doença e no cuidado médico individualizado, curativo, hospitalocêntrico, de baixa resolutividade e alto custo, para um modelo que prioriza a promoção, proteção e manutenção da saúde (FUHRMANN, 2003; LENTSCK *et al.*, 2010; MINISTERIO DA SAÚDE, 2006, *apud* MINAS GERAIS, 2013)

O programa busca então reorientar as práticas de oferta de serviço de saúde para

ações com foco na promoção à saúde, prevenção de agravos e ações curativas, objetivando a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer as possibilidades dos indivíduos de viverem de modo saudável. O atendimento da população deve seguir estratégias estabelecidas no sistema público de saúde brasileiro, orientadas pelos princípios da universalidade, da equidade, da hierarquização e da integralidade da atenção.

O PSF tem papel relevante na prevenção e no acompanhamento constante das famílias, de modo que a visita domiciliar funciona como uma estratégia de grande centralidade dentro do programa. As visitas domiciliares constituem-se em importante ferramenta de conscientização e prevenção para as famílias visitadas e vem ao encontro dos princípios e fundamentos da Atenção Básica no Brasil. Nessa linha, o sistema público de saúde brasileiro deve ser orientado pelos seguintes princípios: universalidade, equidade, hierarquização e integralidade da atenção. Além desses, segundo o Ministério da Saúde, outros cinco princípios regem especificamente o Programa Saúde da Família (2011, p. 3, *apud* MINAS GERAIS, 2013), a saber:

- a. Atuar em um território adstrito com foco no planejamento de ações, sobre os determinantes de saúde, garantindo o princípio da equidade;
- b. Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade que sejam resolutivos, caracterizados como a porta de entrada ao sistema de saúde;
- c. Adscriver usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- d. Coordenar a integralidade do cuidado, em seus vários aspectos;
- e. Estimular a participação dos usuários, de forma a ampliar sua autonomia e capacidade, na construção do cuidado à sua saúde e da coletividade do território.

Dessa forma, a organização em unidades de Saúde da Família, como modelo de assistência, vai além da prestação de assistência médica individual e deve variar segundo os problemas identificados na área de implantação, agindo na proteção e na promoção da saúde dos indivíduos, dos membros de uma família, sadios ou doentes, de forma integral e contínua.

Em tese, dando prioridade aos grupos mais expostos aos riscos de adoecer e

morrer, o Ministério da Saúde, com a experiência do PACs/PSF, propôs-se a atuar na esfera da equidade, promovendo-se novo modelo de Atenção Primária, com ênfase na construção de um sistema de saúde voltado para a qualidade de vida dos grupos excluídos, permitindo-lhes o acesso aos serviços de saúde locais.

De fato, uma análise da concepção brasileira da Saúde da Família evidencia a articulação de noções e conceitos provindos de distintas disciplinas do campo da Saúde Pública e Coletiva, que se traduzem em princípios e diretrizes operacionais que buscam conformar um modelo de atenção pautado pela organização sistêmica dos serviços (complementariedade e hierarquização), pelo caráter multiprofissional das equipes de trabalho, pela utilização da informação epidemiológica para o planejamento e programação das ações de saúde, bem como pela busca de integralidade das práticas (promoção, proteção e recuperação) no âmbito da Atenção Primária, conforme Teixeira e Solla (2006, p. 63).

Todavia, ainda se mantinha características de uma APS seletiva, pois o PSF inicialmente foi implantado como programa focalizado em populações muito pobres, com cesta restrita de serviços e baixa articulação com o restante da rede assistencial. Posteriormente, a adoção da Saúde da Família como estratégia deu à APS no Brasil um caráter mais abrangente, como modelo para a atenção básica do SUS, que deve estar articulada aos demais níveis e orientar a reestruturação do sistema (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Com o termo Estratégia, a Saúde da Família foi explicitada em documento do Ministério da Saúde em 1997, intitulado Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, passando a ser entendida como:

[...] estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados [...]. Propõe-se a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (BRASIL, 1997, p. 9).

Nessa lógica, o PSF possibilitou às experiências municipais ampliar a cobertura e melhorar os indicadores de saúde, ao valorizar as ações de promoção e proteção integral e contínua da saúde, com vistas a transformar gradualmente as práticas sociais em saúde.

A concepção de atenção primária da Estratégia Saúde da Família preconiza equipe de caráter multiprofissional que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área.

Pretende-se que a Unidade de Saúde da Família constitua a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde local e o primeiro nível de atenção resolutivo, integrado à rede de serviços mais complexos. Recomenda-se que cada equipe – composta por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde – fique responsável por três a quatro mil pessoas (aproximadamente mil famílias) residentes em área geográfica delimitada. Essa equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas aos problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da Atenção Básica (BRASIL, 2011).

A ESF deve estabelecer responsabilidades entre o Estado e a população, sendo a família e a unidade domiciliar o foco central das políticas públicas de saúde. Tais políticas devem abranger a atenção básica, desde o recém-nascido até o indivíduo idoso, considerados saudáveis ou doentes, no âmbito familiar (BRASIL, 1997, *apud* MINAS GERAIS, 2013).

As equipes da ESF devem ser capazes de detectar rapidamente sintomas de doenças e direcionar cada caso ao cuidado específico. Ademais, devem ser promovidas atividades de promoção à saúde e prevenção de agravos, tais como incentivo à vacinação de crianças, acompanhamento de pré-natal para as mulheres grávidas, cuidados especiais aos portadores de diabetes e de pessoas com problemas coronarianos ou hipertensas. Também devem ser realizadas orientações a respeito de higienização pessoal e da residência dos usuários, na tentativa de evitar doenças infecciosas e a proliferação de agentes transmissores de bactérias ou vírus (ROCHA; SOARES, 2008, *apud* MINAS GERAIS, 2013).

Portanto, para fins de planejamento das atividades, deve ser definida uma programação ou uma agenda da equipe que contemple o atendimento de todas as

ações previstas pela ESF. Esta definição deveria ficar a critério da própria equipe, que distribuiria as atividades de atendimento à demanda espontânea, grupos de acompanhamento de pacientes crônicos, visitas domiciliares, reuniões de equipe, atendimento programado às crianças, mulheres, gestantes e idosos, dentre outras.

Apesar de a programação dever ficar sob a responsabilidade das equipes, a gerência tem o papel de dar orientações gerais sobre as atividades desenvolvidas, especialmente quando há algum problema no seu andamento, e articular o trabalho das equipes com os outros profissionais e as outras áreas da unidade de saúde.

Ainda sobre o papel da gerência na UBS, destaca-se a influência de sua atuação na condução do trabalho das equipes e dos profissionais, no sentido de exigir a realização das atividades estabelecidas pela proposta da ESF. Dessa forma, a coordenação da unidade interfere no cumprimento do programa, conforme suas diretrizes, na própria área de abrangência. Além disso, sua atuação também abrange o gerenciamento de recursos físicos, como uso de salas, consultórios e carro para visitas (quando existe).

A prática médica desenvolvida na ESF, por sua vez, é um dos mais importantes componentes desse modelo. A mudança de paradigma ocorrida na saúde, com um novo modelo centrado na Atenção Primária balizada pelos princípios da ESF, implica em adoção de uma prática diferenciada por parte dos médicos.

Para Capozzolo (2003), *apud* Rodrigues e Barbosa (2009), o trabalho médico na ESF possui uma especificidade que decorre tanto das características da demanda quanto da finalidade do trabalho nesses serviços. Segundo a autora, deve ser uma prática incorporadora de outros saberes, articulada com outras atividades e trabalhos, para responder às necessidades de saúde, tanto individuais quanto coletivas.

Menezes, Rocha e Trad (2005), *apud* Rodrigues e Barbosa (2009), afirmam que aos velhos saberes, como a clínica e a obstetrícia, agregam-se outros novos, como o planejamento, a epidemiologia e a educação em saúde, tudo voltado a priorizar a dimensão coletiva da saúde pública.

Campos (1996) e Capozzolo (2003), *apud* Rodrigues e Barbosa (2009), definem o conceito de clínica ampliada como a prática necessária nesses serviços, que

consiste em abordar e intervir nos aspectos biológicos, subjetivos e sociais do sujeito enfermo, ou com possibilidades de adoecer, e também no coletivo (grupos sociais, famílias e instituições). Inclui, assim, além da doença, o sujeito e seu contexto, bem como a responsabilização com a saúde individual e também coletiva. Portanto, a prática de uma clínica ampliada implica:

[...] incorporar outros saberes e recursos tecnológicos no processo diagnóstico-terapêutico, ampliar os meios, as ações terapêuticas, trabalhar em equipe. Utilizar-se assim de várias técnicas, da educação em saúde, de atividades de grupo, de visitas domiciliares, projetos de intervenção em outras instituições (escolas, creches) e no território [...] uma prática ampliada exige competência dos profissionais em lidar com esse vínculo, com os aspectos relacionais que ocorrem no momento do encontro com o usuário.

Por consequência, nesse modelo de atenção, exigir-se-á do profissional de saúde (notadamente os médicos), um rearranjo de práticas e objetos de trabalho, a partir da incorporação de novos conhecimentos, atitudes e habilidades (RODRIGUES; BARBOSA, 2009, p. 67).

3.5 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Tendo em vista a dificuldade de implementar a ESF nos grandes centros urbanos, o Ministério da Saúde (MS) vem concentrando esforços, desde 2000, para induzir a expansão do referido programa em regiões de aglomerados urbanos.

Em Minas Gerais, a cobertura populacional da ESF cresceu de 26,02% para 66,04%, considerando-se o período de 2001 a 2010, segundo auditoria operacional do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais.

Em termos gerais, no Brasil, a cobertura populacional da ESF cresceu de 17,65% para 62,37%, considerando-se o período de 2001 a 2014, segundo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Com efeito, para ampliar a resolutividade das equipes de Saúde da Família, desde 2008, o Ministério da Saúde vem incentivando financeiramente os municípios para criação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em parceria com os profissionais das ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade destes (apoio matricial), visando assegurar retaguarda especializada a tais equipes. Tem como eixos a responsabilização, gestão compartilhada e o apoio à coordenação do

cuidado que se pretende com a Estratégia da Saúde da Família.

O NASF compõe-se de nove áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais, práticas integrativas e complementares, reabilitação, alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, saúde da criança/adolescente/jovem, saúde da mulher e assistência farmacêutica.

O efetivo apoio matricial na atenção básica depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os integrantes da equipe responsável pela atenção e os especialistas (médicos e outras profissões) que oferecem tal apoio. Essas diretrizes clínicas devem prever critérios para acionar o apoio dos especialistas e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de atenção básica, quanto dos apoiadores matriciais. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar aos mecanismos de referência, contrarreferência e regulação, numa lógica de estrutura hierarquizada do sistema.

Na abordagem em apoio matricial, concebe-se que a relação entre sujeitos com saberes, valores e papéis distintos – os especialistas e a equipe de Saúde da Família – deve ocorrer de maneira horizontal, dialógica, não hierárquica. O apoiador matricial é um especialista que pode agregar recursos de saber e contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde pela equipe de Saúde da Família.

O apoio matricial se realiza principalmente por meio de contato direto entre a equipe de atenção básica e os apoiadores em encontros periódicos e regulares, para discutir casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe, visando elaborar projetos terapêuticos e acordar linhas de intervenção para os vários profissionais envolvidos.

3.6 Desafios para a Estratégia da Saúde da Família

A partir da concepção da Política Nacional de Atenção Básica pelo Ministério da Saúde, ampliou-se o escopo da Atenção Primária brasileira, incorporando-se os atributos de uma atenção à saúde abrangente, como frisado anteriormente.

A Saúde da Família torna-se a estratégia prioritária e permanente para a organização da Atenção Primária e do sistema local de saúde. Assim, o novo

modelo brasileiro de Atenção Básica visa incorporar outros elementos, com centralidade na família e direcionamento para a comunidade.

Ao ser assumido como estratégia, a Saúde da Família difunde uma perspectiva inovadora para a Atenção Primária no país, voltada para a família e a comunidade, que tem potencialidades para desencadear mudanças no modelo assistencial e efetivar o direito à saúde no cotidiano dos cidadãos.

Inicialmente, a consolidação da Estratégia da Saúde da Família depende do incremento de incentivos financeiros federais e da efetiva contribuição financeira dos Estados.

Igualmente, esse modelo de atenção depende da adequada gestão de recursos humanos na saúde, que viabilize, notadamente, a profissionalização dos agentes comunitários de saúde; a fixação dos profissionais da saúde, proporcionando-lhes satisfação no trabalho; políticas de formação profissional e de educação permanente adequadas ao desenvolvimento das atividades específicas desse modelo de atenção primária à saúde; e iniciativas locais competentes e criativas para enfrentar a diversidade existente no país (RODRIGUES; BARBOSA, 2009).

Deve haver perfeita interação entre os médicos das equipes e os médicos de apoio no desenvolvimento das atividades. Os médicos da ESF deveriam ter acesso a especialistas nas clínicas básicas, para referenciar os casos mais complexos que a equipe não pudesse resolver, ou, ainda, os casos mais agudos. Nesse ponto, destaca-se a distância entre a situação ideal e o que ocorre na prática (RODRIGUES; BARBOSA, 2009).

Os médicos de apoio acabam atendendo aqueles pacientes que excederam a demanda da equipe, independentemente de suas queixas, conforme se verificou em pesquisa de campo e entrevistas a médicos que atuam na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte/MG. Geralmente, há atendimentos convencionais de consultas pelos médicos especialistas, nos casos mais agudos (RODRIGUES; BARBOSA, 2009).

Os especialistas deveriam atuar de forma mais próxima e mais aliada ao trabalho da equipe, inclusive orientando, ensinando os generalistas os procedimentos específicos de sua especialidade, no sentido de melhorar o atendimento, mas, no

entanto, há pouca interação dos especialistas com o planejamento das equipes, conforme trabalho de campo acima referido (RODRIGUES; BARBOSA, 2009).

Outro ponto negativo destacado pelos profissionais médicos atuantes na APS de Belo Horizonte/MG foi a dificuldade em mudar o modelo curativo de prestação dos serviços. Ressaltaram que ainda necessitam permanecer realizando consultas a maior parte do tempo, ficando mais difícil realizar as atividades de prevenção e acompanhamento que a ESF exige, o que impede a efetiva prática do programa (RODRIGUES; BARBOSA, 2009).

Impõe-se, portanto, adoção de política pública educativa de saúde, com orientação da população ao cuidado da saúde e não da doença, investimento na prevenção, profilaxia, enfim, buscar uma mudança cultural dessa visão. Assevera-se ainda a questão social, notadamente quanto aos hábitos de vida e ambiente onde se insere o usuário, que também dependem de mudança de postura pessoal e/ou institucional.

Nessa esteira, pode-se afirmar que os recursos humanos em saúde constituem, reconhecidamente, um dos principais desafios ao processo de implementação do SUS brasileiro. A política de RH deve ser considerada prioritária para consecução de um sistema de saúde democrático, equitativo e eficiente, visando assegurar o cumprimento das diretrizes do SUS (RODRIGUES; BARBOSA, 2009).

A saúde, especificamente, não acompanhou a evolução observada nas organizações industriais, no que tange à importância da incorporação de novas práticas de Gestão de Recursos Humanos (GRH). Diante de uma situação marcada pela heterogeneidade e precariedade de vínculos de trabalho, pela necessidade de reformulação do processo de formação e capacitação, pela existência de um cenário de reorganização do modelo de saúde e pelo imperativo de atrair e fixar profissionais em áreas carentes, esse elemento emerge como aspecto de extrema relevância para alcance e qualidade do modelo assistencial proposto (RODRIGUES; BARBOSA, 2009).

A formação oferecida pelas escolas médicas parece ainda estar distante do modelo de saúde proposto pela ESF, sendo ainda tradicionalmente organizada segundo disciplinas desarticuladas, ciclos básico e clínico separados, centrada na doença e no atendimento hospitalar, contrariamente ao modelo de assistência voltado à

proteção e promoção da saúde (PADILHA, 2002, SEIXAS *et al.*, 2002, *apud* RODRIGUES; BARBOSA, 2009).

Seixas e Stella (2002), *apud* Rodrigues e Barbosa (2009, p. 29), destacam também:

[...] a formação médica pós-graduada [...] se volta prioritariamente para especialidades e subespecialidades, habilitadas para ações de média e alta complexidade. Tal tendência tem sustentado a grande carência de profissionais capacitados a solucionar não só problemas, mas também a desenvolver ações voltadas à proteção e à promoção da saúde.

Como na formação dos médicos, os conhecimentos da saúde pública são tocados de forma marginal, não há contribuição para o desenvolvimento de habilidades requisitadas para o trabalho na ESF. Dessa forma, torna-se necessário aprender a trabalhar sob outra ótica, com os critérios de territorialização, enfoque epidemiológico e população adscrita (RODRIGUES; BARBOSA, 2009).

Essas questões estão presentes no Brasil de modo muito acentuado, pois não há tradição de formação de generalistas nas escolas médicas, além de ser baixo o reconhecimento dos profissionais de atenção primária pelos médicos especialistas.

Somente em 2002, a medicina de família e comunidade foi reconhecida como especialidade pelo Conselho Federal de Medicina, fomentando-se a abertura de cursos de residência. A residência em medicina de família e comunidade, destinada a formar médicos especialistas em atenção primária, com enfoque comunitário, iniciou um novo modelo de residência médica, cujo local de atuação foge ao modelo tradicional localizado no hospital (RODRIGUES; BARBOSA, 2009).

Essa estratégia como forma de qualificação e especialização dos profissionais de saúde vem se estendendo para as demais profissões de saúde, em cursos de especialização nos moldes de residência, com o objetivo de qualificar os profissionais para trabalharem na ESF, conforme as necessidades e realidades locais e regionais. Com essa formação, busca-se ampliar a adesão dos profissionais à ESF, tornando sua atuação mais adequada às competências e habilidades necessárias à reorganização da Atenção Primária à Saúde (RODRIGUES; BARBOSA, 2009).

Essa divergência entre as características do perfil do profissional médico e o que é

esperado dele, tendo em vista o modelo da ESF, gera um descompasso entre as expectativas do profissional em relação ao trabalho e as dos gestores em relação ao desempenho dos médicos. A essa incompatibilidade, podemos ainda somar problema da desigualdade de distribuição dos profissionais médicos no Brasil, mais concentrados na região Sudeste e nas Capitais do país (RODRIGUES; BARBOSA, 2009).

Quanto à capacitação, destaca-se sua importância para implemento desse modelo de atenção à saúde, pelo fato do médico precisar estar apto a prestar atendimento a pacientes em diferentes faixas etárias e com problemas de naturezas diversas.

Por outro lado, existem barreiras que dificultam o acesso desses profissionais a esse tipo de atividade, tais como escassez de médicos, que impede que os profissionais possam deixar a unidade por certo período; falta de publicidade adequada quanto à divulgação de cursos de capacitação; falta de cumprimento de carga horária por parte considerável dos profissionais médicos; e, principalmente, volume de demandas da unidade, que força o profissional a priorizar o atendimento (consultas na unidade básica de saúde), em detrimento das atividades voltadas à formação e capacitação.

Estudos sobre o tema da gestão de trabalho na Estratégia Saúde da Família evidenciam esforços dos gestores da saúde para regularização dos vínculos trabalhistas, como, por exemplo, realização de concursos públicos, valorização do processo de qualificação dos trabalhadores, estímulos para aumento do tempo de permanência dos profissionais nas equipes, adoção de mecanismos de remuneração mais adequados por categoria e de compensações por atuação em áreas de risco (MENDONÇA et al., 2010, *apud* GIOVANELLA et al., 2012).

Nesse sentido, um dos principais fatores responsáveis pela alta rotatividade dos profissionais de saúde que atuam nas equipes da ESF é justamente a precarização do trabalho, pela utilização de contratos temporários de trabalho (principalmente para médicos), a caracterizar instabilidade do vínculo com o serviço público e perdas de garantias trabalhistas e, conseqüentemente, insegurança para o profissional de saúde.

Por ser tratar de atividade permanente da administração pública, como estratégia

adotada para atenção primária à saúde, impõe-se a criação por leis municipais dos respectivos cargos públicos que compõem as equipes da ESF, cujo provimento deve ocorrer por meio de concursos públicos, como garantia mínima à estabilidade no cargo e consolidação da estratégia, em vista da possibilidade de fortalecimento de vínculos entre médico e população.

Soma-se a isso, em geral, a remuneração aquém das expectativas, precárias condições de trabalho, exigência de carga horária integral, baixa oportunidade de progressão profissional, reduzido comprometimento dos profissionais de saúde e ausência de formação prévia compatível com o modelo proposto pela Estratégia da Saúde da Família.

Por sua vez, a demanda excessiva é o fator que os médicos consideram como mais impactante na organização do trabalho nos moldes da ESF, causando interferência na articulação de sua atuação com os médicos de apoio, por impedir a realização plena de todos os tipos de atividades e por reduzir a disponibilidade da equipe para as atividades programadas, essenciais para o cumprimento dos objetivos desse modelo de atenção à saúde, conforme constatado em entrevistas com profissionais de saúde atuantes em Belo Horizonte/MG (RODRIGUES; BARBOSA, 2009).

Quanto às causas de excesso de demanda, os médicos ainda apontaram no referido trabalho de campo: definição de um número de famílias por equipe maior do que o preconizado pelo Ministério da Saúde; postura da população, voltada ainda para o modelo curativo de oferta de serviços; aumento de pacientes da classe média que estão usando o serviço da unidade básica de saúde; e relativo número de consultas de urgências (casos agudos) (RODRIGUES; BARBOSA, 2009).

A expansão da estratégia não foi acompanhada pela ampliação das equipes e pelo respectivo redimensionamento dos postos de atendimentos (geralmente centros de saúde). Ademais, há diuturna ocorrência de equipes incompletas, seja em razão da eventual escassez do profissional (ou mesmo falta de interesse de algumas categorias médicas) e pela falta de política adequada de recursos humanos, a nível central, para substituição de servidores municipais, uma vez que, em afastamentos temporários, os profissionais de outras equipes são obrigados a assumir tal responsabilidade.

Acrescenta-se que a demanda excessiva por atividades de pronto-atendimento é considerada como obstáculo para prática efetiva da ESF, por reduzir o tempo para realização dos grupos, das visitas domiciliares e demais ações preventivas, de vigilância, educacionais e de integração com a equipe.

Em certas situações, a atuação próxima à comunidade revela problemas que fogem ao âmbito da saúde e passam por questões de condição social e econômica das famílias. Destarte, o efetivo resultado das ações de saúde da ESF depende do implemento de ações intersetoriais, notadamente, com o campo da assistência social.

Igualmente, há um grande desafio para os gestores em qualificar tecnicamente o núcleo dos profissionais integrantes das equipes de Saúde da Família de forma permanente, na medida em que se trata de alterar as formas tradicionais de educação já consolidadas. O exercício do papel de condutor da assistência pelo generalista requer maior profissionalização do trabalho gerencial do cuidado e qualificação para as novas funções, buscando-se equilíbrio adequado entre as funções clínicas e gerenciais (RODRIGUES; BARBOSA, 2009).

Vale também ressaltar uma tendência à “burocratização” do processo de gerenciamento das equipes da Estratégia da Saúde da Família, em face da sobrecarga de formulários, planilhas e outros instrumentos a serem elaborados, visando subsidiar o planejamento, programação, supervisão, controle e avaliação das ações do programa, bem como estatísticas do próprio setor público (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Ainda em relação ao processo de trabalho dos profissionais de saúde, acrescenta-se questão relativa ao horário de funcionamento das unidades básicas de saúde. Deve-se pensar em políticas públicas que estimulem o funcionamento em horário ampliado dessas unidades (ainda que de forma alternada), visando aumento do acesso a serviços da Atenção Primária à Saúde e, em contrapartida, menor impacto nos atendimentos prestados pelos serviços de urgência e emergência, já sobrecarregados com demandas desta natureza.

Pensar em unidades básicas de saúde que só funcionem apenas em turno diurno significa restringir o acesso de boa parte da população aos serviços de promoção à

saúde, notadamente, em razão da incompatibilidade de horários daqueles usuários que exercem atividade laborativa regular.

A estruturação de um sistema de referência e contrarreferência adequado é outro fator recorrente na pesquisa de campo já referida, sendo colocado como obstáculo a uma prática resolutiva (MACHADO, 2002 e SEIXAS, 2006, *apud* RODRIGUES; BARBOSA, 2009).

Com relação à estrutura da rede municipal de Belo Horizonte/MG, os médicos entrevistados destacaram, ainda, a dificuldade de encaminhar pacientes para atendimentos de urgência. Alegaram que as unidades de urgência/emergência, muitas vezes, não recebem os pacientes, mas a UBS deve recebê-los, sem contar com estrutura adequada para esta finalidade (RODRIGUES; BARBOSA, 2009).

Outro fator determinante para o profissional de saúde em atuação na ESF diz respeito à localização da unidade de saúde. A localização se associa a outras questões como a violência na região e o tempo gasto para se chegar ao trabalho (RODRIGUES; BARBOSA, 2009).

A violência da região está associada, além do risco existente fora do âmbito do trabalho, à postura da própria população adscrita em relação ao atendimento dos profissionais de saúde da UBS, em face de históricos de ações de ameaças e agressão a que estão sujeitos, em áreas de risco elevado (RODRIGUES; BARBOSA, 2009).

Outro ponto a ser superado diz respeito à estruturação tecnológica, visando o pleno funcionamento de sistemas de informação clínicos nas unidades básicas de saúde, compartilhamento de informações de prontuários médicos de usuários atendidos em outros pontos de atenção, serviços de telemedicina, entre outros.

As evidências internacionais indicam que um modelo efetivo e de qualidade de cuidados primários exige sistemas de informações clínicas bem estruturados, com base em prontuários clínicos, utilizado isoladamente, ou como parte de um registro eletrônico em saúde. Há evidências de que não é possível prestar cuidados efetivos, eficientes e de qualidade sem sistemas potentes de informação clínica (MENDES, 2012).

Outro desafio crucial para implementação de uma Atenção Primária integral em nosso país seria o desenvolvimento de ações comunitárias e a mediação de ações intersetoriais para responder aos determinantes sociais, visando dar subsídios para a promoção à saúde da população.

A ação comunitária das equipes de Saúde da Família, em especial as ações de mobilização social dos ACS, com identificação dos principais problemas no território e o chamamento das diversas organizações e serviços sociais para a ação conjunta, buscando articulação de todos os setores de políticas públicas, seria crucial para o enfrentamento de determinantes sociais da saúde. Sua efetivação deveria ser fortalecida por uma atuação proativa do Executivo Municipal, para enfrentamento articulado dos problemas sociais nos territórios.

Lado outro, apesar da adoção do PSF e da predominância das doenças crônicas no quadro sanitário do país, o modelo de sistema de saúde vigente ainda é voltado para a atenção a condições agudas (MENDES, 2002). Sabidamente, o modelo direcionado para intervenção nas condições agudas não é capaz de sustentar resultados sanitários satisfatórios quando tem de lidar com condições crônicas (OMS, 2003, *apud* MINAS GERAIS, 2013).

Além disso, há uma percepção equivocada de que a APS é uma prática de cuidado simples e de baixa complexidade, que pode ser ofertada em condições mínimas. Tal fato não se sustenta quando comparado à resolubilidade de questões de saúde com as quais uma equipe de saúde da família está apta a lidar, sendo capaz de resolver até 80% (oitenta por cento) da demanda que recebe.

Pesa ainda o lapso no entendimento da ESF como uma estratégia norteadora do sistema de saúde como um todo, bem como organizadora dos fluxos de usuários ao longo das instâncias do sistema de saúde, e não apenas como um serviço de saúde marcado pela atenção pontual (MINAS GERAIS, 2013).

Igualmente, o subfinanciamento do setor público de saúde é bem conhecido pelos diferentes atores sociais envolvidos no processo de construção do SUS, como fator impeditivo do cumprimento dos preceitos constitucionais de acesso universal e de atendimento integral. Isso não só porque o Brasil não gasta o mínimo suficiente, mas também porque é inexorável a tendência de crescimento das necessidades de

recursos, em razão da combinação de elementos como aspectos demográficos (contingente populacional e envelhecimento da população) e velocidade com que novas tecnologias são incorporadas ao arsenal terapêutico e de diagnose (BRASIL, 2007, *apud* MINAS GERAIS, 2013).

Manter subfinanciada a Atenção Primária à Saúde é, ademais, política pouco inteligente, porque as deficiências qualitativas dessa atenção vão implicar internações indevidas, por condições sensíveis à atenção ambulatorial, e repercutirão na alimentação de uma parte significativa de procedimentos de alto custo, que poderiam ser evitados por uma Atenção Primária eficaz. Ou seja, manter a atenção primária à saúde subfinanciada é política suicida porque equivale a uma política de enxugar gelo (MENDES, 2002).

Outro ponto suscitado em trabalho de campo já mencionado, realizado em equipes da ESF de Belo Horizonte/MG, diz respeito a questões estruturais. O suporte de uma equipe da Saúde da Família depende de infraestrutura física ampla e funcional. A ambiência física é um fator essencial para uma Atenção à Saúde feita segundo princípios de humanização do cuidado (RODRIGUES; BARBOSA, 2009).

A insuficiência do espaço físico das UBS é recorrente, tendo em vista o número de usuários que são atendidos diariamente, além do número reduzido de consultórios (que às vezes são utilizados em forma de rodízio) e a inadequação da estrutura da unidade para o atendimento ao público, considerando-se a lógica da ESF.

A superação desse obstáculo há de passar pela concepção estratégica da Atenção Primária à Saúde e incorporação dessa lógica ao desenho arquitetônico das unidades básicas de saúde, com padronização de equipamentos e materiais permanentes, sendo indispensável a intervenção do Ministério da Saúde, para definição de projetos padronizados e criação de incentivos financeiros para tanto.

A falta de medicamentos (principalmente componentes básicos), materiais de consumo e veículos, para que a equipe faça visitas domiciliares regulares, surgem, igualmente, como aspectos desfavoráveis em relação às condições de trabalho (RODRIGUES; BARBOSA, 2009).

Na prática, verificam-se também deficiências do sistema de apoio diagnóstico, notadamente, carência de suporte de exames de patologia clínica e de imagens,

oportunos e de qualidade, para o funcionamento regular das equipes da ESF e a continuidade do cuidado.

Todos esses obstáculos à implementação efetiva da Estratégia da Saúde da Família repercutem, geralmente, em baixa resolutividade da Atenção Primária em nosso país, a interferir, inclusive, no próprio planejamento das políticas públicas de saúde.

Esses desafios perfazem um conjunto de problemas que não foram devidamente equacionados e formam, assim, um panorama de perspectivas negativas para o modelo pretendido, notadamente, quanto à questão envolvendo gestão de recursos humanos.

O conjunto das dificuldades ora apresentadas indicam permanente tensão entre o projeto idealizado e a realidade. Para solucionar tal descompasso, são propostos três grupos de sugestão: reafirmação da necessidade de resgate da filosofia da proposta, associada à expansão do número de equipes; melhor financiamento, organização e planejamento das atividades, com melhoria da seleção dos profissionais e estabelecimento de práticas; e sensibilização da população quanto ao programa e seus princípios (SEIXAS, 2006, *apud* RODRIGUES; BARBOSA, 2009).

Consigna-se que desde a criação do Programa Saúde da Família pelo Ministério da Saúde, tem sido meta da maioria dos gestores (União, Estados e Municípios) ampliar a cobertura populacional da Estratégia da Saúde da Família, como já demonstrado nas referências aos percentuais do Brasil e do Estado de Minas Gerais.

Lado outro, algumas abordagens foram utilizadas pelo Ministério da Saúde, para superação dos desafios inerentes à expansão qualitativa de tal programa. Entre elas, podemos citar o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família I e II, a definição do Piso da Atenção Básica (PAB) e o Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Grande parte dessas iniciativas buscou produzir evidências sobre os desafios para a consolidação da Estratégia da Saúde da Família, por meio de estudos diagnósticos feitos em parceria com universidades e centros de pesquisa em saúde, de maneira a subsidiar decisões com base em tais constatações.

Houve também tentativas no sentido de promover mudança na formação e fixação

de profissionais médicos em regiões fora dos grandes centros urbanos. Tais iniciativas se expressaram, por exemplo, no Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas (PROMED), Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e, mais recentemente, o Programa Mais Médicos.

Igualmente, algumas respostas são apresentadas pelos gestores municipais de saúde, quanto à questão dos recursos humanos, e efetivadas localmente, tais como equiparação do salário dos médicos especialistas em medicina de família e comunidade com os demais especialistas médicos atuantes nos serviços secundários; estabelecimento de incentivos/complementação salarial para os profissionais das equipes de Saúde da Família, escalonados segundo critérios de risco e vulnerabilidade das comunidades atendidas; diminuição de carga horária, promoção de condições de trabalho adequadas ao desempenho das funções, como por exemplo, melhor organização, dependências físicas confortáveis e limpas, material apropriado e disponível, segurança física e ambiental.

Enfim, a melhoria das condições objetivas de trabalho, tais como salários, incentivos financeiros, infraestrutura, disponibilidade de materiais, medicamentos e insumos, carga horária flexível, sistema eficiente de referência e contrarreferência, autonomia das equipes e apoio gerencial são, entre outros, essenciais para a eficiência do trabalho dos profissionais de saúde no âmbito da ESF.

Naylor, 2002, *apud* MINAS GERAIS, 2013, destaca que o debate sobre avaliação em saúde ao longo dos últimos 30 (trinta) anos se debruçou principalmente sobre a análise de custo-efetividade. Esse autor enfatiza, então, a necessidade de se considerar os sistemas de saúde de forma mais ampla, já que estes são afetados por fatores econômicos, educacionais e pelas desigualdades sociais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos existentes sobre a Estratégia de Saúde da Família preocupam-se em avaliar o impacto do programa nos indicadores de saúde, em especial, mortalidade infantil e geral, acesso a outros serviços e diminuição de internações evitáveis.

Não existem ainda estudos que avaliem a ESF como um instrumento na redução das desigualdades. Por sua vez, essa estratégia é uma ferramenta poderosa para

garantir o acesso aos cuidados em saúde, especialmente para a população mais pobre e sem cobertura privada de saúde.

Todavia, ainda há pouco espaço para se trabalhar com promoção e prevenção à saúde em nosso país, não obstante existam grupos permanentes de acompanhamentos de pacientes crônicos na Atenção Primária à Saúde (como, por exemplo, para hipertensão e diabetes). A medicina continua muito curativa, muito individual, centrada na doença. A população, a gerência da unidade e a própria gestão pública exigem do profissional médico a realização de consultas quase que em tempo integral.

Ademais, as ações de vigilância em saúde, mesmo em uma concepção restrita, limitada à vigilância ambiental, vigilância sanitária ou vigilância epidemiológica sobre doenças e agravos prioritários, ainda são desenvolvidas de modo muito incipiente pela maioria das equipes da ESF.

Outro aspecto é a necessidade da população ser educada de forma a ter consciência do que significa a proposta da estratégia e de que sua postura em relação à própria saúde é crucial para os resultados da ESF.

As pessoas costumam dar maior valor à medicalização para tratamento das doenças às orientações de promoção (educação) e prevenção à saúde. A esse fato devem-se somar as precárias condições de vida (sociais e econômicas) de grande parte da população, a dificultar a corresponsabilização pela própria saúde.

Para se superar esse processo de medicalização, deve ser promovido o redirecionamento da Atenção à Saúde, adotando-se ética voltada ao acolhimento e estabelecimento de vínculos, de responsabilização compartilhada entre profissionais e usuários. Essa é a linha da denominada humanização do atendimento, a partir de um processo de *empowerment*, que introduza as questões da promoção da saúde, paralelamente, no campo da saúde coletiva e no seio da própria prática médica.

Ao lado disso, é necessário efetivo diálogo entre as práticas da Estratégia da Saúde da Família e as ações de vigilância em saúde, mediante requalificação profissional, para formação de competências capazes de avaliar permanentemente as situações de saúde e execução de práticas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica, voltadas a determinantes, riscos e agravos prioritários nos diversos grupos da

população coberta pela ESF.

Ademais, deveriam os profissionais da ESF atuar sobre determinantes das condições de saúde, o que implica em envolver a população na identificação e compreensão dos seus problemas e necessidades de saúde, de modo a subsidiar o planejamento e adoção das práticas culturais, sociais, econômicas e de saúde, voltadas à superação das questões e atendimento das necessidades dos usuários.

Somente a reorganização do Sistema Único de Saúde, orientada por uma Atenção Primária à Saúde abrangente, efetivamente integrada a uma rede de serviços, e com foco no enfrentamento de determinantes sociais, abrirá uma perspectiva para a redução das desigualdades sociais e regionais no acesso e na utilização de serviços de saúde em nosso país.

Deve-se destacar o importante papel do gerenciamento de pessoas, que envolve, dentre outras ações, atrair e reter profissionais comprometidos ao bom funcionamento da Atenção Primária à Saúde na lógica dos princípios idealizadores da Estratégia Saúde da Família.

Mas há que se agregar à gestão da saúde elementos de natureza política, econômica e social, para se viabilizar o sistema de saúde público brasileiro.

A atuação intersetorial é condição para que a Atenção Primária não se restrinja ao primeiro nível de atenção e contemple não apenas aspectos biológicos, mas também psicológicos e principalmente sociais, incidindo-se, portanto, sobre demandas coletivas, voltadas à promoção da saúde e atuação nos diversos determinantes do processo saúde-enfermidade.

O modelo atribuído à Estratégia da Saúde da Família busca superar a fragmentação das políticas públicas e deve ser entendido como a interação entre diversos setores no planejamento, na execução e no monitoramento de intervenções, para enfrentar problemas complexos e necessidades de grupos populacionais, na lógica da saúde coletiva.

A construção de uma APS abrangente exige, portanto, além da prestação adequada de serviços de saúde, ações intersetoriais em resposta aos determinantes sociais, voltados à promoção da saúde. A saúde da população é inseparável do

desenvolvimento econômico e social, estando diretamente relacionada às condições de vida e trabalho das pessoas, do acesso à renda, educação, lazer, alimentação saudável, moradia, transporte etc. Para enfrentar estes determinantes sociais dos processos saúde-doença, é necessária articulação de todos os setores de políticas públicas em uma ação conjunta intersetorial.

A atual prática da Estratégia da Saúde da Família está contaminada por uma cultura prevalente entre parte dos gestores e profissionais da saúde, assim como parte da população, pois estabelecida uma atenção médica voltada para as condições agudas e por estarem as ações programáticas mais direcionadas às condições crônicas.

Nesse sentido, torna-se imprescindível efetivo comprometimento dos três níveis de governo (União, Estados e Municípios), por meio de ações coordenadas, porque, se a oferta dos serviços de Atenção Básica é responsabilidade inequívoca dos Municípios, as condições para que essa oferta se dê, com oportunidade e qualidade, dever ser assumida solidariamente pelos governos federal, estaduais e municipais, com desenvolvimento de instrumentos de monitoramento, avaliação e indução de planejamentos eficazes para Atenção Primária à Saúde.

Há possibilidade de expansão e qualificação da Atenção Primária à Saúde por meio do aperfeiçoamento da Estratégia da Saúde da Família, com superação do modelo médico-assistencial curativo e hospitalocêntrico, desde que se invista na requalificação do processo de trabalho em saúde em todos os níveis e no desenvolvimento de tecnologias adequadas às necessidades prioritárias de saúde da população, ao tempo em que se avança na consolidação de políticas e práticas de promoção e vigilância, a envolver, cada vez mais, a população como protagonista da promoção, preservação e cuidado à saúde individual e coletiva.

Mesmo que a Estratégia da Saúde da Família tenha como objetivo a integralidade das ações, ainda há um longo caminho a se percorrer para alcance de uma lógica de adequação permanente das práticas às necessidades e problemas de saúde da população, conjugando-se ações voltadas para o controle de determinantes, riscos e danos (promoção, prevenção e assistência).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em 01 maio .2015.

BRASIL. **Portaria do Ministério da Saúde n. 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em 01 maio 2015.

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

GIOVANELLA, Lígia (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl./organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato *et al.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Equidade na saúde: o Programa de Saúde da Família em Minas Gerais**. Mônica Andrade Viegas (org.). - Belo Horizonte: SES-MG; UFMG; ESP-MG, 2013.

RODRIGUES, Raquel Braga; BARBOSA, Allan Claudius Queiroz. **Atração, retenção e a lógica da gestão de recursos humanos**: um estudo sobre os médicos da saúde da família em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nig.One/UFMG, 2009.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; SOLLA, Jorge Pereira. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: EDUFBA, 2006.