



## 3º Encontro Internacional de Política Social 10º Encontro Nacional de Política Social

Tema: “Capitalismo contemporâneo: tendências e desafios da política social”

Vitória (ES, Brasil), 22 a 25 de junho de 2015

---

Eixo: Fundamentos da Política Social

### A rede de atenção à saúde em Natal: particularidades das ações e serviços primários

Edla Hoffmann<sup>1</sup>

Karina Faustino de Carvalho Tetéo<sup>2</sup>

Maria Márcia de Oliveira Freire<sup>3</sup>

#### Resumo

Este artigo objetiva discutir às ações e serviços oferecidos pelas Unidades de Saúde dos Distritos Sanitários Norte I e II do município de Natal (RN). É produto de pesquisa qualitativa, na área de Serviço Social e apresenta dados preliminares das entrevistas realizadas com diretores/as das unidades de saúde. Revelam que a maioria das unidades é Saúde da Família, mas enfatiza a oferta e a procura de serviços assistenciais, individuais, curativos em detrimento da promoção e prevenção à saúde. Contraria a proposta da ESF para 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 Health Units of Health Districts North I and II of the city of Natal (RN). It is a qualitative research product, in the area of social work and presents preliminary data from interviews with directors / the health facility. Reveal that most of the units is Health, but emphasizes the supply and demand of health care services, individual, dressings at the expense of health promotion and prevention. Contrary to the proposal from the ESF for which it was created and challenges the effectiveness of a network of attention to continuous and coordinated health.

**Keywords:** Primary health care. Health districts. Stock and health services.

## 1 INTRODUÇÃO

O presente artigo objetiva analisar como se desenvolve as ações e serviços disponibilizados na rede de atenção à saúde<sup>4</sup>, particularmente no primeiro nível de

---

<sup>1</sup> Professora do Departamento de Serviço Social da UFRN, Natal (RN)

<sup>2</sup> Aluna de Graduação em Serviço Social da UFRN, Natal (RN)

<sup>3</sup> Aluna de Graduação em Serviço Social da UFRN, Natal (RN)

<sup>4</sup> 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

atenção, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Unidades Saúde da Família (USF) no município de Natal (RN). Pretende contribuir para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde oferecidos na perspectiva da integralidade.

A orientação desse estudo é realizada pelo método dialético-crítico, por meio de uma pesquisa do tipo qualitativa, de campo e documental, que contribui com a análise acerca da Organização da Atenção Primária à Saúde em Natal, contemplando o recorte referente às ações e serviços oferecidos pelas Unidades de Saúde de dois distritos sanitários do município. A pesquisa está em andamento e a coleta de dados sendo realizada através de entrevistas semiestruturadas, direcionadas aos (as) gestores (as) dos distritos e das unidades de saúde, norteadas por formulários contendo dados quantitativos e qualitativos com questões abertas e fechadas. Até o momento foram realizadas entrevistas em quatro dos cinco distritos sanitários de Natal, posteriormente, a coleta será realizada por meio da realização de grupos focais com os profissionais de saúde das Unidades que contemplam a amostra dessa pesquisa.

Os resultados preliminares apresentados neste artigo contemplam a amostra dos distritos Norte I e Norte II. Desta forma, os sujeitos de pesquisa foram os/as diretores/as dos distritos supracitados, além de diretores (as) das 11 Unidades de Saúde que integram os distritos aqui representados, de um universo de 05 distritos sanitários e 54 Unidades de Saúde; a análise foi norteadada pela técnica de Análise de Conteúdo.

Este artigo estrutura-se em três partes, incluindo essa breve introdução. Na segunda parte contextualiza-se acerca da Atenção Primária à Saúde, trazendo sua origem, concepções, as particularidades no Brasil e sua Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Do mesmo modo, apresenta os resultados preliminares da pesquisa em tela, a realidade do município de Natal e as ações e serviços primários oferecidos. Aponta contradições e desafios para efetivação da atenção primária à saúde como reordenadora da rede de atenção à saúde, 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, as considerações finais e as referências que subsidiaram a construção desse artigo.

---

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 técnica sanitária (SANTOS, 2013, p. 143).

## 2 DESENVOLVIMENTO

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 compõe. Ressalta-se que o termo Atenção Primária à Saúde (APS) tem sua origem datada em 1920, através do Relatório de Dawson (Inglaterra), que se constitui como o trabalho precursor no que se refere à utilização deste termo.

O referido documento propunha uma mudança na organização do sistema de saúde, ia de encontro ao modelo norte americano (flexineriano), que detinha sua atenção na prática individual e curativa. Serviu como base para a organização dos sistemas de saúde, dado os elevados custos, o uso indiscriminado da tecnologia, a complexidade da atenção médica, bem como a baixa resolutividade e as precárias condições de vida e de saúde. De um lado, os países desenvolvidos com a preocupação em baixar custos dos sistemas de saúde e garantir sua sustentabilidade econômica e de outro, as iniquidades dos países em desenvolvimento, as altas taxas de mortalidade infantil e a falta de acesso aos serviços de cuidados primários (MATTA; MOROSINI, 2009).

Nesse sentido, o relatório indicava a organização do modelo de atenção em três níveis de serviços de saúde principais, 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 também no Brasil, que adotou o modelo Inglês, tendo como pressuposto os princípios da regionalização e integralidade (MATTA; MOROSINI, 2009).

Nessa perspectiva, em 1978 foi realizada a I Conferência Internacional Sobre os Cuidados Primários em Saúde, em Alma Ata, no Cazaquistão 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, saúde concebida como um direito e de caráter universalista.

Essa discussão sobre Atenção Primária à Saúde propõe mudanças no modelo

assistencial de saúde, busca romper com o caráter assistencialista, curativo e individual, centrado na estrutura médico-hospitalar focado na doença, modelo que norteava a atenção à saúde no Brasil, antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Pelo reconhecimento de que a saúde é um processo socialmente determinado, longe de ser um fenômeno biológico e individual, mas como resultante dos diferentes processos sociais e fatores econômicos, culturais, políticos, sociais, dentre outros (LAURELL, 1982), é fundamental a discussão acerca da garantia das necessárias condições que possam assegurar a integralidade da assistência à saúde.

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 saúde volta-se para as necessidades de saúde, as demandas particulares de cada região de saúde<sup>5</sup>, tornando imprescindíveis o estabelecimento das linhas de cuidado<sup>6</sup> e a continuidade da atenção, que somente por meio de uma rede de atenção à saúde será capaz de garantir a integralidade da atenção. Portanto, a rede carece 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 a melhoria do acesso. Além disso, “[...] ser humana, eficaz, racional, econômica e qualitativa” (SANTOS, 2013, p.143).

Contudo, não existe uma única concepção de APS, ao contrário, destacam-se as principais abordagens relacionadas à atenção primária: a) Atenção Primária em Saúde Seletiva, que enfatiza um número limitado de serviços, no intuito de dar conta de certas demandas de saúde e voltados especificamente para à população mais empobrecida; b) a

---

<sup>5</sup> Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e 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).

<sup>6</sup> 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).

Atenção Primária, que se refere ao ponto de entrada (nível de atenção) no sistema de saúde e ao local que fornece os cuidados de saúde para a maioria das pessoas, outrossim, é a abordagem relacionada à disponibilidade de médicos com especialização em clínica geral ou medicina familiar. E por fim, c) a concepção da Atenção Primária em Saúde “Abrangente” de acordo com a proposta de Alma-Ata, que trata a APS como o primeiro nível de atenção integrada e abrangente, enfatizando a participação da comunidade, a coordenação intersetorial e apoio em vários trabalhadores de saúde e médicos tradicionais, constitui-se como uma estratégia para organizar os sistemas de saúde (MENDES, 2004; CAMARGO, 2014).

Nesse sentido, no Brasil a partir do SUS e seus preceitos legais, tem-se um novo modelo de atenção à saúde, baseado na reestruturação da atenção primária à saúde, considerada como equivalente a atenção básica (PNAB, 2012) e tem servido de baliza para as transformações e estratégias do Ministério de Saúde.

Inicialmente em 1991 com a implantação do 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 de uma área adscrita, suas principais contribuições foi reduzir principalmente taxas de mortalidade infantil e materna, particularmente no nordeste e norte do país.

Posteriormente, em 1994, teve como aliado o Programa Saúde da Família (PSF), composto por uma equipe multiprofissional, com atribuições de desenvolver atividades de promoção, prevenção e recuperação a saúde, centrada na família, na comunidade e na atenção básica. Por último, com o Pacto pela Saúde (2006), em seu componente Pacto pela Vida, novos compromissos sanitários foram firmados, permanecendo o fortalecimento da atenção básica. Para tal, foi regulamentada a Política Nacional da Atenção Básica (2006), o PSF passou a ser a estratégia prioritária para a organização e fortalecimento da Atenção Básica (ABS), na condição de primeiro nível de atenção e porta de entrada<sup>7</sup> responsável pela ampliação do acesso e melhoria das ações e serviços oferecidos pela atenção básica.

A partir do Decreto 7. 508/2011 foram constituídas novas portas de entrada no SUS, a saber: serviços de “[...] atenção primária, como principal e ordenadora aos demais níveis de atenção; serviços de urgência e emergência, serviços de atenção psicossociais e

---

<sup>7</sup> Serviços de atendimento inicial a saúde do usuário no SUS (BRASIL, 2011, art. 2º, inciso II).

especiais de acesso aberto” (BRASIL, 2011, art. 9º.).

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 por meio de recursos financeiros desde sua implantação<sup>8</sup>, e enfatiza a assistência médica, por meio de uma “equipe mínima ou ampliada”<sup>9</sup>. O Ministério da Saúde deixa claro que os municípios podem agregar a equipe outras categorias profissionais, de acordo com as necessidades e características dos serviços locais, contudo, o financiamento é destinado a equipe denominada “mínima ou ampliada”.

Por conseguinte, a organização da atenção primária à saúde no Brasil, segue a lógica de países e organismos internacionais, como o Banco Mundial que adotam a APS numa perspectiva seletiva, focalizada, de baixa complexidade e destinada para populações mais empobrecidas, distanciando-se da abordagem da atenção primária abrangente, interdisciplinar, intersetorial a fim de garantir a integralidade da atenção à saúde, legitimada pela Conferência Mundial de Alma-Ata (1978) (MATTA; MOROSINI, 2009).

Dessa forma, percebe-se claramente os desafios e limites vivenciados pela Atenção Primária, questões essas que são reflexos do contexto neoliberal e da contrarreforma do Estado, que desfinancia, precariza e mercantiliza as políticas sociais públicas. Acaba por comprometer os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade na medida em que trabalha atenção básica desarticulada da média e alta complexidade e/ ou por meio de programas/estratégias focalizadas, propostas pelo MS.

Contudo, é imperativo a necessidade de articular estratégias, conhecimentos, práticas e saber, desvendar os “nós” a fim de garantir a integralidade da assistência à saúde e as necessidades de saúde dos usuários, contribuindo assim, para diminuição das iniquidades sociais. Para tal, mudanças nos modelos assistenciais são prioritárias, uma vez que traz 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

---

<sup>8</sup> 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 (MS/SAS/DAB, 2015).

<sup>9</sup> A equipe mínima é composta “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” (PNAB, 2012, 55).

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 saber, indispensáveis para a melhoria do processo de produção social da saúde, rompendo com o modelo hegemônico biomédico.

Nesse sentido, o cuidado em saúde deve ser efetivado de caráter interdisciplinar, particularmente no Brasil, são regulamentadas 14 (quatorze) categorias profissionais de saúde, segundo a resolução do CNS nº 287/1998, que reconhece a concepção ampliada de saúde, a importância do trabalho interdisciplinar para a garantia da integralidade da atenção, que necessita de uma rede regionalizada e hierarquizada.

No Município de Natal-RN a rede de ações e serviços de atenção básica/atenção primária, se organiza a partir das Unidades Básicas de Saúde (13), Unidades Saúde da Família (36) e Unidades Básicas Ampliadas<sup>10</sup> (05) 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 atenção.

O acesso às ações e serviços de saúde em Natal se dá por meio das 54 unidades de saúde, divididas conforme a quantidade populacional e de acordo com o território. Desta forma, o município é composto por cinco distritos<sup>11</sup> sanitários, correspondentes às quatro regiões administrativas do município, a saber: Norte I, Norte II, Oeste, Leste e Sul. Cada distrito encontra-se organizado da seguinte forma: Distrito Norte I 10 (USF); nenhuma UBS e 01 (UBA) no Norte II: 08 (USF); nenhuma UBS e 02 (UBA) no Oeste: 13 (USF) e 02 (UBS) e nenhuma UBA no Leste: 04 (USF); 04 (UBS) e 01 (UBA) e no Sul: 07 (UBS); 01 (USF) e 01 (UBA) (NATAL, 2014).

Neste artigo serão abordadas apenas as ações e serviços disponibilizados nos distritos Norte I e Norte II, devido aos dados dos demais distritos encontram-se em fase de coleta e/ou transcrição de entrevistas.

---

<sup>10</sup> 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)

<sup>11</sup> Para o melhor desenvolvimento das ações e serviços de saúde na região Norte, incluiu-se mais um distrito sanitário, devido o 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, e o Norte II pelos bairros de Salinas, Igapó, Potengi e Nossa Senhora da Apresentação (NATAL, 2014)

O distrito Norte I conta atualmente com uma população de 147.280, dos quais, 113.850 (77%) são cobertos pela ESF e 33.430 (23%) descobertos. A população do distrito Norte II é de 179.806, cujos 113.850 (63%) são cobertos pela ESF e 65.956 (37%) descobertos (NATAL, 2014, p.11). Esses dados revelam um número significativo de população descoberta, resultado do número insuficiente de Unidades Básicas de Saúde (UBS) diante das necessidades e demandas de cada território. O Distrito Norte I, por exemplo, possui onze Unidades de Saúde, sendo 10 (dez) Unidades Saúde da Família; 01 (uma) unidade ampliada realizando as ações básicas e integrais com o auxílio das especialidades básicas e não possui UBS. Ainda nessa região, tem-se o Distrito Sanitário Norte II o qual possui 08 (oito) Unidades Saúde da Família, 02 (duas) UBA e nenhuma UBS (NATAL, 2014, p.14).

Nessa perspectiva, é importante destacar que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em grandes centros urbanos, recomenda que uma Unidade de Saúde com Estratégia Saúde da Família deve dar cobertura há no máximo a 12 mil habitantes. Enquanto que, uma Unidade de Saúde sem Estratégia Saúde da Família deve prestar atendimento há no máximo, 18 mil habitantes, de forma a garantir os princípios e diretrizes da atenção básica (BRASIL, 2012).

Assim, os (as) gestores expressam a insatisfação com o número de Unidades de Saúde em cada distrito, tendo em vista que o número da população referenciada aos serviços de saúde extrapola os regulamentos da PNAB, prejudicando as ações de promoção e prevenção à saúde. Ainda, os relatos dos (as) gestores (as) afirmam que há muitos “vazios assistenciais”<sup>12</sup>, pois o número de Unidades não consegue atingir a toda população que está inserida na extensão territorial dos locais, o que deixa parte da população descoberta, e que são atendidas através da chamada “demanda aberta”<sup>13</sup>.

Além da preocupação em tornar homogêneas as demandas que chegam aos serviços, por meio do agendamento ou espontâneas, também é uma das diretrizes da PNAB, a articulação entre o desenvolvimento de ações e serviços de promoção da saúde, e de prevenção de agravos, mais do que da recuperação da saúde, sem prejuízo da instância assistencial.

---

<sup>12</sup> Os “vazios assistenciais” ou “vazios existenciais” correspondem a ausência de oferta das ações e serviços de saúde, seja na atenção básica ou na média e alta complexidade, ou ainda, a carência de recursos humanos pela falta de disponibilidade de profissionais de saúde.

<sup>13</sup> É o atendimento à saúde da população que encontra-se fora da área de cobertura das unidades de saúde, e essa população busca o atendimento sem agendamento prévio.



Tendo em vista as particularidades de cada usuário e de cada região, 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 inserido, enfatizando desta forma o princípio da equidade (BRASIL, 2012).

A atenção aos determinantes sociais de cada região/território é importante para que as unidades de saúde possam oferecer ao usuário, ações e serviços de saúde resolutivos às suas particularidades. Para tal, a PNAB ressalta que a atenção básica precisa se organizar de forma que suas ações e serviços proporcionem o acolhimento e a escuta que favoreçam o retorno positivo aos usuários, sendo assim, “capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta” (BRASIL, 2012, p. 21).

Nesse sentido, enfatiza a importância de que o trabalho desenvolvido com os usuários da atenção básica possa compreendê-los como sujeitos singulares, dando visibilidade para a interação e particularidades da comunidade em que vivem; enfatizando a importância do desenvolvimento e manutenção do vínculo entre profissionais e comunidade/usuários (BRASIL, 2012).

A partir do estabelecido pelo PNAB e da identificação das ações e serviços oferecidos nas unidades de saúde dos distritos Norte I e Norte II do município de Natal, pode-se verificar que ações, serviços, programas e projetos desenvolvidos, estão correlacionados com as particularidades de cada bairro que compõe os distritos citados. É importante destacar que a maioria das unidades envolvidas, está situada em bairros periféricos, onde há um 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, coleta de lixo regular, o que deixa a região mais vulnerável a situações de riscos sanitários e sociais, devendo ter o 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, seguido de preventivo e de promoção a 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. Dentre as ações e serviços voltados para a prevenção tem-se: realização do 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 que no Norte II há unidades que possuem atendimentos a usuários com tuberculose e o trabalho voltado para área de saúde mental.

Na maioria das unidades de saúde são realizados programas e projetos voltados para usuários hipertensos e diabéticos, como por exemplo, o grupo “África Viva”, desenvolvido em uma unidade de saúde do distrito Norte I, se destina aos idosos e realizam atividades físicas. Neste distrito também são realizadas ações educativas que tem como objetivo a prevenção de câncer no colo uterino, estabelecido como prioridades sanitárias pactuadas no Pacto pela Vida, que é umas das dimensões contempladas no Pacto pela Saúde. Há também, na maioria das unidades dos distritos, grupos de gestantes e grupos de arte e dança, como por exemplo, o grupo “Lírios do Sol”, destinado à 3ª idade e que acontece em uma unidade do Norte II. E há ainda o grupo de tabagismo e dependentes químicos de álcool.

Verifica-se que essas práticas carecem 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.

Nesse sentido, 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-se da necessidade do acesso ao serviço e poder utilizar toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; o terceiro conjunto se refere à criação de vínculos (a)efetivos entre os usuários e a equipe e/ou um profissional e por fim, o quarto conjunto que diz respeito à necessidade de cada sujeito ter graus crescentes de autonomia na forma de direcionar a vida (CECÍLIO, 2009)

Ademais, integra esse debate o significado da produção da saúde, baseado nas tecnologias leves, relacionais, e na produção do cuidado de forma integralizada, centrada nas necessidades dos usuários. Assim, obtém-se a compreensão de 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, 2003).

É possível inferir que boa parte das ações e serviços oferecidos pelas unidades possuem o foco na atuação curativa, porém é importante apreender que na lógica da atenção primária à saúde a prevenção e a promoção à saúde precisam ter maior visibilidade nos serviços oferecidos pelas unidades de saúde, contribuindo para reverter o caráter passivo das UBS, revertendo o modelo curativo, e garantindo a integralidade de atenção à saúde, o que somente poderá ser efetivado a partir de uma rede articulada, interconectada, como previsto pelo SUS. Sendo assim, a resolutividade desse nível de atenção à saúde se constata a partir de ações e serviços de promoção à saúde e prevenção de agravos, por meio dos cuidados primários, do estabelecimento das linhas de cuidado. No intuito de tornar menor o índice de doenças, das condições específicas de ciclos de vida, que demandem a ida dos usuários às especialidades, aos demais níveis de atenção em questões que podem ser revolvidas na atenção básica.

Pode-se inferir que a procura dos usuários por serviços assistenciais, de caráter curativo são os mais intensos, 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 fragmentação dos serviços. A discussão da produção social da saúde, da importância da promoção e a prevenção é ainda algo recente.

O desenvolvimento das ações e serviços oferecidos nas unidades dos distritos Norte I e Norte II, passam por limites técnicos-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; a falta de profissionais, estabelecendo um quadro de equipes incompletas. Chama-se atenção para a falta de acolhimento dos profissionais para com os usuários, contrariando desta forma a Política Nacional de Humanização, que preconiza o acolhimento como o reconhecimento do que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde, tendo desta forma, o dever de “comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações” (BRASIL, 2004). Outro limite apresentado é a ausência de equipamentos sociais em alguns bairros, o que dificulta a realização de parcerias, a fim de efetivar a essencial intersetorialidade na saúde.

Os dados revelam que o acesso dos usuários às ações e serviços ocorre através de encaminhamentos, de demanda espontânea, do agendamento feito na própria unidade ou através do agente comunitário de saúde (ACS). Outrossim, a PNAB explicita que o acesso dos usuários às ações e 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 seletivo (BRASIL, 2012).

Outra dificuldade expressa pelos(as) diretores(as) entrevistados(as) foi o número insuficiente de profissionais, o que limita o desenvolvimento das ações e serviços. Os dados coletados expressam que a maioria das Unidades Saúde da Família trabalham com formação de equipe ampliada, e algumas ainda, com o apoio de nutricionistas e psicólogos. No distrito Norte I as equipes são ampliadas e os profissionais são contratados a partir de concursos, CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) ou Mais Médicos, além de alguns profissionais vinculados às cooperativas, o que ocasiona uma intensa rotatividade de profissionais. Já o distrito Norte II trabalha com os dois tipos de equipe mínima e ampliada. De acordo com as 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 vindos do PROVAB ou do Mais Médicos.

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

Perante essas dificuldades apontadas, 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, ressaltar que a adoção desse mecanismo deve ser baseada nas necessidades apontadas pelos orçamentos e planos de saúde, seja no âmbito nacional, estadual ou municipal, pois o objetivo desta 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. O que não está sendo concretizado nas unidades analisadas, pois não há a continuidade das ações e serviços

prestados, visto que a rotatividade de profissionais inviabiliza o a integralidade da atenção.

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esse 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, é evidente a tensão política da saúde pública e os ditames do projeto neoliberal, o qual tem privilegiado a Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia da Atenção Básica no Brasil, indo ao encontro da perspectiva da Atenção Primária seletiva, buscando alto impacto para combater as causas mais prevalentes de mortalidade infantil, materna, dentre outros, mas direcionada a determinada população e não a todos. Do mesmo modo, organiza no território nacional a atenção voltada aos cuidados básicos e não primários de saúde por meio da oferta de ações e serviços focalizados e centrados na equipe mínima ou ampliada da ESF preconizada pelo Ministério da Saúde (MS).

Contudo, a discussão ampliada dos determinantes sociais de saúde, das necessidades de saúde a fim de alcançar 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 ao Sistema de Saúde, prestando uma assistência integral, que se constituiu a partir de uma rede articulada com os demais níveis de atenção. Condição necessária ao cuidado contínuo, para além do assistencial, mas aliado à promoção e prevenção à saúde, motivo pelo qual é estratégia na mudança do modelo de atenção à saúde.

Para tal, necessita que sejam consideradas as particularidades dos territórios, das regiões de saúde e suas necessidades, igualmente carece de recursos humanos apropriados e qualificados, indo de encontro à concepção restrita, seletiva de APS, modelo que tem se traduzido no contexto brasileiro.

Nesse sentido, 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. No intuito de estabelecer as mediações necessárias para a garantia do acesso às condições de efetivação da saúde como um direito social, de responsabilidade pública. E assim, promover a integralidade da atenção à saúde,

por meio de ações e serviços que melhorem significativamente às condições de vida e de saúde da população sob sua responsabilidade, que só se efetivará através de um esforço intersetorial e interdisciplinar, para além da dor e do sofrimento.

Diante a compreensão relacionada às ações e serviços de saúde oferecidos nas unidades de saúde dos distritos Norte I e Norte II, observa-se a importância e necessidade que essas iniciativas possuem para efetivação dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde. Porém, nota-se que essas ações e serviços perpassam por 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) quando caracteriza a atenção básica por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que visam às ações de promoção, proteção, prevenção de agravos, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, etc.

A partir dos dados apresentados, também foi possível constatar que as ações e 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, a oferta se dá proporcionalmente inversa do deve ser.

Apesar das limitações no que se refere ao funcionamento e as condições de infraestrutura e a escassez de recursos humanos, percebe-se que muitos são os desafios enfrentados pelas Unidades de Saúde na efetivação de suas ações e serviços. Constata-se a partir das entrevistas realizadas que em uma minoria das unidades, algumas iniciativas já vêm sendo tomadas como: a contratação de novos profissionais, ampliação de equipes e Unidades de Saúde, a aquisição de insumos e materiais necessários aos processos de trabalho na saúde, entre outros. Porém, essas iniciativas acontecem a passos lentos e na realidade não alteram significativamente os processos.

Ao contrário, as unidades continuam vivenciando diversas limitações que as impossibilitam de atender a população das áreas de descobertas e de ofertar serviços mais qualificados as da cobertura assistencial, seja em virtude das precárias condições das unidades de saúde, do número escasso de unidades de saúde, como o número mínimo de equipes para a necessidade do território. Assim, os desafios são constantes em relação às demandas apresentadas pelos (as) diretores (as) que vai 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 que, portanto, não

carece maior visibilidade e investimento por parte do poder público, tendo em vista ser menos lucrativa, com baixo investimento em tecnologias especializadas. Ademais, essa pesquisa pretende contribuir para desmistificar dessa ideia.

#### 4 REFERÊNCIAS

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. **Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília (DF), 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto n. 7508, de 28 de junho de 2011**. Brasília (DF), 2011.

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

LAURELL, Asa Cristina. La salud-enfermedad como proceso social". **Revista Latinoamericana de Salud**, México, n. 2, p. 7-25, 1982. Trad. E. D. Nunes.

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

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

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](http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primaria_a_Saude_-_recortado.pdf)>. Acesso em: mar. 2013.

MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e Saúde: Declaração de Alma-Ata e Movimentos Posteriores. In: **Revista Latino Americana de Enfermagem**, 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 Relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, ano 27, v. 27, n. 65, set./dez. 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família por unidade geográfica**. Brasília: 2015.

NATAL (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Básica de Natal**. Versão Preliminar – Profissionais e Gestores. Natal, 2014.

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

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

