



ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE: EM BUSCA DE UMA DEFINIÇÃO EM PROL DE SUA PUBLICIZAÇÃO

Rodolpho Fernandes de Souza¹

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como um conjunto de medidas voltadas não apenas para prevenir o aparecimento de diversas doenças, como a redução de fatores de risco, mas também para impedir sua progressão e mitigar suas consequências uma vez estabelecidas. Diante disso, o presente artigo tem a meta de detalhar conceitualmente a Atenção Primária à Saúde (APS) em prol de sua publicização e posterior difusão no âmbito da saúde pública. Dessa forma, para que os níveis de atenção funcionem corretamente, deve haver um sistema de referência e contrarreferência que permita a continência ou capacidade operacional de cada um deles.

Palavras-chave: Atenção Primária da Saúde; Prevenção; Saúde Pública.

RESUMEN

La Atención Primaria de Salud (APS) se define como un conjunto de medidas dirigidas no solo a prevenir la aparición de diversas enfermedades, como la reducción de los factores de riesgo, sino también a prevenir su progresión y mitigar sus consecuencias una vez establecidas. Por ello, este artículo pretende detallar conceptualmente la Atención Primaria de Salud (APS) a favor de su difusión y posterior difusión en el ámbito de la salud pública. Así, para que los niveles de atención funcionen correctamente, debe existir un sistema de referencia y contrarreferencia que permita la continencia o capacidad operativa de cada uno de ellos.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Prevención; Salud pública.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is defined as a set of measures aimed not only at preventing the onset of various diseases, such as reducing risk factors, but also to prevent its progression and mitigate its consequences once established. Therefore, this article aims to conceptually detail Primary Health Care (PHC) in favor of its publicization and subsequent dissemination in the public health sphere. Thus, in order for the attention levels to work correctly, there must be a reference and counter-reference system that allows the continence or operational capacity of each of them.

Keywords: Primary Health Care; Prevention; Public health.

¹ Mestre em Ciências do Cuidado e Saúde pela Universidade Federal Fluminense; Enfermeiro nas Redes Públicas de Iguaba Grande.

E-mail: rodolphosouza79@gmail.com



INTRODUÇÃO

No que tange ao atendimento à saúde deve-se desenvolver e diferenciar conceitualmente a Atenção Primária à Saúde (APS), dos níveis de atenção, complexidade, níveis de prevenção e especificar claramente a Promoção da Saúde da Prevenção de doenças.

A estratégia da Atenção Primária à Saúde (APS) definida em 1978 estabeleceu um avanço para superar modelos biomédicos e focados em doenças que privilegiam serviços curativos e caros baseados em instalações de segundo e terceiro nível para modelos baseados na promoção da saúde e prevenção de doenças a custos razoáveis para a população.

Os níveis de atenção são uma forma organizada de organizar recursos em três níveis de cuidado. Os níveis de complexidade são apontados como o número de tarefas diferenciadas ou procedimentos complexos que compõem a atividade de uma unidade assistencial e o grau de desenvolvimento alcançado por ela. A prevenção é definida como medidas voltadas não apenas para prevenir o aparecimento da doença, como a redução de fatores de risco, mas também para interromper sua progressão e mitigar suas consequências uma vez estabelecidas. A promoção da saúde como tal é uma estratégia estabelecida em Ottawa em 1986, onde é definida como o processo que fornece aos indivíduos e comunidades os meios necessários para exercer maior controle sobre sua própria saúde e, assim, ser capaz de melhorá-la. Portanto, este estudo busca detalhar conceitualmente a Atenção Primária à Saúde (APS) em prol de sua publicitação e posterior difusão no âmbito da saúde pública

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

As maiorias dos estudos sobre saúde pública consideram o objetivo das práticas sanitárias como uma historicidade. Portanto, para melhor entender sobre esse assunto é preciso iniciá-lo a partir dos meios de realização dessas práticas sanitárias.



Nesse sentido Merhy (1985, p. 47) relata que a história da saúde pública no Brasil sempre esteve atrelada aos interesses dos grupos dominantes durante décadas (MERHY, 1985, p. 47). Entretanto, as modificações ocorridas ao longo do século XX estiveram ligadas à própria reconfiguração dos grupos oligárquicos, à luta dos trabalhadores e, sobretudo, na questão da saúde como conquista no quadro geral dos direitos de cidadania.

Segundo o autor, a trajetória da saúde pública teve alguns momentos estruturais bem demarcados durante o transcurso do século XX, dividindo-se basicamente em quatro momentos que, cronologicamente, iniciam-se: no começo do século XX; entre as décadas de 20 a 40; a década de 60; e da década de 70 em diante.

No início do século XX, o país era extremamente regionalizado e, portanto, político e territorialmente fragmentado, herança de uma colonização baseada no sistema de Capitânicas Hereditárias centrado na lógica do domínio de poucos sobre vastos territórios e recursos. A dominação exercida pelas oligarquias estaduais lhes garantia o controle sobre as regiões em todos os aspectos. Não existia, assim, uma articulação no nível nacional que pudesse garantir políticas sociais efetivas, pois a própria ideia de política social era ainda muito vaga.

O país começava a viver a experiência de formação de um Estado republicano e as políticas sociais eram diferentes em forma e conteúdo conforme a região do país, vinculadas predominantemente à agroexportação.

Neste contexto, às cidades de São Paulo e Rio de Janeiro elaboram estratégias de atuação no campo da saúde onde “a política de saúde se confundiu com a atuação no campo da saúde pública e se expressou através de alguns ‘personagens’ estratégicos como Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro e Emílio Ribas, em São Paulo” (MERHY, 1985, p. 202).

O modelo administrativo vigente estava baseado num plano assistencial público, a partir dos gastos públicos orçamentários, situados em grande parte no âmbito estadual, com algumas no nível municipal, tendo na Campanha e na Polícia Sanitária seus meios principais de efetivação (MERHY, 1985, p. 203).



A noção moderna de “público” enquanto bens e serviços socialmente necessários e garantidos por direito não estava formada nas instituições nacionais. No Rio de Janeiro, por exemplo, a atuação do Estado no campo da saúde pública acontecia em comum acordo com o plano de reformas urbanas que atingiram de modo violento as condições de vida das camadas populares, desencadeando fortes reações populares no período.

Naquele momento, a população carioca sofria com a falta de um sistema eficiente de saneamento básico. Este fato desencadeava constantes epidemias, entre elas, febre amarela, peste bubônica e varíola. A população de baixa renda que morava em habitações precárias era a principal vítima deste contexto.

Pensando em conter a epidemia a campanha de vacinação obrigatória foi colocada em prática em novembro de 1904. Embora seu objetivo fosse positivo, ela foi aplicada de forma autoritária e violenta. De acordo com Bertoli, (2005, p. 34) em alguns casos, os agentes sanitários invadiam as casas e vacinavam as pessoas à força, provocando revolta nas pessoas.

Essa recusa em ser vacinado acontecia, pois grande parte das pessoas não conhecia o que era uma vacina e tinham medo de seus efeitos. Bertoli (2005, p. 35) afirma que a revolta popular aumentava a cada dia, as manifestações populares e conflitos espalham-se pelas ruas da capital brasileira.

Populares destroem bondes, apedrejam prédios públicos e espalham a desordem pela cidade. Nunca se viu nada igual nas ruas do Rio. A população, que como arma contava apenas com paus e pedras, enfrentou com coragem a força policial, esta sim, armada de espingardas e revólveres. Tudo começou com o anúncio da vacinação obrigatória contra a varíola, imposta por Oswaldo Cruz, com o aval do prefeito Pereira Passos e aprovação do Congresso. No ano passado, Cruz inventou um exército de mata-mosquitos. Este ano, criou uma tropa armada com seringas. As ordens são as mesmas: invadir as residências e aplicar injeção a qualquer preço, sem perguntar se o morador concorda ou não em ser picado pelas agulhas. Enquanto as autoridades discutem a população, desgostosa com o governo desde que ficou desabrigada com o bota-abaixo, parte para a ação. Bondes, postes de iluminação e até colchões e móveis tirados de dentro das casas servem para montar barricadas. No fim, a força das armas, apoiada pela decretação do estado de sítio, falou mais alto. A vacinação foi feita e, pelo que mostram as estatísticas, a varíola realmente tende a desaparecer na Capital da República. Porém, o preço da conquista sanitária foi alto: 30 mortos, 110 feridos, 945 presos, 454 homens enfiados em sujos porões de



navios e mandados para o Acre, e 7 estrangeiros extraditados (MARQUES; SILVA, 2004, p. 23).

A justaposição dos discursos médico-higienista e jurídico-político produziram um consenso aos olhos das oligarquias de que as classes trabalhadoras habitavam berços do vício, do crime e das epidemias.

Nesse momento, marcado pelo fim do Império e início da República, a questão da saúde pública era associada ao problema urbano, havendo uma compreensão de que epidemias e problemas mais gerais da saúde das classes populares eram causados pelas características individuais dos habitantes das cidades, visto ter o pobre sido culpado por sua pobreza e, por conseguinte, pelas suas precárias condições de vida (MARQUES; SILVA, 2004, p. 24).

Percebe-se que a saúde era interpretada como um atributo do indivíduo, sem que se percebessem seus determinantes sociais. Nesse despertar do século XX, a instrumentalização das “ações de saúde, tinha como paradigmas científicos principais a bacteriologia e a engenharia sanitária e, secundariamente, a medicina clínica, entendida como muito limitada e pouco eficaz, pois só interferia ao nível curativo do indivíduo doente” (MERHY, 2003, p. 203).

Os formuladores da política de saúde eram funcionários do Estado oligárquico, portanto, limitavam-se aos interesses e aos recursos concedidos por essas forças políticas que, a partir do seu interior, pensavam a atuação do Estado no campo da saúde pública.

Contraditoriamente, entendiam como questões de saúde os problemas visivelmente coletivos (doenças pestilenciais) que estavam mais estreitamente ligados ao processo agroexportador e ao seu projeto de sociedade ou a legitimação dos interesses vinculados aos grupos oligárquicos. A política de saúde tinha expressão regional e era reflexo da perspectiva que os grupos oligárquicos adotavam para as questões sociais (MERHY, 2003, p. 203).

Apesar das políticas estarem atreladas intimamente ao meio urbano, alguns atores evidenciaram o meio rural através de denúncias de abandono do Estado em relação a políticas de saúde para as áreas mais longínquas do país.



Vejamos algumas das medidas adotadas para englobar na política de saúde pública o meio rural:

Jornais e revistas do Rio de Janeiro, São Paulo e do interior do Brasil dedicaram-se, a partir da segunda metade da década de 1910, a defender ou combater a centralidade das moléstias rurais como pauta das discussões sobre a nacionalidade. Foi neste caminho que a imagem do Brasil-hospital – expressão cunhada por Miguel Pereira se referindo a gravidade da doença de Chagas como problema nacional – se tornou um dos mais fortes símbolos das críticas a ordem social e a política da República brasileira, tendo dado origem a campanha pelo saneamento rural por meio da criação da Liga Pró-Saneamento do Brasil em 1918, e constituído a principal bandeira das políticas públicas de saúde nas décadas subsequentes, a começar pela implantação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1920 (SÁ, 2009, p. 336).

Tendo essa contextualização mais histórica desvelada, pode-se passar para a apresentação da Atenção Básica em Saúde em si, visto que tal iniciativa pode ser considerada o diferencial no atendimento à saúde como um todo.

ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

No Brasil, a organização da Atenção Básica se deu de forma diferenciada, ficando conhecida como o “modelo brasileiro” de Atenção Primária. Segundo Sampaio e Lima (2002, p. 3), a estratégia brasileira para a reforma da Atenção Básica teve particularidades, tais como a busca da universalidade do acesso, a composição das equipes, a descentralização da gestão e a política de incentivo do Ministério da Saúde e das Secretarias de Estado.

Atenção Básica, portanto, é um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, prestação do cuidado (tratamento e reabilitação) desenvolvidas através do exercício de práticas gerenciais, democráticas e participativas, e sanitárias, pautadas numa abordagem transdisciplinar, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, das quais assumem responsabilidade, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver a maioria dos problemas de saúde das populações (de maior frequência e relevância), sendo seu contato preferencial com o sistema de saúde orientada pelos



princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006, p. 14).

Assim, de acordo com Starfield (2002, p. 43), a Atenção Básica pode ser entendida como um nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção para a pessoa, não direcionada para a doença, integrando a atenção fornecida em algum outro lugar.

Ainda de acordo com a mesma autora, existem diferentes formas de visualização da Atenção Básica, como um conjunto de atividades, um nível de atenção à saúde, uma estratégia para organizar a atenção à saúde e uma filosofia que permeia a atenção à saúde.

Desse modo, pensando a atenção básica como uma prática social, podemos articular ao que Foucault (2008, p. 87) resgata no nascimento da medicina social a partir da socialização que o capitalismo traz ao corpo como força de produção e de trabalho, fato este iria se consolidar por meio da medicina. A medicina, como estratégia biopolítica, tomaria, daí por diante, o espaço da sociedade como seu objeto de trabalho.

A medicina social estuda a dinâmica do processo saúde/doença, a relação com a estrutura de atenção médica e com a sociedade, visando à obtenção de níveis máximos possíveis de saúde e bem-estar.

Em se tratando do modelo de saúde pública esta também emerge com o capitalismo. Neste modelo, a doença é vista como fenômeno coletivo e a epidemiologia destacada como um dos saberes fundamentais. Este modelo tenta dar respostas às mortes por epidemias que assolavam vários países da Europa Ocidental, durante os séculos VII, VIII até o século XIX. Os principais instrumentos utilizados para este modelo foram o saneamento, a higiene social, a quarentena, as estatísticas de mortalidade, entre outros (ALMEIDA; ROCHA, 1997, p. 41).

Já no século XX, com o relatório Flexner separa-se o que é coletivo do que é individual e surgem as Escolas de Saúde Pública nos Estados Unidos que propõem a criação de departamentos de medicina



preventiva com responsabilidade de difundir os conteúdos de epidemiologia, incorporando inclusive os preceitos de Leavell e Clarck de níveis de prevenção primária, secundária e terciária (PAIM, 2000, p. 13).

O movimento de ações preventivas às populações se expandiu e na década de 60 nos Estados Unidos a partir das reivindicações sociais. Tais ações deram origem ao movimento de Saúde Comunitária, com implantação de centros comunitários públicos de saúde centrado no discurso da medicina preventiva (PAIM, 2000, p. 14).

Com a saúde comunitária integra-se saberes da psicologia, antropologia, sociologia, entre outros conhecimentos, o que impõe a presença de outros profissionais na composição das equipes na comunidade e a enfermagem passa a ocupar mais espaço. Ou seja, a enfermagem como contribuinte de uma parcela do trabalho em saúde participa do processo de produção dos serviços de saúde em nível coletivo e é nesse momento que Almeida e Rocha (1997, p. 12) afirmam que:

[...] o processo de trabalho em enfermagem ganha mais autonomia e não se vê mais subordinado ao processo de trabalho médico, como o modelo clínico impunha, mas sim ao processo de trabalho em saúde coletiva (ALMEIDA; ROCHA, 1997, p. 12).

Neste processo de trabalho, a enfermagem de Saúde Pública ou Enfermagem Comunitária integra em suas atividades os conceitos e métodos das ciências que compõem o quadro da saúde pública, utilizando-se da epidemiologia para diagnosticar as necessidades de saúde da população e identificar grupos e/ou conjunto de indivíduos que compartilhem das mesmas necessidades de saúde.

Desta forma, a enfermagem acompanha as terminologias e propostas de modelos de saúde referenciados nos marcos conceituais que a medicina preventiva, a tradicional saúde pública e a medicina integral que utilizam os pressupostos de Leavel e Clarck, da atenção primária de saúde (LIMA, 2004, p. 23).

Em 1977, no Brasil a Organização Panamericana de Saúde e o Ministério da Saúde, publicam o que ficou conhecido como Padrões de Assistência de Enfermagem à Comunidade. Neste manual, os instrumentos de atendimento são



definidos de forma a orientar a qualidade das ações, prioritariamente desenvolvidas em áreas rurais: proteção materno-infantil, nutrição e vigilância epidemiológica (ALMEIDA, 1991, p. 18).

O documento, contendo doze itens, conforme Almeida (1991, p. 18) indicava as seguintes direções para o adequado atendimento:

- 1) A enfermagem identifica os grupos de alto risco na comunidade, assegurando-lhes atenção prioritária;
- 2) Toma medidas para que o cliente e/ou comunidade participem na identificação de suas necessidades de saúde e no desenvolvimento de programas, visando atendê-los;
- 3) Presta assistência primária, especialmente às populações desprovidas de serviços de saúde, com a participação da comunidade;
- 4) Participa do processo de vigilância epidemiológica, informação, decisão, ação, no desenvolvimento das suas atividades em todos os níveis de atuação, para o atendimento ao indivíduo, à família e à comunidade;
- 5) Participa no processo de planejamento de saúde, em todas as suas fases e níveis;
- 6) Planeja a assistência ao indivíduo, à família e à comunidade, visando a assegurar a satisfação das necessidades identificadas, com base no plano geral de saúde;
- 7) A enfermagem, atendendo às necessidades dos clientes, os encaminha a outros serviços com informações indispensáveis à continuidade da atenção à saúde;
- 8) A administração de enfermagem estabelece suas Normas e Procedimentos, em consonância com os programas de saúde;
- 9) Prover de supervisão programada todos os níveis, de acordo com as necessidades do pessoal, dos serviços e da comunidade;



- 10) A administração de enfermagem distribui por escrito as tarefas a serem realizadas nos serviços, considerando o grau de complexidade das mesmas e a qualificação do pessoal;
- 11) Organiza e mantém programas de educação em serviços para o desenvolvimento do seu pessoal, em todos os níveis, baseados nas reais necessidades de saúde da comunidade;
- 12) Avalia, periódica e sistematicamente, os resultados dos serviços prestados, com base nos objetivos e metas.

Desse modo, fica estabelecida uma participação desde o processo de planejamento da assistência ao indivíduo, à família e à comunidade identificando suas necessidades, bem como no desenvolvimento dos programas em saúde, voltados à população.

Assim, nesse espaço de atenção à saúde pública, Paim (2000, p. 32) afirma que esse atendimento engloba a realização de atividades como: atenção à saúde da mulher e da criança, controle das doenças transmissíveis, saneamento ambiental, manutenção de sistemas de informação, educação em saúde, ou seja, ações programáticas baseados em grupos de riscos populacionais para uma assistência com baixo grau de complexidade.

No entanto, foi em 1978, com a Declaração de Alma Ata, aprovada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e após, em 1979 que a Atenção Primária em Saúde (APS) passa a ser vista como principal estratégia para o alcance da promoção e assistência à saúde para todos os indivíduos (ABRAHÃO, 2007, p. 2).

Nesse sentido, faz-se necessário definir o que seja Atenção Primária em Saúde. De acordo com Abrahão (2007, p. 1) entende-se hoje como um conjunto integrado de ações preveníveis de doenças, articulado a um sistema de promoção e assistência integral à saúde que no Brasil revela-se inicialmente com o Programa de Ações Integradas em Saúde (AIS) em 1982, evoluindo para o Sistema Descentralizado (SUDS) até a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) com a estratégia de universalização da saúde.



Nesse contexto, em 1994 é apresentado o Programa da Saúde da Família (PSF) como proposta de reorientação do modelo assistencial desenvolvido a partir da Atenção Básica, teoricamente uma estratégia em conformidade com os princípios básicos do SUS. Na realidade o desafio é que realmente atenda aos preceitos do SUS superando o modelo hegemônico biomédico de atenção à saúde.

Esta nova proposta da saúde coloca para os profissionais de saúde novos desafios com relação à organização do processo de trabalho. Se o trabalho era desenvolvido isoladamente como nos serviços de tuberculose, hanseníase, tracoma, puericultura, entre outros (VILLA et al, 1997, p. 13) agora passa a envolver práticas cujo objeto se constitui nas necessidades de saúde, com utilização de distintos instrumentos de trabalho, diversos saberes, disciplinas e tecnologias materiais e não-materiais.

Assim, Ermel e Fracoli (2006, p. 535) reiteram que o trabalho dos profissionais de saúde, nesta nova lógica, incorpora um conjunto de atividades dirigidas e sistematizadas a grupos populacionais de crianças, gestantes e adultos, de acordo com critérios de risco. Neste novo modelo tecnológico de saúde, coube aos envolvidos organizar racionalmente as atividades parcelares deste trabalho coletivo complexo, assumir a coordenação, supervisão e o controle em todas as áreas de atendimento, intermediando as relações entre os vários agentes, bem como entre os vários setores.

SAÚDE DA FAMÍLIA

Até o ano de 1983 o processo de trabalho na atenção básica segue o modelo tecnológico em saúde, baseado na Programação em Saúde, onde, de acordo com Nascimento e Nascimento (2005, p. 334), são ações organizadas tendo como aportes a tecnologia, a epidemiologia e a clínica, através de um conjunto de ações básicas dirigidas a grupos populacionais com base em ações programadas. Nesse momento, tal modelo de atuação já vai sendo gradativamente substituído em decorrência dos novos direcionamentos apresentados para a saúde pública.



Nesse sentido e em oposição à lógica programática das ações na atenção básica, se espera que o enfermeiro repense o processo de trabalho em saúde tomando como referência a organização das práticas de modo a atender às necessidades de saúde da população (LIMA, 2004, p. 7).

Portanto, caberia aos profissionais envolvidos, baseados nas reais necessidades de saúde da população, ampliar a cobertura de ações de saúde e enfrentar a crise do modelo assistencial concentrador. Em 1991, atuando numa similar proposta de trabalho o Ministério da Saúde tem a primeira iniciativa para implantar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que, posteriormente, em 1994, avança para o Programa Saúde da Família (LIMA, 2004, p. 9), embora ainda existam hoje no Brasil municípios onde há somente o PACS e acabam sendo considerados um programa de transição para a Saúde da Família. No PACS, as ações dos agentes comunitários de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro supervisor lotado em uma unidade básica de saúde.

Dessa maneira, através da ESF o principal objetivo do Ministério da Saúde foi reorganizar a prática de atenção à Saúde em novas bases, com intuito de substituir o modelo tradicional. A prestação da assistência será qualificada e deverá estar baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde, ou seja, uma assistência universal, integral, equânime, contínua e, sobretudo, com alta resolutividade, levando em conta a realidade local, por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência, com a manutenção de um sistema de referência e contrarreferência a partir de uma interação eficiente entre os vários níveis de atenção, por meio de um fluxo contínuo setorial (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005, p. 335).

A ESF difere da concepção tradicional das demais propostas do Ministério da Saúde para a Atenção Básica, pois não se propõe a intervir de forma pontual, vertical ou paralela às atividades de rotina do serviço de saúde, uma vez que objetiva a integração e a organização das atividades em um território definido, para intervir de maneira articulada e contínua e com a criação de compromisso e responsabilidade entre os serviços de saúde e a população.



Portanto, a atenção primária à saúde permite avançar na proximidade com o usuário e a comunidade, permitindo entender o homem inserido em um contexto histórico e social e assim atuar na saúde de acordo com as necessidades reais e locais da população não se limitando apenas aos doze itens propostos pela OPAS em 1977.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E SEUS PRINCÍPIOS NORTEADORES

Segundo o Brasil (2006, p. 14), incorporando e reafirmando os princípios básicos do SUS – universalização, integralidade, equidade e participação social – o trabalho na Estratégia Saúde da Família é desenvolvido com base em princípios norteadores.

O primeiro, o caráter subjetivo, no que tange à ESF, não propõe a criação de novas estruturas, exceto em áreas desprovidas de qualquer tipo de serviço. Implantá-la significa substituir as práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho comprometido com a prevenção, com a promoção da qualidade de vida da população e com a resolubilidade da assistência.

Franco e Merhy (2003, p. 34) reforçam que este princípio se caracteriza pela substituição às práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde.

O segundo, a integralidade e a intersetorialidade, define que a Unidade de Saúde da Família está inserida no âmbito da atenção básica, configurando-se como o primeiro contato da população com o sistema de saúde do município. Espera-se que o resultado do trabalho da equipe, com seus saberes e práticas, possa identificar e responder às necessidades de saúde, captadas em sua expressão individual. As unidades devem, ainda, estar vinculadas a rede de serviços, de modo que sejam asseguradas a referência e contrarreferência para os demais níveis de complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir.

Compreendendo a integralidade no seu sentido mais amplo, para além da garantia de assistência em outros níveis de atenção, a coordenação municipal e



as equipes devem buscar junto a outros setores sociais a complementaridade necessária as suas ações e práticas, visando atender aos requisitos essenciais da promoção da saúde e prevenção de doenças.

O terceiro, a territorialização, visa o trabalho organiza-se localmente com base nas informações epidemiológicas e sociais da população, disponíveis no município. A equipe implantada nessa lógica trabalha com definição da área de abrangência e população adscrita (podendo variar de 2400 a 4500 pessoas), realizando o cadastramento das famílias, o acompanhamento das situações de saúde, da exposição a agravos e das condições ambientais, desenvolvendo ações programáticas. No espaço de atuação das equipes, a definição de micro-áreas para o acompanhamento das condições de vida e de saúde das famílias permite identificar as eventuais desigualdades existentes no seu espaço de atuação, oferecendo, desta maneira, uma atenção diferenciada aos grupos e famílias mais vulneráveis.

O Ministério da Saúde, em 2007, acrescenta que a territorialização não deve ser entendida somente como a divisão geográfica das equipes. A escolha das áreas, quase sempre, é orientada prioritariamente à existência de riscos sociais e ambientais e a organização do trabalho leva em conta o perfil de cada localidade, tendo-se em conta as características demográficas como sexo, faixa etária, moradia e distribuição espacial; as principais doenças e agravos diagnosticados e as condições que influenciam esses problemas. Para tanto, é realizado um levantamento de informações a partir do cadastramento de cada família e seus componentes.

O quarto, a equipe multiprofissional, defende que a equipe de Saúde da Família é composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). A partir de dezembro de 2000, com a criação do incentivo financeiro para inserção de uma equipe de Saúde Bucal para cada duas equipes de Saúde da Família, observou-se um crescimento progressivo desses profissionais trabalhando na estratégia.



Desta forma, quando ampliada, a equipe de saúde da família contará com um dentista e um auxiliar de consultório dentário (BRASIL, 2006, p. 21). Outros profissionais - a exemplo de psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e fisioterapeutas poderão ser incorporados formando equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. Em 2008, foi introduzido no Brasil o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de aumentar resolutividade no nível primário e implementar a troca de experiências das equipes básicas de SF com outras categorias profissionais (BRASIL, 2008, p. 25).

O quinto princípio, responsabilização e vínculo, pontua que as equipes assumem como sua responsabilidade contribuir para melhoria da saúde e da qualidade de vida das famílias na sua área de abrangência. Para isto devem desenvolver esforços para oferecer atenção humanizada, valorizando a dimensão subjetiva e social nas suas práticas, favorecendo a construção de redes cooperativas e da autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais.

O sexto princípio, o estímulo à participação da comunidade e ao controle social, preocupa-se com a gestão local que deve favorecer e estimular a criação e utilização dos canais de participação social para o planejamento e controle das ações previstas na estratégia. A equipe, por sua vez, deve ser indutora na promoção e participação das organizações sociais e seus membros no planejamento, na gestão e na avaliação da saúde local e desenvolver projetos conjuntos para a melhoria da qualidade de vida da população.

Assim, pautado nesses princípios é importante ao profissional identificar as necessidades sociais de saúde da população da área adstrita, além de intervir sobre o processo de saúde-doença dos indivíduos coletivos. Analisando tais princípios, estes se apresentam como altamente normativos, pois descrevem objetivos e metas num cenário altamente influenciado por uma prática curativista, embora, por outro lado, mostrem possibilidades inovadoras para a viabilização do SUS.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante desses fatos, a desconstrução da Atenção Primária à Saúde (APS) é uma tarefa essencial para traçar o perfil como ferramenta de transformação social nesses tempos. O contexto de crise econômica e confusão política dos países centrais, o fracasso – por mérito próprio – das organizações internacionais de crédito, o surgimento de novas experiências sociais e políticas na maioria dos países latino-americanos são elementos úteis, mas não o suficiente apenas para adicionar alguma vitalização à Atenção Primária à Saúde (APS).

Parece necessário avaliar seus principais componentes, seus mal-entendidos, (des)idealizar suas declarações, enfrentar qualquer tentativa de canibalizar sua terminologia, construir campos de força onde está claro quais atores são e como eles se posicionam com relação ao direito à saúde, inclusão social e para aprofundar a equidade, desenvolver estratégias de acordo e pensar sobre novas regras do jogo.

Enquanto isso, por fim, uma série de eixos parecem não resolvidos e entendemos que eles podem e devem ser aprofundados no futuro, talvez o debate baseado em algumas questões possa ajudar o processo de desconstrução da Atenção Primária à Saúde (APS), resgatando suas melhores contribuições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – **Rede Básica de Saúde em Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, 1991. (Tese – Doutorado – Universidade de São Paulo).

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Semiramis Melani Melo. (Org.) **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez Editora, 1997.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Saúde Brasil, 2008. **20 anos de Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS)**. Ministério da Saúde - Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento



de Análise de Situação de Saúde.2008.

ERMEL, Regina Célia; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. O trabalho das enfermeiras no Programa Saúde da Família em Marília/SP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2006, 40(4):533-9.

FOUCAULT, Michael. **O Nascimento da Clínica**. Editora Forense, 2008.

LIMA, Viviane Aparecida de. **O processo de trabalho da enfermagem na atenção primária**. 2004. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

MARQUES, Dalvani; SILVA, Eugênia Maria. Enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? **Revista Brasileira de Enfermagem**. 57(5):545-50, 2004.

MERHY, Emerson Elias. **O Capitalismo e a saúde pública**. Editora Papyrus, 1985.

MERHY, Emerson. Elias. FRANCO, Túlio Batista. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. Editora: HUCITEC, São Paulo, 2003.

NASCIMENTO, Maristela Santos; NASCIMENTO, Maria Angela Alves. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência. saúde coletiva** [online]. 2005, vol.10, n.2, pp. 333- 345.

PAIM João; FILHO, Natália Almeida. **A Crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Editora Casa da Qualidade, 2000.

SÁ, Dominichi Miranda. de. A voz do Brasil: Miguel Pereira e o discurso sobre o "imenso hospital". **Revista História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.16, 2009.

SAMPAIO Luiz Fernando; LIMA Antonio Teixeira. **Biblioteca virtual em saúde** 2002. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br>, acessado em: 15 de outubro de 2011.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços etecnologia**. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

VILLA, Tereza Cristina. MISHIMA, Silvana Martins; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. A enfermagem nos serviços de saúde pública do Estado de São Paulo. In: ALMEIDA, M. C. P. de; MELO, S. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez Editora, 1997.