

ARTIGO

Atenção Primária à Saúde em Natal (RN): particularidades das ações e dos serviços

Primary Health Care in Natal (RN): particularities of actions and of services

Edla HOFFMANN¹

Karina Faustino de Carvalho TETÉO²

Maria Márcia de Oliveira FREIRE³

Resumo: Este artigo objetiva problematizar as ações e os serviços oferecidos pelas Unidades de Saúde dos Distritos Sanitários Norte I e II do município de Natal (RN), com o intuito de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados primários oferecidos no referido município. Trata-se de uma pesquisa qualitativa na área de Serviço Social e apresenta análises preliminares dos dados coletados mediante entrevistas realizadas com gestores(as) dos distritos sanitários e diretores(as) das unidades de saúde, revelando que a maioria das unidades de saúde possui o modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família (ESF). Contudo, são enfatizadas a oferta e a procura de serviços assistenciais, individuais e curativos, em detrimento da promoção e prevenção à saúde. Essa perspectiva contraria a proposta da ESF, para a qual foi criada, e desafia a efetivação de uma rede de atenção à saúde contínua e articulada.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Distritos sanitários. Ações e serviços de saúde.

Abstract: This article aims to discuss the actions and services offered by the health units of the North Sanitary Districts I and II of the city of Natal (RN), in order to contribute to improving of the quality of primary care offered in the municipality. It is about a qualitative research in the area of Social Work and presents preliminary analyzes of the data collected through interviews with managers of the sanitary districts and directors of the health units, revealing that most health units have the care model of the Family Health Strategy (FSH). However, are emphasized the supply and demand for assistance, individual and curative services to the detriment of health promotion and prevention. This perspective runs counter to the proposal of FSH, for which it was created, and challenges the effectiveness of a network of attention to continuous and coordinated health.

Keywords: Primary health care. Sanitary districts. Actions and health services.

Submetido em: 30/2015. Revisado em: 20/9/2015 e 30/10/2015. Aceito em: 31/10/2015.

1 Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS, Brasil). Docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN, Brasil). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Questão Social, Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN, Brasil). E-mail: <edlahoff@gmail.com>.

2 Assistente Social. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN, Brasil). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Questão Social, Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN, Brasil). E-mail: <karinafct@hotmail.com>.

3 Graduanda em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN, Brasil). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Questão Social, Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN, Brasil). E-mail: <marcia_ufrn12@yahoo.com.br>.

Introdução

O presente artigo objetiva analisar as ações e os serviços de atenção básica disponibilizados pela rede de atenção à saúde⁴ dos distritos sanitários Norte I e II, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas Unidades Saúde da Família (USF) e nas Unidades Básicas Ampliadas⁵ (UBA), existentes no município de Natal (RN), com vistas a contribuir para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde oferecidos na perspectiva da integralidade.

Os dados apresentados neste artigo integram-se aos demais constantes em uma pesquisa em andamento, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/HUOL), parecer nº 574.068, a qual se intitula “A Organização da Atenção Primária e o direito à saúde em Natal (RN)”. O interesse decorre de objetos de estudo de pesquisas anterior-

4 “É a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade de determinado território, de modo a permitir a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e organizações ali existentes para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica e inteligência técnico-sanitária (SANTOS, 2013, p. 143)”.

5 “Unidade Básica Ampliada (UBA) – São unidades básicas de saúde destinadas à prestação de atendimento em atenção básica e integral à saúde, seja programada ou não, os atendimentos se dão por meio das especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais, com unidade de observação, sob administração única. Nessas unidades, a assistência médica deve ser permanente e prestada por médico especialista ou generalista, podendo dispor de urgência/emergência (NATAL, 2014, p. 11)”.

res realizadas pela coordenadora desta pesquisa, em nível de mestrado e doutorado em Serviço Social pelo PPGSS/PUCRS⁶. As referidas pesquisas trataram da ESF e dos processos de trabalho que o(a) assistente social exerce nesse modelo de assistência, envolvendo a ESF e a garantia da integralidade na saúde. Os resultados apontaram contradições na organização dos processos de trabalho em saúde. Recentemente, já com a inserção da pesquisadora responsável na Universidade Federal do Rio Grande Norte, surgiu a necessidade de aprofundar a discussão a partir da realidade do município de Natal, integrando nesse debate o curso de Serviço Social da referida universidade.

Por esses motivos, propôs-se a realização desta pesquisa qualitativa, a partir de dados de campo e documentais, em andamento desde 2014, fundamentada no método dialético-crítico. Este estudo tem por objetivo avaliar a estruturação da Atenção Primária à Saúde no município de Natal (RN), a fim de contribuir para a melhoria da qualidade das ações e dos serviços de saúde oferecidos na perspectiva da integralidade. Apresenta como questões norteadoras: como se organiza a Atenção Primária à Saúde? Que categorias profissionais compõem a equipe da APS? Que ações e serviços são oferecidos na rede de atenção primária à saúde?

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas, norteadas por formulários contendo questões abertas e fechadas, direcionadas aos(as) 5 gesto-

6 Programa de Pós-Graduação de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

res(as) dos distritos sanitários e das 55 Unidades de Saúde, que compõem o universo da pesquisa. Contudo, é importante destacar que, para fins deste artigo, foram utilizados dados das entrevistas realizadas nas unidades dos distritos Norte I e II, que totalizam 11 gestores, sendo 05 das unidades do distrito Norte I e 06 do distrito Norte II⁸. A amostra da pesquisa foi não probabilística intencional, observando recortes para contemplar os diversos serviços oferecidos: UBS, UBA, NASF, Equipes Consultórios na Rua, presença de assistentes sociais nas equipes, além do critério de contemplar 50% das unidades de cada distrito, totalizando 27 Unidades de Saúde.

Ainda faltam quatro entrevistas a serem realizadas com diretores(as) das unidades. Posteriormente, a coleta será feita por meio de grupos focais, com os profissionais de saúde das Unidades que compõem a amostra. Os dados coletados estão sendo submetidos à técnica da Análise de Conteúdo e todos os cuidados éticos foram tomados, conforme a Resolução CNS nº 466/2012.

Este artigo retrata ainda dados da Organização da Atenção Primária à Saúde em Natal, contemplando o recorte referente às ações e aos serviços oferecidos pelas Unidades de Saúde de dois distritos sanitários, Norte I e Norte II, de Natal (RN).

Os sujeitos de pesquisa neste artigo totalizaram 15 informantes, destes: 04 gestores(as) distritais e 11 diretores(as) das 11

Unidades de Saúde que integram a amostra desta pesquisa, de um universo de 05 distritos sanitários e de 55 Unidades de Saúde.

Este texto está estruturado em quatro partes, sendo a primeira esta Introdução; a segunda parte contextualiza a Atenção Primária à Saúde, trazendo sua origem, concepções e particularidades no Brasil; a terceira parte apresenta a Política Nacional da Atenção Básica, articulada aos resultados preliminares da pesquisa em tela, a realidade do município de Natal e as ações e serviços primários oferecidos, apontando contradições e desafios para a efetivação da atenção primária à saúde como reordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), para a garantia da integralidade da assistência à saúde, dando conta das necessidades de saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS); por fim, apresentamos a conclusão, oriunda da pesquisa e das sistematizações expostas, bem como as referências que subsidiaram a construção deste artigo.

1 Aspectos significativos da Atenção Primária à Saúde no cenário brasileiro

A discussão acerca da Atenção Primária à Saúde é marcada por uma série de fatores que ao longo da história vão caracterizando e dando forma aos elementos que a compõem. Ressalta-se que o termo Atenção Primária à Saúde (APS) tem sua origem datada de 1920, através do Relatório de Dawson (Inglaterra), que se constitui como o trabalho precursor no que se refere à utilização do termo.

Esse relatório propunha uma mudança na organização do sistema de saúde e ia de

⁷ Unidade de Saúde da Família Gramoré; Redinha; Vista Verde; África; e Pajuçara.

⁸ Unidade de Saúde da Família Panatis; Santarém; Soledade II; Parque dos Coqueiros; Parque das Mangueiras; e Igapó.

encontro ao modelo norte-americano (flexioneriano), que detinha sua atenção na prática individual e curativa. Do mesmo modo, indicava a organização do modelo de atenção em três níveis principais de serviços de saúde, a saber: centros de saúde primários, secundários e hospitais escolas, os quais deveriam estar vinculados entre si e com atribuições distintas, mas complementares, servindo de base para o conceito de regionalização e hierarquização (STARFIELD, 2002). Desde então, a *Atenção Primária à Saúde* foi levada para o debate no cenário mundial, sendo considerada logo após como uma referência no processo de reorganização dos sistemas de saúde de vários países, como no Brasil, que adotou o modelo inglês, tendo como pressuposto os princípios da regionalização e da integralidade (MATTA; MOROSINI, 2009).

Em 1978, foi realizada a I Conferência Internacional Sobre os Cuidados Primários em Saúde, em *Alma-Ata*, no Cazaquistão, reconhecida mundialmente como *Declaração de Alma-Ata*, a qual “[...] reafirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais.” (MENDES, 2004, p. 1). O pacto realizado na época, envolvendo os países participantes, almejava “Saúde para todos no ano 2000”, devendo ser alcançado por meio dos cuidados primários, ou seja, a saúde passou a ser concebida como um direito e de caráter universalista. Nessa concepção, cuidados primários são,

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da co-

munidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OMS, 1978, p. 1-2).

Essa discussão sobre APS propõe mudanças no modelo assistencial de saúde, busca romper com o caráter assistencialista, curativo e individual, centrado na estrutura médico-hospitalar focada na doença, e traz o caráter social e comunitário.

Assim, compreendem-se como essenciais as mudanças ocasionadas pela implantação desse novo sistema, que estabelece a rede de atenção à saúde em níveis de complexidade crescentes (primário/básica, secundário/média, terciário/alta complexidade), a partir dos cuidados primários em saúde. Logo, como importantes modificações no sistema, destacam-se: a hierarquização, a intersetorialidade e a territorialização dos serviços.

A proposta desse modelo de cuidar da saúde volta-se às necessidades, às demandas particulares de cada *região de saúde*⁹, tor-

⁹ Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e

nando imprescindível o estabelecimento das linhas de cuidado¹⁰ e a continuidade da atenção, que somente por meio de uma rede de atenção à saúde será capaz de garantir a integralidade. Portanto, a rede carece de ser capaz de integrar um conjunto de ações e serviços de saúde, em distintos níveis de atenção, de forma articulada, interconectada, compartilhada e cooperativa, a partir da atenção primária à saúde, responsável por ordenar os demais níveis de atenção, com vistas à melhoria do acesso. Além disso, deve “[...] ser humana, eficaz, racional, econômica e qualitativa.” (SANTOS, 2013, p. 143).

A concepção de *Atenção Primária à Saúde de Alma-Ata* foi amplamente difundida internacionalmente e passou a influenciar sistemas nacionais de saúde de diferentes países. Entretanto, em 1979, a Fundação Rockefeller, com representantes do Banco Mundial, a Fundação Ford, a Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), dentre outras, financiaram a Conferência de Bellagio, na Itália, intitulada “Saúde e população em desenvolvimento”, a qual faz críticas à concepção de APS da Declaração de *Alma-Ata*, que é vista como idealista, ampla demais e pouco aplicável (CAMAR-

sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011, art. 2º, inciso I).

¹⁰ “Conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida ou de outro critério médico-sanitário, a ser ofertados de forma oportuna, articulada e contínua pelo sistema de saúde, sendo sua implementação estratégia central para a organização e a qualificação das redes de atenção à saúde, com vistas à integralidade da atenção.” (SANTOS, 2013, p. 145).

GO, 2014; MAGNUSSEN; EHIRI; JOLLY, 2004). Propuseram, então, uma concepção de *Atenção Primária à Saúde Seletiva*, baseada na formulação de programas focalizados para o atendimento de problemas específicos de saúde para determinados grupos de pessoas e situação de pobreza (MAGNUSSEN; EHIRI; JOLLY, 2004; BAPTISTA; FAUSTO; CUNHA, 2009).

Dessa forma, a tensão entre essas duas vertentes de APS percorreu as décadas de 1980/1990 e repercutiu na disseminação de programas seletivos de APS em países em desenvolvimento, sendo esta amplamente divulgada e financiada por fundações e agências internacionais, visando ampliar a cobertura e o acesso a partir da oferta de ações e serviços de saúde de baixo custo (BAPTISTA; FAUSTO; CUNHA, 2009).

Há um consenso no que se refere à utilização do termo *Atenção Primária à Saúde* (APS), mas existem distintas concepções, destacando-se as principais abordagens relacionadas à atenção primária: a) a Atenção Primária em Saúde Seletiva, a qual enfatiza um número limitado de serviços, no intuito de dar conta de certas demandas de saúde, voltados especificamente para a população mais empobrecida; b) a Atenção Primária, referente à porta de entrada (nível de atenção) de um sistema de saúde e ao local que fornece os cuidados de saúde para a maioria das pessoas, sendo a abordagem relacionada à disponibilidade de médicos com especialização em clínica geral ou em medicina familiar; c) a concepção da Atenção Primária em Saúde “Abrangente” de *Alma-Ata*, que trata a APS como uma estratégia para organizar os sistemas de saúde, o primeiro nível de atenção integrada e

abrangente, enfatizando a participação da comunidade, a coordenação intersetorial e o apoio de vários trabalhadores de saúde e médicos tradicionais; e, por fim, d) a concepção de Atenção Primária à Saúde Renovada, a qual enfatiza a saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde. A essência da APS Renovada é a mesma da Declaração de *Alma-Ata*, contudo a primeira considera o sistema de saúde como um todo, incluindo setores públicos, privados e sem fins lucrativos, em todos os países, bem como incorpora princípios como sustentabilidade e orientação à qualidade (MENDES, 2004; OPAS, 2007; CAMARGO, 2014).

No Brasil, a partir do SUS e seus preceitos legais, evidencia-se um novo modelo de atenção à saúde, baseado na reestruturação da atenção primária à saúde, considerada como equivalente à atenção básica pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), o qual tem servido de baliza para as transformações e estratégias do Ministério de Saúde.

Nesse contexto, em 1991 foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), constituído para ser o elo entre a comunidade e a equipe responsável pela atenção básica de uma população adstrita. Posteriormente, em 1994, o PACS teve como aliado o *Programa Saúde da Família* (PSF), composto por uma equipe multiprofissional, com atribuições de desenvolver atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde, centrada na família, na comunidade e na atenção básica. Após a regulamentação da *Política Nacional da Atenção Básica* em 2006 e atualizada em

2012, (BRASIL, 2012), o PSF passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), atuando como uma estratégia prioritária para a organização e fortalecimento da Atenção Básica (AB), na condição de primeiro nível de atenção e porta de entrada¹¹, responsável pela ampliação do acesso e melhoria das ações e serviços de atenção básica.

Contudo, cabe lembrar que o PSF serviu como mecanismo de pressão por parte do Ministério da Saúde (MS) para que os municípios se adequassem à NOB 01/96, os quais aderiram à proposta saúde da família para não perderem recursos financeiros, ampliando-se e expandindo-se em número tanto de municípios/estados como de equipes. Dessa forma, o PSF atende aos preceitos da Reforma do Estado, a qual destaca, dentre suas propostas, a criação de uma rede de atenção à saúde composta por dois subsistemas: um de porta de entrada, via Unidades de Saúde e PSF, e outro de referência ambulatorial e especializada, para atendimento da maior complexidade (BRAVO; MATOS, 2001).

Nesse sentido, tornam-se evidentes as contradições dos programas PACS e PSF (que passou a chamar-se ESF), tendo em vista que apresentam caráter focalizado, ações e serviços básicos precários, direcionados para determinada população mais empobrecida, e não a todos, como previsto no SUS universal. Ao mesmo tempo que esse contexto contribuiu para democratizar o acesso às ações e aos serviços de saúde e fortalecer o controle social, também dificultou o acesso da população não adscrita pelo

¹¹ Serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS (BRASIL, 2011, art. 2º, inciso II).

PSF/ESF, pois nem todas as Unidades Saúde da Família atendem a cobertura de 100% de seus territórios. Em Natal, essa realidade não difere dos demais municípios de grande porte do Brasil.

Cabe ressaltar que desde sua criação a expansão do PSF/ESF depende da adesão do gestor municipal e da comunidade. Entretanto, o Ministério da Saúde incentiva os municípios através de recursos financeiros desde a implantação do programa¹² e enfatiza a assistência médica por meio de uma “equipe mínima ou ampliada”¹³. Os municípios podem agregar à equipe outras categorias profissionais, de acordo com as necessidades, porém o financiamento é destinado à equipe denominada “mínima ou ampliada”.

Por conseguinte, a organização da atenção primária à saúde no Brasil segue a lógica dos demais países e organismos internacionais (como o Banco Mundial), que adotam a APS em uma perspectiva seletiva, focalizada, de baixa complexidade e destinada a populações mais empobrecidas, distanci-

¹² Em 1994, quando iniciou como PSF, havia 55 municípios brasileiros com equipes saúde da família; em 2001, o número subiu para 3.684 municípios; em 2005, o número passou para 4.986 municípios; em janeiro de 2015, são 5.458 municípios com equipes de saúde da família (BRASIL, 2015).

¹³ A equipe mínima é composta por “[...] médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal.” (BRASIL, 2012, p. 55).

ando-se da abordagem da atenção primária abrangente, interdisciplinar, intersetorial, a qual busca garantir a integralidade da atenção à saúde, legitimada pela Conferência Mundial de *Alma-Ata*, em 1978 (MATTOS, 2000 *apud* MATTA; MOROSINI, 2009).

Essa lógica assistencial adotada compromete a efetivação das ações e serviços desenvolvidos na rede de atenção, já que não favorece a integralidade dos *cuidados primários* à saúde, uma vez que não atende a todos, de forma universal, mas apenas à parte da população mais empobrecida. Além disso, ainda como justificativa para essa questão, deve-se considerar a grande extensão territorial de alguns municípios, constituindo imensos vazios assistenciais¹⁴, o que resulta em uma atenção focalizada, curativa, em detrimento de ações de promoção e prevenção à saúde, contrariando a proposta para qual foi criada.

Entretanto, municípios de menor porte, nos quais a ESF apresenta alto índice de cobertura, podem conseguir bons resultados quanto aos indicadores de saúde, por apresentarem melhor acesso à saúde. Todavia, a realidade no município de Natal (RN) revela distritos em crescente desenvolvimento, cuja quantidade de Unidades de Saúde não acompanha o ritmo do crescimento demográfico de cada região. Tal fato interfere diretamente nos processos de trabalhos das equipes, devido à escassez de unidades e equipamentos sociais, à falta de recursos

¹⁴ São compreendidos como ausência de oferta das ações e serviços de saúde, em qualquer nível de atenção, embora seja mais comum na atenção básica – ausência que se dá pela carência tanto de serviços como de recursos humanos para prestar a assistência.

humanos e à grande parte da população encontrar-se em áreas descobertas, com acesso precário aos serviços de saúde.

Percebe-se que muitos são os desafios e limites vivenciados pela Atenção Primária, os quais são reflexos do contexto neoliberal e da contrarreforma do Estado, que norteiam a política econômica no Brasil, refletindo em políticas sociais focalizadas, fragmentadas, precarizadas e mercantilizadas. Essa realidade acaba por comprometer os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade, na medida em que trabalha atenção básica desarticulada dos demais níveis de atenção, ao mesmo tempo que oferece ações e serviços de saúde de nível primário ineficazes para a melhoria do padrão de atenção à saúde, dado que não apresenta lucratividade.

Para atingir patamares elevados de saúde, torna-se imperativa a necessidade de articular estratégias, conhecimentos, práticas e saberes, bem como de desvendar os “nós”, a fim de garantir a integralidade da assistência à saúde e de atender as necessidades de saúde dos usuários, contribuindo, assim, para a diminuição das iniquidades sociais. As mudanças nos modelos assistenciais são prioritárias, uma vez que trazem em tela a teoria da determinação social do processo saúde e doença, cujos determinantes são resultados da articulação entre o setor social, econômico, político e cultural. Essa discussão remete a uma nova forma de organizar os processos de trabalho em saúde, que devem ser desenvolvidos por meio de uma equipe multiprofissional, interdisciplinar, agregando várias áreas de saberes, para além da APS, o que é indispensável para a melhoria do processo de produção

social da saúde, que se efetiva por meio de uma rede de atenção regionalizada, hierarquizada, e de um trabalho coletivo.

2 As particularidades dos cuidados primários nos distritos sanitários Norte I e Norte II do município de Natal

No município de Natal (RN), a rede de ações e serviços de atenção básica¹⁵ organiza-se a partir de Unidades Básicas de Saúde (10), Unidades Saúde da Família (40) e Unidades Básicas Ampliadas (5), as quais se configuram como a principal “porta de entrada” no sistema de saúde, devendo ter capacidade de ordenar a rede de atenção, pela articulação com os demais níveis.

O acesso a ações e serviços de saúde em Natal se dá por meio das 55 Unidades de Saúde, divididas conforme a quantidade populacional e de acordo com o território. Dessa maneira, o município é composto por cinco distritos¹⁶ sanitários, correspondentes às suas quatro regiões administrativas, sendo eles: Norte I, Norte II, Oeste, Leste e Sul. Com base na pesquisa documental, cada

¹⁵ “A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos ‘atenção básica’ e ‘Atenção Primária à Saúde’, nas atuais concepções, como termos equivalentes” (BRASIL, 2012, p. 22) e associa a ambos os princípios e as diretrizes por ela (PNAB) definidos.

¹⁶ Para o melhor desenvolvimento das ações e serviços de saúde na região Norte, incluiu-se mais um distrito sanitário, devido ao grande crescimento populacional e demográfico da região Norte, por isso organizou-se em distrito sanitário Norte I e Norte II. O distrito Norte I é composto pelos bairros de Redinha, Pajuçara e Lagoa Azul, enquanto o Norte II pelos bairros de Salinas, Igapó, Potengi e Nossa Senhora da Apresentação (NATAL, 2014).

distrito encontra-se organizado de acordo com os dados apresentados na Tabela 1:

Tabela 1: Número de Unidades de Saúde por Distrito Sanitário

DISTRITO SANITÁRIO	UNIDADES DE SAÚDE			
	USF	UBA	UBS	TOTAL
NORTE I	11	0	0	11
NORTE II	11	0	0	11
OESTE	11	2	1	14
LESTE	3	2	5	10
SUL	2	1	6	9
TOTAL	38	5	12	55

Fonte: Elaborada pela autoras.

Esses dados mostram que Natal organiza a atenção básica priorizando a USF/ESF, a qual trabalha com população adstrita de um território de referência. Essa população deve ser acompanhada por uma equipe multiprofissional (mínima/ampliada) responsável por, no máximo, 4000 pessoas (BRASIL, 2012).

Pode-se afirmar que há um número insuficiente de Unidades de Saúde diante das necessidades e demandas de cada território, o que acarreta um número significativo de população descoberta. Diante desse contexto, verifica-se que a cobertura dos serviços de saúde nos distritos em estudo é de 77% da população no distrito Norte I, enquanto 23% desse total encontra-se descoberto; já no distrito Norte II, tem-se 63% da população em área de cobertura, enquanto uma proporção de 37% encontra-se descoberta. Contraditoriamente, os únicos serviços de saúde oferecidos nesses distritos são os das USF, as quais deixam 99.386 pessoas descobertas por suas equipes, que recorrem aos serviços via demanda espontânea, mas com serviços diferenciados, uma vez que não é adscrita uma equipe. A Tabela 2 aponta esses dados:

Tabela 2: Cobertura da Estratégia de Saúde da Família, município Natal (RN)

DISTRITO SANITÁRIO	POPULAÇÃO				
	GERAL	COBERTA		DESCOBERTA	
NORTE I	147.280	113.850	77%	33.430	23%
NORTE II	179.806	113.850	63%	65.956	37%
TOTAL	327.086	227.700		99.386	

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Nessa perspectiva, é importante destacar que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em grandes centros urbanos, recomenda que uma Unidade Saúde da Família deve dar cobertura a, no máximo, 12 mil habitantes (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, os(as) gestores(as) expressam insatisfação com a quantidade de Unidades de Saúde em cada distrito, tendo em vista que o número da população referenciada para os serviços de saúde extrapola os regulamentos da PNAB, prejudicando as ações de promoção e prevenção à saúde. Os relatos dos(as) gestores(as) revelam que há muitos “vazios assistenciais”, pois o número de Unidades não consegue atingir toda a população que está inserida na extensão territorial dos locais, o que deixa parte dessa população descoberta, procurando atendimento através da chamada “demanda aberta¹⁷”.

Além da preocupação em tornar homogêneas as demandas que chegam aos serviços, por meio do agendamento ou de forma espontânea, configura-se uma das diretrizes da PNAB a articulação entre o desenvolvi-

¹⁷ É o atendimento à saúde da população que se encontra fora da área de cobertura das Unidades de Saúde. Essa população busca o atendimento sem agendamento prévio.

mento de ações e serviços de promoção da saúde e de prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, sem prejuízo da instância assistencial.

A Atenção Básica tem entre seus fundamentos e diretrizes o desenvolvimento de ações e serviços de saúde a partir das necessidades específicas de cada território, constituindo-se, assim, como um nível de atenção descentralizado, com foco nas condicionantes e nos determinantes da saúde do meio em que está inserida, enfatizando dessa forma o princípio da equidade (BRASIL, 2012). Deve ainda considerar as particularidades de cada usuário e/ou família de cada região e/ou território para ser resolutiva.

Os dados relevam que as ações e os serviços oferecidos pelas USF dos distritos Norte I e Norte II do município de Natal estão correlacionados com as particularidades de cada território. É importante destacar que a maioria das Unidades envolvidas está situada em bairros periféricos, onde há elevado índice de violência, baixo poder aquisitivo da população da região, se comparada a outras regiões do município. Há uma deficiência de saneamento básico adequado e de coleta de lixo regular, o que deixa a região mais vulnerável a situações de riscos sanitários e sociais, devendo ter esse acesso ampliado.

Na maioria das ações e serviços desenvolvidos nas Unidades de Saúde do Norte I e Norte II, observa-se a predominância daquelas com caráter curativo, seguindo-se de preventivo e de promoção à saúde. Dentre as ações com caráter curativo, destacam-se: consultas individuais (clínico geral, pediatra, nutricionista), marcação de exames e de consultas para especialidades, tratamento

odontológico, curativos e medicação. No que se refere a ações e serviços voltados para a prevenção, citam-se: realização de pré-natal, vacinação, exames citopatológicos, CD coletivo e teste do pezinho. Além desses, no Norte I, há Unidades de Saúde que realizam o teste rápido de HIV e sífilis, enquanto no Norte II existem aquelas que possuem atendimentos a usuários com tuberculose e trabalho voltado para a área de saúde mental.

Chamam a atenção os programas e projetos voltados para usuários hipertensos e diabéticos, como o grupo “África Viva”, desenvolvido na Unidade de Saúde da Família África, no distrito Norte I, destinado a idosos e à realização de atividades físicas. No distrito Norte II, também são desenvolvidas ações desse tipo, como o grupo “Lírios do Sol”, destinado à terceira idade e pertencente à Unidade de Saúde da Família do Parque dos Coqueiros.

No distrito Norte I, são realizadas ações educativas que têm como objetivo a prevenção de câncer no colo uterino, promovidas pela Unidade de Saúde da Família Vista Verde. É importante destacar que essa ação é estabelecida como prioridades sanitárias pactuadas no Pacto pela Vida, uma das dimensões contempladas no Pacto pela Saúde. Ainda sobre ações desses distritos sanitários, há o desenvolvimento de grupos de gestantes, presentes nas Unidades: Vista Verde, Pajuçara, Gramoré e África (Norte I); Parque dos Coqueiros; Igapó e Soledade II (Norte II); e, por fim, existe um grupo que atua contra o tabagismo e a dependência química de álcool, atuante na Unidade de Saúde da Família Redinha, no distrito Norte I.

Verifica-se que essas práticas carecem de ser fortalecidas, pois são de extrema importância para os serviços e usuários da saúde, visto que possibilitam o desenvolvimento de trabalhos voltados para a perspectiva do acolhimento, do comprometimento com a comunidade e do vínculo contínuo, para que possam atender as necessidades de saúde dos usuários, indo ao encontro do preconizado pelo SUS. Na oferta de ações e serviços coletivos e individuais de promoção e prevenção à saúde, há o fortalecimento de vínculos entre usuários e equipe, potencializando as redes de cuidados e o autocuidado, necessário às boas condições de saúde.

É importante destacar que as necessidades de saúde podem ser organizadas em quatro conjuntos. O primeiro diz respeito ao fato de se ter “boas condições de vida”; o segundo trata da necessidade do acesso ao serviço e de poder utilizar toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; o terceiro conjunto se refere à criação de vínculos afetivos e efetivos entre os usuários e a equipe e/ou um profissional; e o quarto conjunto, que concerne à necessidade de cada sujeito ter graus crescentes de autonomia na forma de direcionar a vida (CECÍLIO, 2009). Integra ainda esse debate o significado da produção da saúde, baseado nas tecnologias leves¹⁸, relacionais e na

¹⁸ No campo da produção do cuidado em saúde, além dos instrumentos e do conhecimento técnico, há um outro fator fundamental, o das relações. Esse fator configura o que chamamos de tecnologias leves, que possuem um “[...] caráter relacional, que a coloca como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado.” (MERHY; FRANCO, 2003, p. 5).

produção do cuidado de forma integralizada, centrada nas necessidades dos usuários.

Compreende-se, assim, que a utilização dessas tecnologias torna possível a capacidade de prolongar a vida do usuário, concretizando a perspectiva da integralidade da atenção, o que possibilita a melhoria da produção do cuidado em saúde, uma vez que tais ações fornecem a continuidade do atendimento (MERHY; FRANCO, 2003).

É possível inferir que boa parte das ações e serviços oferecidos pelas unidades possui o foco na atuação curativa, porém é importante apreender que, na lógica da atenção primária à saúde, à prevenção e à promoção à saúde, precisam ter maior visibilidade nos serviços oferecidos pelas Unidades de Saúde. A reversão do caráter passivo das UBS, rompendo com o modelo curativo e garantindo a integralidade de atenção à saúde, poderá efetivar-se a partir de uma rede articulada e interconectada, como previsto pelo SUS.

A resolutividade desse nível de atenção à saúde poderá ser constatada a partir da implementação de ações e serviços de promoção à saúde e prevenção de agravos, por meio dos cuidados primários, do estabelecimento das linhas de cuidado, com o intuito de tornar menor o índice de doenças que demandem a ida dos usuários às especialidades e aos demais níveis de atenção, devido a questões que podem ser revolidas na atenção básica.

Pode-se inferir que a procura dos usuários por serviços assistenciais, de caráter curativo, torna-se mais intensa, em virtude de questões culturais provenientes do modelo

de atenção liberal privatista que predominou no Sistema de Saúde durante anos e trouxe uma concepção de saúde focada na doença, na assistência individual médico-hospitalar, na hierarquização das profissões e na fragmentação dos serviços. Nesse sentido, a discussão a respeito da produção social da saúde, da importância da promoção e da prevenção é ainda algo recente.

O desenvolvimento das ações e serviços oferecidos nas unidades dos distritos Norte I e Norte II passa por limites técnico-operacionais semelhantes, como a falta de infraestrutura das Unidades de Saúde, a dificuldade de mobilidade urbana dos usuários aos serviços de saúde, a falta de apoio dos equipamentos sociais (quando eles existem), da comunidade e dos gestores, bem como a falta de profissionais, estabelecendo um quadro de equipes incompletas.

Os dados revelam que o acesso dos usuários às ações e aos serviços ocorre através de encaminhamentos, de demanda espontânea, do agendamento feito na própria unidade ou através do agente comunitário de saúde (ACS). No entanto, a PNAB explicita que o acesso dos usuários às ações e aos serviços de saúde necessita ser universal e contínuo. Dessa forma, é imprescindível a instalação de mecanismos que garantam a acessibilidade dos usuários a esses serviços, não se tornando algo excludente e/ou seletivo (BRASIL, 2012).

Outra dificuldade expressa pelos(as) diretores(as) entrevistados(as) refere-se ao número insuficiente de profissionais, o que limita o desenvolvimento das ações e serviços. Os dados coletados revelam que a maioria das Unidades Saúde da Família, apesar de trabalhar com formação de equipe ampliada, e

algumas, ainda, com o apoio de nutricionistas e psicólogos, possui equipes incompletas, faltando em sua composição enfermeiros, agentes comunitários de saúde, o que influencia diretamente no desempenho das atividades realizadas.

No distrito Norte I, as equipes são ampliadas e os profissionais são contratados a partir de concursos, Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) ou Mais Médicos, além de alguns profissionais vinculados às cooperativas, ocasionando uma intensa rotatividade de funcionários.

Já o distrito Norte II trabalha com os dois tipos de equipe, a saber: mínima e ampliada. Conforme informações adquiridas nas entrevistas, nas ESF do Norte II há profissionais concursados e alguns com contratos temporários. No geral, as Unidades desse distrito possuem um ou dois médicos advindos do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica ou do Programa Mais Médicos.

De acordo com os(as) diretores(as), as diversas formas de contrato dificultam o controle do trabalho realizado nas Unidades e gera a rotatividade de profissionais, podendo comprometer a qualidade dos serviços prestados e fragilizar o vínculo profissional-usuário na continuidade da relação do cuidado. Isso acontece porque a relação afetiva somente se estabelece pelo vínculo efetivo do profissional nos serviços. Além disso, essas modalidades de contrato impedem a ocorrência da sinergia na equipe/grupo, a qual contribui para a qualidade da atenção.

Constata-se, a partir das entrevistas realizadas, que, em uma minoria das unidades, algumas iniciativas já vêm sendo tomadas: a contratação de novos profissionais, a ampliação de equipes e Unidades de Saúde, a aquisição de insumos e materiais necessários aos processos de trabalho na saúde, entre outras. Porém, essas iniciativas acontecem a passos lentos e na realidade não alteram significativamente os processos de trabalho.

Perante essas dificuldades apontadas, é importante que o controle social seja efetivo, visto que a NOB/RH-SUS (BRASIL, 2005) estabelece que os Conselhos de Saúde devem propor meios para a organização dos processos de trabalho na perspectiva do trabalho multiprofissional. Do mesmo modo, deve-se ressaltar que a adoção desse mecanismo deve ser baseada nas necessidades apontadas pelos orçamentos e planos de saúde, nos âmbitos nacional, estadual ou municipal, pois o objetivo dessa determinação é a garantia da execução de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos usuários, possibilitando, assim, a efetivação do cuidado integral da população. Isso, no entanto, não está sendo concretizado nas unidades analisadas, uma vez que não há a continuidade das ações e serviços prestados, visto que a rotatividade de profissionais inviabiliza a integralidade da atenção.

Conclusão

O modelo de atenção em saúde anunciado pela Reforma Sanitária tem no SUS e na concepção de Atenção Primária à Saúde abrangente (*Alma-Ata*) os pilares para sua materialização. No entanto, são evidentes a

tensão política da saúde pública e os ditames do projeto neoliberal, o qual tem privilegiado a ESF como estratégia da Atenção Básica no Brasil, indo ao encontro tanto da perspectiva da APS seletiva quanto da APS renovada, em virtude da parceria entre o público e o privado, como forma de realizar o ajuste econômico e financeiro à realidade social atual (OPAS, 2007). Além disso, é favorável ao corporativismo da classe de determinados profissionais de saúde e aos interesses do projeto privatista na saúde, o qual defende uma saúde privada e lucrativa.

Do mesmo modo, essa política busca alto impacto para combater as causas mais prevalentes de mortalidade infantil, materna, dentre outras, mas está direcionada a determinada população, e não a todos. Ainda, organiza no território nacional a oferta de ações e serviços focalizados em uma atenção seletiva voltada aos *cuidados básicos* e não aos cuidados essenciais de saúde, como os *cuidados primários de saúde*, a fim de garantir um padrão de atenção à saúde eficaz, conforme os resultados da pesquisa comprovam.

Contudo, a discussão ampliada dos determinantes sociais de saúde, das necessidades de saúde, no intuito de atingir um alto nível de saúde para suas populações, precisa ser alcançada por meio de uma atenção primária à saúde qualificada que possa ampliar o acesso e estabelecer o primeiro contato dos usuários com o Sistema de Saúde, prestando uma assistência integral, que se constituiu a partir de uma rede articulada com os demais níveis de atenção. Essa é uma condição necessária ao cuidado contínuo, para além do assistencial, mas aliado à promo-

ção e prevenção à saúde, motivo pelo qual é estratégia na mudança do modelo de atenção à saúde.

Nessa perspectiva, é indispensável o exercício do controle social, da participação popular e dos movimentos progressistas que resistam à lógica da atenção centrada na assistência médica individual privatista, com o intuito de estabelecer as mediações necessárias para a garantia do acesso às condições de efetivação da saúde como um direito social, de responsabilidade pública. Desse modo, a integralidade da atenção à saúde, por meio de ações e serviços que melhorem significativamente as condições de vida e de saúde da população sob sua responsabilidade, somente se efetivará através de um esforço intersetorial e interdisciplinar, para além da dor e do sofrimento.

Diante da compreensão relacionada às ações e aos serviços de saúde oferecidos nas Unidades de Saúde dos distritos Norte I e Norte II, observa-se a importância que essas iniciativas possuem para a efetivação dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde. Porém, nota-se que essas ações e serviços perpassam uma série de desafios e dificuldades que limitam a sua realização e, conseqüentemente, interferem diretamente na saúde do usuário, indo no sentido oposto ao estabelecido pela PNAB (BRASIL, 2012).

Com base nos dados apresentados, também foi possível constatar que as ações e os serviços desenvolvidos pelas Unidades de Saúde possuem um caráter curativo, preventivo e de promoção, porém os mais ofertados e procurados pela população ainda são

aqueles de caráter curativo. Nesse sentido, a oferta se dá proporcionalmente inversa ao que deve ser.

Pode-se afirmar que diversas são as limitações que impossibilitam as Unidades de Saúde de atenderem a população das áreas descobertas e de ofertarem serviços mais qualificados da cobertura assistencial, em virtude das precárias condições de infraestrutura, do número escasso de Unidades de Saúde e do número mínimo de equipes para a necessidade do território. Os desafios são constantes em relação às demandas apresentadas pelos(as) diretores(as) e vão de encontro às diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.

Em suma, percebe-se que há a reprodução e a perpetuação da ideia equivocada de que a atenção básica é composta pelos serviços básicos/mínimos e de que, portanto, não carece de maior visibilidade e investimento por parte do poder público, tendo em vista ser menos lucrativa, com baixo investimento em tecnologias especializadas. Esta pesquisa pretende contribuir para desmistificar essa ideia e, do mesmo modo, a partir dos dados aprofundados e finais, apontar questões importantes acerca das possibilidades existentes e que possam ser construídas, a fim de que a AB e a ESF atendam de forma mais eficaz a proposta para a qual foram criadas. Contudo, tem-se clareza do contraditório e privilegiado espaço de construção de práticas, saberes e controle social para alavancar processos coletivos e emancipatórios.

Referências

BAPTISTA, Tatiana Wargas; FAUSTO,

Márcia Cristina; CUNHA, Marcela Silva. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1007-1028, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS** (NOB/RH-SUS). 3. ed. rev. atual. Brasília (DF), 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização**. 1. ed. 1. reimp. Brasília (DF), 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília (DF), 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família por unidade geográfica**. Brasília (DF), 2015.

BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurílio. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I.; POTYARA, A. P. (Org.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 197-216.

CAMARGO, Marisa. **Configurações do trabalho do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS) no século XXI: um estudo da produção teórica do serviço social brasileiro**. 2014. Tese (Doutorado em Serviço Social)–Programa de Pós-

Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

CECÍLIO, Luiz Carlos. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo de (Org.). **Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. p. 117-130.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primaria_a_Saude_-_recortado.pdf>. Acesso em: 10 de mar. 2015.

MAGNUSSEN, Lesley; EHIRI, John; JOLLY, Pauline. Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. **Health Affairs**, v. 23, n. 3, p. 167-176, 21 Sep. 2004. <http://dess.fmp.ueh.edu.ht/pdf/Magnussen_2004_comprehensive_vs_selective_primary_health_care.pdf>. Acesso em: 30 maio 2015.

MENDES, Isabel Amélia. Desenvolvimento e Saúde: Declaração de Alma-Ata e Movimentos Posteriores. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 447-448, maio-jun. 2004.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacio-

nal. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, ano 27, v. 27, n. 65, set./dez. 2003.

NATAL (Município). Secretaria Municipal de Saúde de Natal. **Carteira de Serviços da Atenção Básica de Natal**: versão preliminar – profissionais e gestores. Natal, 2014.

OPAS. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**. Documento de Posicionamento da Organização Mundial da Saúde / Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS. Washington, 2007. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2015.

OMS. Declaração de Alma-Ata. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1., set 6-12, 1978. Alma Ata, Cazaquistão, 1978. Disponível em:
<<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2015.

SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde**: desafios da gestão interfederativa. Campinas: Saberes e Práticas, 2013.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO Brasil; Ministério da Saúde, 2002.