

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Eliane Martins de Souza Guimarães

No processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006) apresentou a estratégia de Saúde da Família como orientação governamental para reorganização do modelo assistencial da saúde. A Atenção Básica caracteriza-se por “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006, p. 10).

A Saúde da Família¹ orienta-se pelo caráter substitutivo em relação à rede de atenção básica tradicional, a atuação no território, com atividades realizadas com base no diagnóstico situacional tendo como foco a família e a comunidade, a integração com instituições e organizações sociais e atuação como espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006, p. 18).

No entanto, as condições em que a Saúde da Família é implementada devem ser analisadas em suas contradições, a partir do contexto político e as repercussões do neoliberalismo nas políticas sociais no cenário mundial e local, questionando a direção que esta assume diante das contrarreformas e da disputa hegemônica na política e projetos de saúde no Brasil (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 10). É preciso considerar que a proposta tem se configurado situada entre reformas progressistas – vinculadas aos ideais das Reformas Sanitárias – e as contrarreformas – focalizadas, vinculada às reformas de ajustes neoliberal –, o que contribui para os diferentes caminhos que o modelo tem percorrido.

A Saúde da Família possui em sua história uma relação de dualidade entre a ampliação da forma de conceber e organizar os serviços de saúde e a focalização da oferta e da prática assistencial. A perspectiva da saúde centrada na doença alcançou hegemonia na política de saúde ao atingir suas diversas esferas – desde a concepção, formação, prestação de serviços, a organização dos sistemas de saúde e de um mercado –, construindo assim uma cultura em torno da doença. A perspectiva apresentada em contraposição retoma a vinculação das demandas sociais à saúde, através da defesa de uma concepção de saúde ampliada na qual a atenção primária, a família e a comunidade, se estabelecem como diretrizes estratégicas.

A reorganização dos serviços se deu por meio da defesa da Atenção Primária a Saúde (APS) e da Promoção da Saúde, em um cenário de difusão do ideário neoliberal, permeada por estratégias difundidas por organismos internacionais que influenciaram os sistemas de saúde. Destaca-se o papel da conferência de Alma Ata em 1978 como referência para a reorganização dos sistemas de saúde e estratégia para o alcance da meta “Saúde para todos no ano 2000”. Como expressão de diversas experiências, a declaração orientou a reorganização dos serviços de saúde e estabeleceu a APS como “porta de entrada para os sistemas de saúde” (STARFIELD, 2002, p. 207). Como resultado da movimentação em

¹ Considerando as diferentes nomenclaturas já utilizadas para o serviço – PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), PSF (Programa Saúde da Família), ESF (Estratégia de Saúde da Família), Médico de Família, Clínica da Família e outras denominações locais –, além do debate entre o uso dos termos Atenção Básica e Atenção Primária, optamos por utilizar o termo Saúde da Família para caracterizar o serviço.

torno da temática, a Carta de Ottawa, fruto da Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986, trouxe o debate sobre a promoção da saúde que se ampliou nos anos que se seguiram, incorporando novas demandas com realização de novas conferências (BRASIL, 2010).

No Brasil, marcado por ações de saúde pública de caráter campanhista e de assistência de caráter previdenciário, a atenção à saúde voltada para o atendimento primário e preventivo foi construído por meio de experiências locais. As ações comunitárias que buscavam superar o caráter desenvolvimentista, pautando a dimensão social do processo saúde-doença, influenciaram o Movimento de Reforma Sanitária e evidenciaram a demanda pela descentralização dos serviços, hierarquização, regionalização e reorientação dos gastos públicos, fomentando o debate sobre a Saúde da Família no SUS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi implantado em 1991 com caráter seletivo e focalizado, atendeu inicialmente as regiões Norte e Nordeste em áreas rurais e periféricas, com enfoque em situações de alto risco para doenças infecciosas e desnutrição. A experiência do PACS se estendeu a todo o território brasileiro no governo Fernando Henrique Cardoso, através do Programa Saúde da Família (PSF) instituído pela Portaria MS 692/93. Inicialmente voltado para atender pequenos municípios e absorver a demanda reprimida por atendimento de saúde, passou a ser incentivado pela Norma Operacional Básica de 1996 (NOB SUS 01/06), que colocou a Atenção Básica como primeiro nível de atenção e estabeleceu o Piso da Atenção Básica (PAB) como um novo modelo de transferência de recursos financeiros. No entanto, permaneceu voltado para áreas muito pobres com restrição de acesso aos serviços de saúde, mantendo o caráter focalizado.

A Saúde da Família passa a ser concebida como estratégia pelo Ministério da Saúde (MS) no documento intitulado Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial (Brasil, 1997). Tal perspectiva busca estabelecer o serviço como porta de entrada do sistema de saúde, preconizando o atendimento realizado por equipe multiprofissional.

A expansão da cobertura da Saúde da Família ocorreu nos anos 2000 sob a indução do MS por meio do PAB variável que prevê pagamentos adicionais por equipe em funcionamento. Em 2003, passou a ser apoiado pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), a partir de financiamento internacional, visando a organização e o fortalecimento da atenção básica em grandes centros urbanos. Em 2011, foi criado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que instituiu o PAB variável relacionado ao desempenho das equipes (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 526).

No processo de expansão nos governos Lula, foi instituída através da Portaria 648/GM de 28 de março de 2006 a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabeleceu a Saúde da Família como uma estratégia de reorganização do modelo assistencial da saúde, voltado para a atenção integral através da promoção e prevenção e porta de entrada para o SUS. A Saúde da Família, como estratégia, propõe um modelo de atenção no qual o usuário é visto de uma forma integral, com ênfase no contexto familiar e comunitário, buscando facilitar o acesso dos usuários ao sistema de saúde e a extensão da cobertura na tentativa de garantir a qualidade da assistência de forma humanizada.

Segundo a PNAB (2006), o atendimento nas Unidades de Saúde da Família passa a ser realizado tendo como referência a área de abrangência, com cobertura de cerca de 1.000 famílias para cada equipe. As áreas são divididas em microáreas e atendidas por uma equipe mínima, composta por médico de família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, a equipe pode contar com profissionais de saúde bucal. No processo de trabalho, são adotados recursos como visita domiciliar, grupos educativos e consultas como estratégias de assistência à saúde. As atividades são realizadas com a priorização de grupos como hipertensos, diabéticos, idosos, recém-nascidos, combate à tuberculose e hanseníase, saúde da mulher, entre outros.

Sobre o processo de trabalho, Paim (2008, p. 168-169) indica algumas perspectivas e racionalidades na organização dos serviços de saúde, que passam a ter grande incidência nas formulações da Saúde da Família como as noções de regionalização, hierarquização, participação comunitária, multiprofissionalidade, tecnologias (materiais e não materiais), vigilância da saúde, a reatualização do debate sobre promoção da saúde, qualidade de vida e humanização do cuidado.

Com a ampliação da demanda de atendimento, em 2008 foi constituído o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a partir da Portaria 145/2008. O NASF é configurado por equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (ESF), com o apoio matricial às equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e o Programa Academia da Saúde. Com uma composição ampla de profissionais da área da saúde, os assistentes sociais têm composto as equipes, sendo uma das categorias mais requisitadas.

A PNAB foi revisada em 2011, pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que estabeleceu novas diretrizes para organização da Atenção Básica, para a ESF e PACS e regulamentou o NASF.

A implantação da Saúde da Família em todo o país proporcionou importantes avanços diante da perspectiva biomédica, curativa e hospitalar. No entanto, apresenta contradições e limites, já que seu caráter focalista, colocou em questionamento sua possibilidade de promover mudanças na totalidade do sistema de saúde. A estratégia que se projetou com a prerrogativa de atuar como porta de entrada, não conseguiu estabelecer uma rede de referência, e tem se constituído como porta de retenção, seja em grandes ou em pequenos municípios (GIL, 2006; PIRES; GOTENS, 2009).

As contradições também são postas entre as perspectivas para o modelo de atenção básica/primária, que vão influenciar a construção da proposta de Saúde da Família no Brasil, favorecendo uma ou outra tendência (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

No processo de trabalho, é preciso considerar que o investimento no atendimento à família e comunidade em si não torna a proposta progressista. A análise da abordagem familiar e comunitária revela que a Saúde da Família também pode ser permeada por perspectivas e práticas com tendência conservadoras, deslocadas das determinações sociais do processo saúde-doença (GUIMARÃES, 2017).

Em 2016, com a destituição de Dilma Rousseff da presidência da república, Michel Temer assume uma perspectiva liberal, com ajuste fiscal, privatizações, reforma trabalhista e a aprovação da PEC 241/55. Ainda no governo interino, o ministro da Saúde, Ricardo Bastos, anunciou a criação de um grupo de trabalho para elaborar um projeto de Plano de Saúde Popular, chamado de Plano de Saúde Acessível. Em agosto de 2017, é proposto pelo

MS a revisão da PNAB, que foi aprovada em 30 de agosto de 2017, pouco mais de um mês após tornar-se oficialmente pública.

Os impactos da nova PNAB (2017) atingem o financiamento, a composição das equipes e o modelo dos serviços. Para Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) a nova PNAB aponta a ruptura com a sua centralidade, instituindo novas formas de financiamento que não contemplam as equipes multiprofissionais, a diferenciação de ações e serviços “legitimando sua configuração como uma política focalista e restrita a populações mais vulneráveis ou agravos mais comuns, limitando-se a oferta do mínimo do mínimo no que consta aos serviços oferecidos à população” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 16).

As análises sobre os impactos da nova PNAB (2017) vão apontar elementos de continuidade, descontinuidade e possíveis agregações. Sinaliza-se a diminuição dos ACS e mudança de seu perfil, bem como a priorização da chamada AB tradicional em detrimento da ESF, que em uma conjuntura de crise política e econômica do país “faz-se inoportuna e oferece condições de desmonte da ESF, além de aprofundar a cisão entre atores da política de saúde” (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2018, p. 49).

Um dos pontos cruciais para todo o SUS, em especial para a Atenção Básica, é o financiamento, sendo este um dos impactos provocados na mudança da PNAB. Na análise de Mendes, Carnut e Guerra (2018), o financiamento foi sempre orientado pela fragmentação, com incentivos financeiros através do PAB Variável, que reforçou a ideia restrita de Atenção Básica, sendo essa introduzida a PNAB 2017.

Um dos reflexos das mudanças na PNAB atinge diretamente o NASF. Reis e Menezes (2020) apontam alteração na nomenclatura do serviço e ampliação o escopo de atuação do Nasf, incluindo também outras equipes de AB. No final de 2019, o programa Previne Brasil consolidou mudanças significativas no modelo de financiamento que impactaram sobre o Nasf-AB, gerando grande repercussão nos setores da saúde que passaram a questionar a possibilidade de continuidade do NASF. Destacam que apesar das afirmações de continuidade do NASF, a publicação da Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS sinaliza que não há mais nenhum tipo de estímulo à lógica do apoio matricial, ficando a cargo do gestor local a definição de manutenção dos profissionais.

Nesse contexto, o que se observou foram relatos de equipes desfeitas e profissionais demitidos, com ampliação da adoção de Organizações Sociais (OS) para a contratação de profissionais e gerenciamento dos serviços. Sob argumento da recente crise econômica e das mudanças na PNAB, a decisão dos gestores municipais tem sido de reduzir equipes de Saúde da Família, tendo a noção de produtividade como critério de corte (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

No governo de Jair Bolsonaro, em um contexto de crise social e políticas ultraconservadoras e ultraneoliberais com repercussões diretas na vida da classe trabalhadora, a pandemia de COVID-19 evidenciou as contradições sociais, representando um desafio sem precedentes para a ciência e para a sociedade. Mesmo considerando as fragilidades da Saúde da Família e com a resposta sanitária centrada nos serviços hospitalares, Medina (2020) reafirma a importância do modelo, considerando sua responsabilidade territorial e orientação comunitária no apoio às populações, na manutenção do cuidado e no vínculo das pessoas com profissionais.

Ao retomar o processo histórico de constituição, expansão e o desmonte da política de Atenção Básica em Saúde no Brasil, evidencia-se a disputa entre os projetos de saúde e os

impactos das contrarreformas no modelo do sistema de saúde, no financiamento, na formação, na contratação de profissionais e no processo de trabalho. Assim, a análise da Saúde da Família, requer o desvelamento de suas contradições, buscando compreender a direção social que vem assumindo para a construção de mediações críticas no trabalho em saúde.

Em suas contradições e potencialidades, a Saúde da Família representa uma perspectiva de construção de práticas que consideram a dimensão social na saúde. Contudo, é preciso reafirmar o reconhecimento das determinações sociais, considerando a formação social brasileira e as questões de gênero, raça e classe que a atravessam. A abordagem familiar e comunitária traz como exigência que a centralidade da família seja questionada e não referendada, e que o vínculo com a comunidade e o território possa subsidiar processos reivindicatórios, buscando recuperar o potencial da participação popular. No processo de trabalho e educação em saúde, torna-se necessário a ruptura com os vieses fiscalizatório e controlador, com apropriação do seu potencial de reconhecimento da realidade social, das contradições e demandas existentes, e da possibilidade de construção de processos reflexivos que potencializem o acesso à informação e à organização coletiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.
- _____. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.
- BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. *Argum*, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. de 2018.
- GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, n. 22, jun. de 2006.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Ligia (Org.). *Política e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª ed.. rev. e amp., p. 493-547. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- GUIMARAES, E. M. de S. Expressões conservadoras no trabalho em saúde: a abordagem familiar e comunitária em questão. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 130, p. 564-582, dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282017000300564&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 de mar. de 2020.
- MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 36, n. 8 [Acessado 1 Dezembro 2022], e00149720. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>>. ISSN 1678-4464. <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>>.

- MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4593-4598, dez. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232019001204593&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 de mar. de 2020. Epub Nov 25, 2019.
- MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 224-243, Set. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042018000500224&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 8 de mar. de 2020.
- PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- PIRES, M. R. G. M.; GOTTEMS, L. B. D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. *Revista brasileira de enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 2, abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672009000200020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 de set. de 2009.
- REIS, S.; MENESES, S. *Novo financiamento da atenção básica: possíveis impactos sobre o Nasf-AB*. CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2020. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2020/02/novo-financiamento-da-atencao-basica-impactos-sobre-o-nasf-ab/>>. Acesso em 8 de mar. de 2020.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.