



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

FIDEL CESÁRIO DE LIMA ALBUQUERQUE

**A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA A MELHORIA DO
SUS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

CAMPINA GRANDE
2017

FIDEL CESÁRIO DE LIMA ALBUQUERQUE

**A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA A MELHORIA DO
SUS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em medicina.

ORIENTADORA: Dr^a Gisetti Corina Gomes Brandão.

CAMPINA GRANDE
2017

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG

A345i

Albuquerque, Fidel Cesário de Lima.

A importância da atenção primária à Saúde para a melhoria do SUS: uma revisão integrativa / Fidel Cesário de Lima Albuquerque. – Campina Grande, 2017.

41f; il.; qd.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Medicina, Curso de Medicina, Campina Grande, 2017.

Orientadora: Gisetti Corina Gomes Brandão, Dra.

1.Sistema Único de Saúde. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Estratégia Saúde da Família.
I.Título.

BSHUAC/CCBS/UFCG

CDU 614.2(043.3)



ANEXO VI

Ata da Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina da UAMED/CCBS/UFCG

Às 8:45 horas do dia 18/12/2017, nas dependências do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, realizou-se a defesa do TCC intitulado: A importância de Atenção Primária à Saúde para melhoria do SUS: Uma revisão integrativa

de autoria dos discentes:

Fidel Bezório de Lima Albuquerque

sendo orientado(s) por:

GIZETTE CORINA GOMES BRANCO

e coorientado por:

Estiveram presentes os seguintes componentes da Banca Examinadora:

Ana Fabiana de Rocha Mata Farias
Regene Maria de Sousa Cortado
Flávia Mente de Araújo

Iniciados os trabalhos, o Presidente da Banca Examinadora sorteou o aluno:

Fidel Bezório de Lima Albuquerque

passando a palavra ao mesmo para iniciar a apresentação, que teve 30 minutos para fazê-lo. A apresentação durou 30 minutos, após a qual foi iniciada a discussão e arguição pela Banca Examinadora. A seguir, os discentes retiraram-se da sala para que fosse atribuída a nota. Como resultado, a Banca resolveu aprovar o trabalho, conferindo a nota final de 10,0. Não havendo mais nada a tratar, deu-se por encerrada a sessão e lavrada a presente ata que vai assinada por quem de direito.

Campina Grande, 18/12 2017.

Orientador

Gizette Corina Gomes Branco

Titular 1

Regene Maria de Sousa Cortado

Titular 2

Ana Fabiana de Rocha Mata Farias

Suplente

Flávia Mente de Araújo

*Para todos aqueles que acreditam em um SUS 100% universal,
gratuito, livre de privatizações, socialmente referenciado e,
sobretudo, humano.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, família, amigos, mestres, que me apoiaram em todos os momentos. Ao Diretório Acadêmico Francisco Brasileiro e à Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), dos quais participei durante anos da minha graduação e foram decisivos para a escolha do tema deste trabalho, bem como para minha formação como médico e pessoa.

ALBUQUERQUE, Fidel Cesário de Lima. **A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA A MELHORIA DO SUS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.** Campina Grande: UFCG, 2017. 41p.

RESUMO

A atenção primária à saúde perpassou por diversas mudanças, ora com criação de novos programas como o Mais Médicos em 2013, ora com a nova Política Nacional de Atenção Básica lançada neste ano de 2017, em um controverso contexto político e social, no qual entidades da saúde e movimentos sociais alertam para um possível desmonte do Sistema Único de Saúde. Considerando esse contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar a produção científica sobre a importância da Atenção Primária à Saúde para o Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que se constitui como uma ferramenta da Prática Baseada em Evidências, permitindo a incorporação de evidências à determinada área de conhecimento científico. Fizeram parte da amostragem 9 artigos a partir dos critérios de inclusão e exclusão. Durante a análise dos artigos, observou-se a predominância das seguintes políticas: Estratégia Saúde da Família, Programa Mais Médicos, NOB 96, PNAB 2006 e PNAB 2011. Para cada um foi extraído os elementos potencializadores e limitadores para o desenvolvimento da atenção primária à saúde e melhoria do sistema único de saúde. Além disso, foi realizada uma análise de como a produção científica se expressa a partir da temática Atenção Primária à Saúde e Sistema Único de Saúde. Conclui-se que, apesar das limitações, a atenção primária à saúde vem sendo importante para a melhoria do sistema único de saúde e desenvolvimento de seus princípios básicos, principalmente no que se refere ao acesso ao cuidado e organização do sistema, funcionando como porta de entrada e local de referência, prevenção e promoção da saúde segundo os determinantes sociais. Além disso, é importante um maior desenvolvimento de pesquisas na área da atenção básica, com forte envolvimento social, principalmente para contribuir com o processo cíclico de avaliação e melhoramento.

Palavras-chave: Sistema único de saúde. Atenção primária à saúde. Estratégia saúde da família.

ALBUQUERQUE, Fidel Cesário de Lima. **THE IMPORTANCE OF PRIMARY CARE TO THE UNIFIED HEALTH SYSTEM: AN INTEGRATIVE REVIEW**. Campina Grande: UFCG, 2017. 41p.

ABSTRACT

Primary Care in Brazil has gone through several changes such as the creation of More Doctors Program in 2013 and the new National Policy on Primary Care issued on September 2017, during a controversial political and social background, which entities of health movement warn about a possible of damage to the Unified Health System. Regarding this context, the paper has as objective analysis the scientific production about Primary Care in the Unified Health System. It's an integrative review that uses as a tool the Evidence-Based Practice that allows incorporation of evidence into an area of scientific knowledge. Nine articles were included as sample using the criteria of inclusion and exclusion established. Through the analysis of the articles, a predominance of some health policies was noted: Family Health Strategy, More Doctors Program, Basic Operational Norm of 1996 (NOB 1996), National Policy on Primary Care of 2006 (PNAB 2006) and National Policy on Primary Care of 2011 (PNAB 2011). For each one policy, potentialities and limiting elements were extracted, considering the development of Primary Care and the improvement of the Unified Health System. In addition, an analysis was made about how a scientific production is expressed regarding the Primary Care and the Unified Health System. It's concluded that, despite the limiting elements, Primary Care has been important for the improvement of the Unified Health System and for the development of its elementary principles, mainly through the access to care and as the basis of the system, acting as gateway and counter-referral site, but also practicing prevention and health promotion according to the determinants of health. Besides it's important a further development of researches in Primary Care area, with a solid social involvement to contribute with the process of evaluation and improvement of the health system.

Keywords: Unified Health System. Primary Health Care. Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Etapas para seleção dos artigos científicos na Biblioteca Virtual em Saúde.....	17
Quadro 1 – Amostra selecionada a partir dos critérios de inclusão e exclusão.....	20
Quadro 2 – As potencialidades e limites dos elementos da Atenção Primária à Saúde para o SUS.....	21

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
APS	Atenção Primária à Saúde
BDEF	Bases de dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
COAPES	Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HISA	História da Saúde
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde
INDEXPSI	Index Psicologia - Periódicos Técnico-Científicos
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LIS	Localizador de Informação em Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso Assistencial Básico
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidência
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3. REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1 REFLETINDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	13
3.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA CONSTRUÇÃO DO SUS	14
4. METODOLOGIA	16
4.1 TIPO DE ESTUDO	16
4.2 QUESTÃO NORTEADORA	16
4.3 OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA E BUSCA NA LITERATURA.....	17
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	19
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
5.1 A RELAÇÃO ENTRE A APS E O SUS NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA.....	20
5.2 POTENCIALIDADES E LIMITES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	21
5.2.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: POTENCIALIDADES E LIMITES.	22
5.2.2 PROGRAMA MAIS MÉDICOS: POTENCIALIDADES E LIMITES	29
5.2.3 POLÍTICAS SECUNDÁRIAS: NOB 1996, PNAB 2006 e PNAB 2011	34
6. CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS	39

1. INTRODUÇÃO

Durante a história do Brasil, pode-se pensar em diversos modelos de sistemas de saúde. No entanto, somente a partir do processo de redemocratização social, em um período pós-ditadura militar na década de 1980, é que se começou a acompanhar as políticas de bem estar-social que já vinham sendo implementadas na Europa no período pós-guerra e culminaram, em 1990, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (PAIVA; TEXEIRA, 2014).

Entretanto, para acompanhar as progressistas diretrizes e princípios desse novo sistema, fez-se necessária a implementação de políticas públicas de saúde acompanhadas de processos de avaliação, na tentativa de sobrepor as dificuldades organizacionais e operacionais inerentes às características do país.

Dessa forma, baseado essencialmente na Conferência de Alma Ata, em 1978, que enxergou a atenção primária como uma promissora ferramenta básica para o desenvolvimento dos sistemas de saúde ao redor do mundo, foi criado em 1993 o Programa Saúde da Família, que revolucionou o modo de trabalhar-se com saúde no Brasil (BRASIL, 2010).

Desde então, a atenção primária veio passando por mudanças, ora com criação de novos programas como os Mais Médicos em 2013, ora com a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) lançada neste ano de 2017 em um controverso contexto político e social, no qual entidades da saúde e movimentos sociais alertam para um possível desmonte do Sistema Único de Saúde (CAMPOS; JÚNIOR, 2016).

Dessa forma, cabe perguntar: a Atenção Primária à Saúde (APS) é realmente importante para o desenvolvimento do SUS? De que forma essa relação vem sendo expressa em forma de produção científica?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a produção científica sobre a importância da Atenção Primária à Saúde para o Sistema Único de Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar como se expressa a relação entre Atenção Primária à Saúde e Sistema Único de Saúde na produção científica;
- Identificar os elementos da Atenção Primária à Saúde que são potencializadores e limitadores para a efetivação dos princípios do SUS;

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 REFLETINDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O conceito de APS parece ter sido idealizado inicialmente no Relatório Dawson em 1920 na Grã-Bretanha, no entanto, foi consolidado apenas em 1978 durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em Alma-Ata, cidade que cedeu o nome para a declaração considerada a base da atenção primária para sistemas de saúde no mundo.

A Declaração de Alma-Ata (1978) tratando da Atenção Primária à Saúde afirma:

Os cuidados primários de saúde 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 comunidade, 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 (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, p. 1).

Didaticamente, Cutolo (2012) divide a APS em categorias:

1 - APS clássica: trata-se apenas de mais um nível de atenção, baseado em prevalência, centrada nas doenças mais comuns, no indivíduo e sua relação com o médico;

2 - APS seletiva: busca a execução de ações que tenham impacto em comunidades específicas. Um exemplo seria a Terapia de Reidratação Oral em uma região com alta prevalência de doença diarreica.

3 - APS ampliada: tem um enfoque semelhante ao colocado na Declaração de Alma-Ata, orientado para comunidade, trabalhando-se aspectos como universalidade, acessibilidade, acolhimento, longitudinalidade e integralidade. Além agir desde a promoção e proteção de saúde, até a prevenção de doenças e a recuperação e reabilitação da saúde.

Dentre esses tipos, o escolhido pelo Ministério da Saúde para a implementação de políticas no SUS foi o conceito de APS Ampliada que, por uma questão de criação de identidade, passou a ser conhecida como Atenção Básica à Saúde (ABS) (CUTOLO, 2012).

Dessa forma, para que a ABS, utilizando-se agora como sinônimo de APS, aperfeiçoe a saúde, ela deve enxergar a pessoa para além da etiologia biológica, considerando outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham (STARFIELD, 2002).

Quando falamos em atenção primária, devemos considerar também, dentro de um sistema de saúde, a existência de outros níveis de atenção: o secundário com especialistas atuando em ambulatórios e o terciário com especialistas vinculados ao ambiente hospitalar (CUTOLO, 2012).

Nesse contexto, as unidades de atenção primária atingem a equidade fornecendo atenção no nível mais apropriado, utilizando de recursos que podem ser usados para diminuir as disparidades na saúde entre os segmentos mais e menos necessitados da população (STARFIELD, 2002).

Então é importante salientar que a atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas, pois, virtualmente, atividades como diagnóstico, prevenção, exames e o manejo clínico são características de todos os níveis de atenção. Por outro lado, a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde (STARFIELD, 2002).

3.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA CONSTRUÇÃO DO SUS

Se o conceito de Atenção Primária Ampliada à Saúde no Brasil recebeu a denominação de ABS, o método escolhido pelo Ministério da Saúde para a sua implementação foi o Programa Saúde da Família (PSF), hoje a Estratégia Saúde da Família (ESF) (CUTOLO, 2012).

O PSF nasceu principalmente através da indignação da população pela falta de acesso ao sistema de saúde. Em 1993, o SUS ainda estava em situação de precariedade e cerca de 1.000 municípios brasileiros não tinham nenhum profissional médico (BRASIL, 2010).

As experiências de Porto Alegre, São Paulo, Niterói, Recife, Cotia/SP, Planaltina/GO e Mambai/GO inspiraram a construir os princípios do PSF e, em uma reunião composta por 18 profissionais em 27 e 28 de dezembro de 1993 no Ministério da Saúde aprovou-se a criação do Programa. Nessa mesma reunião foi discutido orçamento e recursos financeiros, que foi viabilizado inicialmente pela Secretaria de Assistência Social (BRASIL, 2010).

O PSF mostra um percurso exemplar de um programa que nasceu focalizado, e se tornou uma estratégia estruturante de uma PNAB que tem contribuído significativamente para a consolidação do SUS (BRASIL, 2010).

O PSF nasceu focalizado porque essa era a possibilidade que a conjuntura de 1994 permitia. Para sua implantação, os recursos financeiros eram escassos e transferidos aos Estados e municípios por meio de convênios. Não havia nenhuma estratégia para preparação dos profissionais requeridos. No entanto, havia um grupo de pessoas, de origens diversas – secretários municipais de saúde, coordenadores estaduais do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), membros de programas de médicos de Família que já existiam em determinados municípios, alguns professores universitários que atuavam com projetos de extensão acadêmica – que, junto com o grupo do Ministério da Saúde, acreditava que urgia colocar em campo uma proposta objetiva para mudar o jeito de se organizar os serviços de saúde, começando por reestruturar a forma de funcionamento dos centros, postos ou Unidades Básicas de Saúde (UBS), no efervescente contexto de descentralização e municipalização dos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

Atualmente, com quase 24 anos de existência pode-se constatar a ESF como uma política de saúde do Estado, e não de governo. A alternância de diferentes grupos políticos no Governo Federal salienta esse fato, dando exemplo para outras políticas que porventura queiram ser implementadas no Brasil.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que se constitui como uma ferramenta da Prática Baseada em Evidências (PBE), fornecendo bases confiáveis à determinada área do conhecimento científico. A PBE é uma abordagem de solução de problema para a tomada de decisão que incorpora a busca da melhor e mais recente evidência. Além disso, envolve a definição de um problema, a busca e a avaliação crítica dos resultados disponíveis, a sua implementação na prática e na avaliação dos resultados obtidos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a realização da presente revisão integrativa seguiu-se seis etapas propostas por Botelho, Cunha e Macedo (2011):

1. Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa a partir de um problema, da formulação de uma pergunta de pesquisa, da definição da estratégia de busca, da definição dos descritores e da definição da base de dados.
2. Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos em uma determinada base de dados.
3. Identificação e organização dos estudos pré-selecionados e selecionados a partir da leitura do resumo, palavras-chave e título das publicações.
4. Categorização dos estudos selecionados, elaborando-se uma matriz de síntese e analisando criticamente as informações.
5. Análise e interpretação dos resultados em forma de discussão.
6. Apresentação final da revisão sob forma de monografia com propostas para estudos futuros.

4.2 QUESTÃO NORTEADORA

Segundo Souza, Silva e Carvalho (2010), a questão norteadora da pesquisa deve ser clara e objetiva, sendo a parte mais relevante da revisão, tendo em vista que determinará a amostra a ser trabalhada.

A temática foi escolhida diante da necessidade de avaliação das políticas públicas de saúde para o Brasil, de forma que contribua para o desenvolvimento do sistema de saúde, em um processo de constante dinâmica entre a criação de novas leis e as contribuições do controle social. A partir disso, formulou-se a seguinte pergunta norteadora: como a Atenção Primária à Saúde vem sendo importante para a melhoria do Sistema Único de Saúde?

4.3 OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA E BUSCA NA LITERATURA

A revisão integrativa foi realizada nos meses de outubro e dezembro de 2017. Os descritores escolhidos estão indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), e foram baseados na temática: “Políticas Públicas de Saúde”, “Sistema Único de Saúde”, “Atenção Primária à Saúde”. Existe uma sinonímia entre os termos “Atenção Primária à Saúde” e “Atenção Básica à Saúde”, podendo-se ainda inferir “Estratégia Saúde da Família” como a principal forma escolhida para execução da APS no Brasil.

Em uma segunda etapa, foram selecionadas as publicações na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) a partir das seguintes bases de dados: MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDNF (Bases de dados de Enfermagem), IBECS (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), Coleção SUS (Coleção Nacional das Fontes de Informação do Sistema Único de Saúde), INDEXPSI (Index Psicologia - Periódicos Técnico-Científicos), CidSaúde - Cidades saudáveis, HISA (História da Saúde), HomeoIndex (Homeopatia), LIS (Localizador de Informação em Saúde) e, por fim, Index Psicologia - Teses.

Determinou-se como critérios de inclusão artigos que estivessem:

1. Relacionados à temática;
2. Disponíveis on-line;
3. Em formato de texto integral;
4. Publicados em forma de Artigo;
5. Publicados nos anos de 2007 a outubro de 2017;
6. Nos idiomas: português, inglês e espanhol;
7. Referidos ao Brasil e ao Sistema Único de Saúde

Determinou-se como critérios de exclusão:

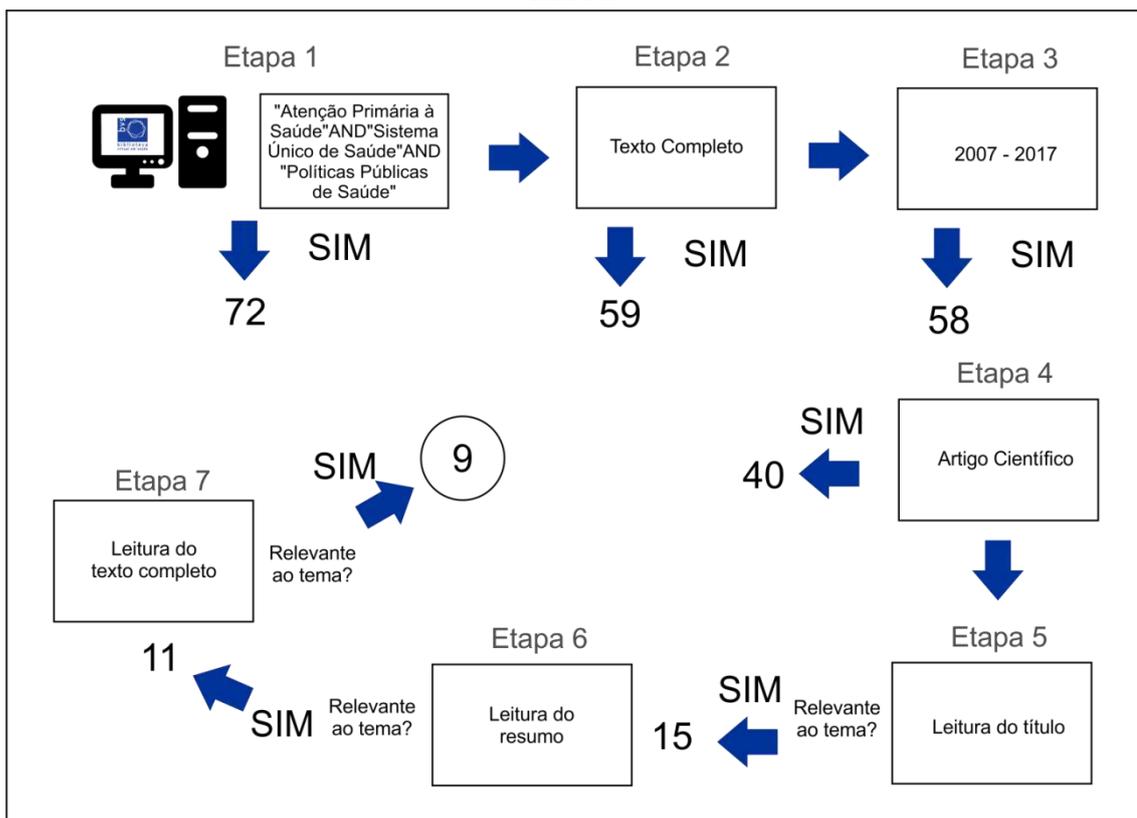
1. Artigos indexados repetidamente
2. Revisões de Literatura

Dessa forma, a busca foi realizada em novembro de 2017, utilizando os operados booleanos a partir do seguinte comando: "Atenção Primária à Saúde" AND "Sistema Único de Saúde" AND "Políticas Públicas de Saúde".

Foram encontradas inicialmente 72 publicações, estando 59 com o texto completo. Destas, apenas 1 não foi publicada entre os anos de 2007 e 2017. Quanto ao tipo de publicação, 40 eram artigos científicos, sendo excluídas, então, 18 teses e dissertações. Após a leitura do título, foram selecionados 15 artigos, que estavam em acordo com a temática, 8 dos quais foram finalmente elencados para revisão integrativa após a leitura de seus resumos e texto completo.

Na figura a seguir pode-se evidenciar a busca de maneira sistemática:

Figura 1 - Etapas para seleção dos artigos científicos na Biblioteca Virtual em Saúde.



Fonte: Acervo da autoria, 2017.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Em virtude de o estudo ser uma pesquisa documental, dispensa-se a aprovação do mesmo pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), uma vez que não é preciso a utilização de dados diretamente ligados a seres humanos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 A RELAÇÃO ENTRE A APS E O SUS NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Analisando-se a relação entre APS e SUS na produção científica, primeiramente nota-se a pouca quantidade de publicações disponíveis (72) na BVS quando realizada a busca com os descritores "Atenção Primária à Saúde" AND "Sistema Único de Saúde" AND "Políticas Públicas de Saúde", considerando a grande relevância da temática para a saúde do Brasil. Além disso, apenas uma não está do espaço de tempo 2007 a 2017, o que sugere que as reflexões científicas sobre APS, SUS e Políticas Públicas de Saúde são relativamente recentes.

Considerando agora os 9 artigos selecionados a partir dos critérios de inclusão e exclusão, todos foram publicados a partir de 2011, estando o ano de 2016 com um terço (3 artigos) da amostra. Ademais 7 artigos foram publicados após o ano de 2013, ano do lançamento do Programa Mais Médicos, o que sugere quão importante foi esse programa para a APS no Brasil, contribuindo como temática em 5 artigos selecionados.

Em relação às revistas científicas, cinco foram as que indexaram as publicações selecionadas: Ciênc. saúde coletiva, Revista de Direito Brasileira, Arquivos do CRM-PR, Physis (Rio J.), Saúde Soc; sendo que apenas Revista de Direito Brasileira não é da área da saúde.

Apesar de estarem entre os critérios de inclusão os idiomas inglês e espanhol, se fizeram presentes apenas publicações em língua portuguesa, o que sugere que a temática não é objeto de estudo de pesquisadores estrangeiros e/ou houve limitação da base de dados de pesquisa.

Quadro 1 – Amostra selecionada a partir dos critérios de inclusão e exclusão.

	TÍTULO	AUTOR	ANO	REVISTA
1	A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites	Campos, Gastão Wagner de Sousa et al.	2016	Ciênc. Saúde coletiva
2	Medicina de Família e Comunidade: agora mais do que nunca	Trindade, Thiago Gomes et al.	2016	Ciênc. Saúde coletiva
3	O que pode o Mais Médicos?	Melo, Eduardo Alves	2016	Ciênc. Saúde coletiva
4	Programa Mais Médicos: limites e potencialidades	Maciel-Lima, Sandra Mara et al.	2017	Revista de Direito Brasileira
5	O SUS como prioridade	Giamberardino Filho, Donizetti Dimer	2017	Arquivos do CRM-PR
6	Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil	Lemke, Ruben Artur et al.	2011	Physis (Rio J.)
7	Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o sus em debate	Campos, Celia Maria Sivalli et al.	2015	Saúde Soc
8	Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família	Tesser, Charles Dalcanale et al.	2014	Saúde Soc
9	Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas	Tesser, Charles Dalcanale et al.	2011	Saúde Soc

Fonte: Acervo da autoria, 2017.

5.2 POTENCIALIDADES E LIMITES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Após a leitura dos 9 artigos selecionados, foram identificados os elementos da APS que se constituem como política pública de saúde, sendo analisados como potencializadores e limitadores do desenvolvimento do SUS. O Programa Saúde da Família, posteriormente Estratégia Saúde da Família e o Programa Mais Médicos foram os mais utilizados como objeto de estudo, seguidos da Norma Operacional Básica 96 (NOB 96), Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006, PNAB 2011. Dessa forma, cabe a análise dos elementos potencializadores e limitadores de cada política de saúde, estando estas três últimas categorizadas didaticamente como políticas secundárias, por terem sido menos relevantes nas discussões dos artigos selecionados.

No quadro a seguir pode-se observar de forma sistemática os elementos originados da análise e que serão discutidos.

Quadro 2 – As potencialidades e limites dos elementos da Atenção Primária à Saúde para o SUS.

ELEMENTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE		
POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE	POTENCIALIZADORES	LIMITADORES
POLÍTICAS PRINCIPAIS		
Estratégia Saúde da Família	Organização (8) Cobertura (1,8) Acesso e Acolhimento (1,7,8) Itinerância (6) Práticas Integrativas Complementares (9)	Financiamento (1, 7) Heterogeneidade e Falta de Planejamento (1,8) Modelo biomédico (7,8,9) Sistema Capitalista (7) Desenvolvimento Social (8)
Programa Mais Médicos	Formação em Saúde (1, 2, 3,4) Recursos Humanos (1, 2,3,4,5) Demografia Médica (1,2,4) Medicina de Família e Comunidade (2, 3) Satisfação Popular (1,2)	Problemas estruturais (1,2, 3,4) Modelo Biomédico (3,4) Financiamento (3, 4)
POLÍTICAS SECUNDÁRIAS		
NOB 1996	Criação do Piso Assistencial Básico (1)	
PNAB 2006	Organização (1) Formação em Saúde (1)	
PNAB 2011	Multidisciplinaridade (1) Organização (1) Itinerância (1) Recursos Humanos (1,3) Financiamento (3) Cobertura (3)	

Fonte: Acervo da autoria, 2017.

5.2.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: POTENCIALIDADES E LIMITES

A ESF foi concebida a partir do PSF, criado em dezembro de 1993, advindo de algumas experiências pontuais de cidades brasileiras e estrangeiras, para ser a principal ferramenta de execução da APS no Brasil (BRASIL, 2010).

Nesses quase 24 anos de atuação, a ESF é reconhecida como uma política que deu certo, como podemos analisar também através dos elementos potencializadores indicados por esta revisão, no entanto alguns autores ponderam sobre os fatores limitantes da ESF. De forma didática os elementos estão dispostos conforme sua crítica mais relevante, sendo categorizado como potencializador ou limitador, mas a ponderação, quando existir, será realizada no mesmo tópico (BRASIL, 2010).

No que se refere às potencialidades da ESF, destacam-se pela literatura: organização, cobertura, acesso e acolhimento, itinerância e as práticas integrativas e complementares. Os mesmos serão detalhados a seguir.

a) Organização

A ESF é analisada por Tesser (2014) como um eixo reestruturador e expensor da APS brasileira, inclusive o acesso ao cuidado, como principal “porta de entrada” do SUS.

b) Cobertura

Campos (2016) traz um dado do Ministério da Saúde importante para compreender a expansão da ESF. Entre 1996 e 2002 foram implementadas no Brasil 16.968 equipes de saúde da família, em 4.161 municípios, cobrindo 31,87% da população; somadas com mais 16.706 equipes implantadas entre 2003 e 2012, a porcentagem de cobertura aumenta para 54,84% alcançando 5.297 municípios.

O autor então analisa que os números indicam a crescente importância da APS no Brasil, no entanto ressalta a heterogeneidade na distribuição. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013, 53,4% das famílias brasileiras estavam cadastradas em UBS, estando 64,7% na região Nordeste e 46% na região Sudeste. Dessa forma, considerando as recomendações da OMS de que a cobertura da APS tendente à universalidade deve estar entre 80 a 100%, percebe-se um progresso ao longo dos 24 anos de ESF, mas que ainda não é suficiente para atingir àquele princípio norteador do SUS (OMS, 2008).

Tesser (2014) encontra análises que corroboram com esses dados, concluindo que a expansão da APS via ESF ampliou o acesso ao cuidado. Entretanto coloca que há um relativo consenso sobre ele ainda ser precário.

c) Acesso e acolhimento

Campos (2016) identifica na prática três tipos básicos de funcionamento da ESF: 1) Pronto-atendimento de baixa complexidade; 2) Agenda com lógica burocrática; 3) Unidades que operam segundo diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica. Essa divisão didática é importante para compreender os dados sobre acesso e acolhimento nas avaliações do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): 93% das equipes da ESF declaram que reservam vagas em suas agendas para acolher a demanda espontânea; 16,5% relatam agendar consultas apenas para usuários vinculados às ações programáticas. Tesser, 2014 também avalia esses dados, colocando que o acesso parece precário quando se tem que esperar várias semanas para atendimento não urgente na APS/ESF. Além disso, apesar de 80% das equipes afirmarem ter implantado o acolhimento, fazendo a escuta e avaliação da demanda, apenas 47,8% demonstram aderir a protocolos de avaliação de risco e vulnerabilidade.

É ainda observado o funcionamento na base do “gerencialismo”, principalmente nas UBS administradas por Organizações Sociais, que refletem metas baseadas em procedimentos, se afastando da concepção ampliada da APS.

Tesser (2014) por sua vez, levanta hipóteses sobre esse desvio na prática da concepção da ESF. Primeiro ele aborda a influência histórico-cultural americana com a visão da APS como “cesta básica” de serviços, com pouco envolvimento do Brasil com experiências de países desenvolvidos com APS forte. Além disso, aponta também para as contribuições da biomedicina e da ideologia do sistema capitalista na determinação social do processo saúde-doença; a discordância entre as realidades do meio acadêmico e serviços de saúde e a disposição social, na qual a classe média e elite brasileira utilizam o setor privado de saúde de forma subsidiada.

Em uma análise conjuntural, Campos (2015) contribui para a discussão afirmando que a inclusão dos “socialmente excluídos” na atenção básica brasileira se deu de forma intencional a partir do discurso neoliberal de que os recursos públicos são limitados e devem ser direcionados para estes. Desta forma, analisa, justificou-se a troca da universalidade pela focalização e da igualdade pela

equidade. A proporção de equipe por habitantes também foi analisada e colocada como fator importante para a melhoria do acesso e acolhimento, que nas PNAB de 2006 e 2011 recomendam uma média de 3 mil e o limite de 4 mil habitantes.

O artigo de Tesser (2014) apresenta as hipóteses interpretativas sobre a ausência de regulação institucional do acesso, analisando a forma como se dá o acesso ao cuidado nas normativas da ESF, além de discorrer sobre o acesso fácil ao cuidado na saúde coletiva e a importância ético-política e antropológica do acesso ao cuidado. Ele então alerta que o acesso ao cuidado longitudinal está perigosamente desguarnecido, carente de protagonistas que defendam uma APS forte, acessível, estruturante e universal; necessitando, portanto de fiscalização de usuários e gestores.

d) Itinerância

A itinerância foi tema do artigo nº 6 de Lemke (2011), que problematiza o conceito como um modo de operacionalizar o cuidado no território, sendo um elemento estratégico na desinstitucionalização das práticas e na construção da integralidade do cuidado. Na ESF, conforme preconizado na PNAB de 2011 e ratificado na PNAB de 2017, a itinerância se dá principalmente através das equipes de Consultórios de Rua e as equipes de SF para populações ribeirinhas da Amazônia Legal e Pantanal sul-mato-grossense. O autor ainda analisa que este elemento está insiro em um campo de tensões e que, inclusive, pode ser utilizado como forma do controle do Estado sobre a população. No entanto, defende, que se deve resistir ao mandato social e construir uma ética do cuidado.

Cabe ainda lembrar que historicamente a Itinerância surgiu no SUS a partir do Programa Nacional dos Agentes Comunitários, que foi incorporado posteriormente à ESF.

e) Práticas Integrativas Complementares

No Brasil, 70% da PIC praticadas no âmbito do SUS acontecem através da APS e a nível internacional a APS é a principal porta de entrada das PIC nos Sistemas Nacionais de Saúde (MCWHINNEY, 2010).

Dialogando com esse dado, apenas o artigo 9 de Tesser (2011) discursa sobre o tema Práticas Integrativas Complementares, salientando para as afinidades eletivas entre estas e a atenção psicossocial e a atenção primária a saúde, no

âmbito da ESF e considerando suas caráter questionador, contra-hegemônico, sua forma de ação no cuidado, seus efeitos terapêuticos e seu caráter desmedicalizante.

O autor ainda afirma que a concepção das PIC contribui de para construção de princípios do SUS, via ESF: integralidade, equidade, universalidade e intersectorialidade. Além disso, nota-se nesse contexto a integração entre prevenção de doenças, promoção da saúde e cuidado longitudinal da coorte de usuários da ESF, com qualidade e imersão sociocultural.

No entanto, ainda existem alguns fatores limitadores para implantação efetiva das PIC no SUS, pois dependem principalmente da educação permanente dos profissionais, da articulação social e intersectorial e da democracia gestora, que tem como atores os conselhos de saúde, organizações e serviços (TESSER, 2011).

No que se refere aos limites elencados pela literatura relacionados à ESF, destacam-se: financiamento, heterogeneidade e falta de planejamento, modelo biomédico, sistema capitalista e desenvolvimento social; que serão detalhados a seguir.

a) Financiamento

Campos (2015) apresenta dados mostrando o subfinanciamento da saúde no Brasil. Em 1980 o financiamento do Governo Federal para a saúde pública foi de 75%, enquanto que em 2015 limitou-se a 46%. Além disso, os valores de repasse para a APS e o para o SAMU foram reduzidos cerca de 30 a 50% entre os anos de 1998 e 2010.

Houve também o aumento do investimento em serviços de média e alta complexidade. Em 1995 a proporção entre esses e a AB era 5,4 vezes a mais, aumentando para 7,7 vezes em 2012. Enquanto que os níveis de atenção secundário e terciário tiveram seus per capita elevados em 43% entre 1995 e 2012, na atenção básica o incremento foi de apenas 1,1% (SANTOS, 2013 apud CAMPOS, 2015).

Campos (2016) conjectura novamente sobre o papel do Governo Federal no financiamento da APS que, por operacionalizar um programa de modo indutivo, sem definição clara de responsabilidades para esferas de governo, o município passou a arcar com grande parte do custeio da APS, deixando os prefeitos receosos com o repasse excessivo do orçamento para o Programa.

b) Heterogeneidade e Falta de Planejamento

Dialogando com o tópico do financiamento, Campos (2016) também analisa as repercussões da expansão indutiva da ESF, sem um planejamento sistêmico: caberia inicialmente aos prefeitos adotar ou não o PSF. Como reflexo, houve uma heterogeneidade na forma operacional das equipes, com dificuldades na administração de recursos humanos, em especial os médicos. Problemas com salários, indisciplina, oposição corporativa contra grande parte das diretrizes da APS foram alguns dos elementos observados. Além disso, a quantidade de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade sempre foi baixo, com dificuldade no recrutamento e fixação desses profissionais em regiões de grande vulnerabilidade social e sanitária.

Também foi constatada uma ausência de construção organizada do acesso ao cuidado, com repercussão na manutenção da clínica doença-centrada e uma APS “cesta básica” para os pobres, enquanto que a classe média e média alta tem acesso subsidiado com relativa livre escolha a profissionais médicos, especialistas do mercado privado, corroborando para o “apartheid” social da saúde no Brasil (TESSER, 2014).

c) Modelo Biomédico

Segundo uma análise marxista, a biomedicina foi fortemente associada à ordem social capitalista, na qual o cuidado médico aparece como uma forma de reprodução de força de trabalho para os interesses do complexo médico-industrial e das classes dominantes. Essa concepção também está coerente com a operacionalização da APS seletiva, com pacotes básicos de ação programada para grupos de risco, conforme diretriz do Banco Mundial (TESSER, 2014).

Esse modelo é restritivo se comparado ao conceito da APS ampliada, com a valorização de saberes e práticas não-biomédicos, como as PIC, abordadas no artigo 9. Além disso, existe uma insatisfação difusa e crescente com o modelo biomédico, caracterizado como mecanicista, intervencionista, restrita aos sintomas e impessoal (TESSER, 2011).

Dessa forma, apesar de atualmente serem menos expressivas na ESF, as PIC são colocadas como alternativas para grande parte dos cuidados de saúde na comunidade, pelos seguintes motivos: têm baixo custo relativo, melhor relação

interpessoal, visão holística do adoecimento, caráter satisfatoriamente efetivo e baixo risco iatrogênico. Além de ser culturalmente adequadas e promover estímulo a mecanismos naturais de cura e reequilíbrio (TESSER, 2011).

d) Sistema Capitalista

A criação do SUS deu-se dentro da concepção social democrata de direito universal, no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. No entanto, ao longo dos anos, sua implementação foi sendo minada pelo neoliberalismo, atacando principalmente os princípios da universalidade e igualdade, que foram substituídos pelos da focalidade e equidade, com o argumento orçamento restrito para saúde pública (CAMPOS, 2015).

Dessa forma, na prática, hoje podem ser observados, três tipos de SUS: 1) O SUS formal, democrático, com as diretrizes desenhadas pela RSB; 2) O SUS real, com a participação do setor complementar privado, que promove as políticas econômicas monetaristas e de ajuste macroestrutural; 3) SUS para os pobres, baseado nas políticas focalizadas defendidas por dispositivos internacionais que reflete na prática da APS seletiva (CAMPOS, 2015).

Dessa forma, é esperado que a cada novo momento de crise no sistema capitalista, haja um maior ataque ao financiamento do SUS e ao seu modo operante através de mecanismos de renúncia fiscal ou isenções e deduções de tributos de empresas, indústria farmacêutica ou do financiamento público de planos privados de saúde (CAMPOS, 2015).

e) Desenvolvimento Social

A declaração de Alma Ata já colocava como uma atribuição da APS o envolvimento nos problemas de alimentação, abastecimento de água e saneamento básico nas comunidades tentando promover cooperação entre os setores sociais e econômicos para redistribuição dos recursos disponíveis para os desassistidos. No entanto, considerando o Brasil como um país com ainda limitações estruturais importantes, essas atribuições ultrapassam a governabilidade das equipes de saúde da ESF gerando muitas vezes um sentimento de frustração por terem que praticar apenas o aspecto curativo do cuidado (TESSER, 2014).

5.2.2 PROGRAMA MAIS MÉDICOS: POTENCIALIDADES E LIMITES

Lançado em 2013 pelo Governo Federal, o Programa mais médicos foi desenhado a partir de três eixos: 1) investimento e melhoria das Unidades Básicas de Saúde; 2) Desenvolvimento e reformas educacionais nos cursos de medicina do Brasil e nas residências médicas; 3) provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis (BRASIL, 2015).

No entanto, analisado também uma resposta às manifestações populares de junho de 2013, o PMM foi alvo de fortes críticas, principalmente de entidades médicas como o Conselho Federal de Medicina (MACIEL-LIMA, 2017).

Dessa forma, sendo também temática de 5 dos 9 artigos dessa revisão, é importante analisar seus elementos potencializadores e limitadores para o desenvolvimento da APS no Brasil e conseqüente melhoria do Sistema Único de Saúde.

As potencialidades apresentadas foram: formação em saúde, recursos humanos, demografia médica, medicina de família e comunidade e satisfação popular.

a) Formação em saúde

Um dos três eixos principais do Programa Mais Médicos, formação em saúde foi abordado em 4 artigos como elemento potencializador da APS brasileira, incluindo principalmente as novas diretrizes curriculares nacionais para os curso de medicina e o desenvolvimento da residência medicina de família e comunidade.

Campos (2016) ressalta que o fortalecimento da APS depende de radicais mudanças na formação em saúde e na educação médica, que ainda estão voltadas para o tradicional modelo de especialidades.

Com o PMM, pela Lei nº 12.871/2013, a expansão de escolas médica no Brasil passou a ser planejada e regulada pelo Estado, com a lógica de interiorização dos cursos e maior equidade entre as regiões. No entanto, o autor ainda pondera que a maior parte dessas novas escolas são privadas, com custos elevados para muitas famílias, o que se pressupões um objetivo não explícito de regular-se o mercado de trabalho médico através de um incremento na oferta desses profissionais (CAMPOS, 2016).

Em relação ao conteúdo das novas diretrizes, ampliou-se o campo de saber e de prática nas áreas de saúde coletiva, saúde mental, urgência/emergência, atenção básica e saúde da família, determinando que pelo menos 30% do internato deva ser realizado no âmbito da atenção básica e serviços de urgências do SUS. Dessa forma, a graduação de medicina se aproximaria mais das reais necessidades em saúde da população. No entanto, o autor constata que essas mudanças vêm recebendo resistência pela maioria do movimento e de outros setores conservadores (CAMPOS, 2016; MACIEL-LIMA, 2017).

Já Trindade (2016) analisa que esse novo currículo construído com a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) só será efetivo com alta qualidade através da consolidação do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES). Além de políticas para o aumento nos cursos de medicina do número de professores com residência em MFC.

Criou-se o Cadastro Nacional de Especialista, pois até então nenhuma entidade médica nacional possuía dados sobre a demografia de especialistas no Brasil. Com essa medida o Governo buscou regular e adequar a demanda de especialistas às necessidades brasileiras. Além disso, passou a bonificar nas provas de residência médica os participantes do PMM, do PROVAB ou com residência em medicina de família e comunidade. Assim, tenta-se colocar a APS como a base da formação médica e também de especialistas (CAMPOS, 2016).

O PMM de fato deu maior visibilidade e oportunidade para a Medicina de Família e Comunidade. A SBMFC mostrou-se a favor do processo de expansão dos programas de MFC, com preocupação em relação à manutenção da qualidade. Entre 2013-2016 foram criadas mais de 1.700 vagas para R1 em MFC, valor aparentemente alto, mas muito pouco ainda se comparado com uma meta de 40% do número total de vagas de residência com acesso direto, como acontece em países com sistema de saúde orientados à APS, como o Canadá (GOMES; TRINDADE, 2016; MELO, 2016).

Um dos pontos-chaves do PMM foi envolver as universidades como instituições supervisoras, fortalecendo o programa. Entretanto essa supervisão poderia estender-se para toda a equipe da UBS contemplada, dando apoio aos processos locais de trabalho e à gestão do cuidado, e não apenas para o médico bolsista (MELO, 2016; CAMPOS, 2016).

Maciel-Lima (2017) coloca ainda de forma positiva que a formação acadêmica dos médicos intercambistas do PMM é importante para o exercício da profissão em algumas comunidades, como as indígenas, pelo conhecimento em plantas medicinais, por exemplo, que é ainda muito restrito na educação médica brasileira. No entanto, ela pondera como elemento limitador, a criação de dois tipos de medicina, uma com medicina de ponta e outra com médicos sem revalidação de diploma; além da falta de capacitação de médicos que são enviados para áreas específicas, para atender grupos que apresentam peculiaridades linguísticas e culturais como também os indígenas.

b) Recursos Humanos

A temática sobre recursos humanos em saúde também foi uma das mais abordadas entre os artigos selecionados. Até 2016, o Programa Mais Médicos conseguiu inserir no SUS mais de 18.000 profissionais, a maior parte deles inicialmente mediante a cooperação internacional entre a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Governo de Cuba. Além disso, o Ministério da Saúde participou ativamente da distribuição para as áreas mais vulneráveis; da remuneração, retirando custos da esfera municipal e formação de médicos, também pelos convênios com as universidades. Mais de 7 mil equipes da ESF foram contempladas, com um aumento na cobertura populacional de 10%, sendo uma considerável parcela em regiões metropolitanas e litorânea que ainda tinham demanda por profissionais médicos, mas também regiões com escassez histórica como a amazônica, semiárido e de fronteiras (CAMPOS, 2016; TRINDADE, 2016; MELO, 2016; MACIEL-LIMA, 2017).

Maciel-Lima (2017), por outro lado, avalia que tanto a provisão emergencial de médicos, quanto o aumento no número de vagas em escolas médicas não garante a fixação desses profissionais no interior do Brasil, a medida privilegia a quantidade e não a qualidade, alertando também que a disponibilidade internacional de migração dos médicos atingiu um certo limite. Essa visão é corroborada por Giamberardino Filho (2017) e Campos (2016), que observam a precariedade do vínculo empregatício do PMM, sendo o profissional tratado como uma espécie de bolsista com alta remuneração. Apesar de ser visto com simpatia por gestores municipais, o autor avalia que o Programa não é um modelo de gestão em saúde, mas um projeto midiático, sem uma base estrutural sólida, sendo insuficiente pra se

avançar no debate sobre carreiras para o SUS ou mesmo no funcionamento local da UBSF, que depende muito ainda da capacidade de gestão dos municípios.

d) Demografia Médica

A carência e má distribuição geográfica de médicos é um desafio constante de saúde pública em vários países, não sendo o Brasil diferente nesse aspecto. Segundo dados da Demografia Médica: “Nos trinta anos que se seguiram, de 1971 a 2000, o total de médicos chegou a 291.926, um salto de 394,8%, contra um crescimento populacional de 82,3%. Nos últimos dez anos, até 2010, o efetivo de médicos chegou a 364.757, subindo 21,3% em uma década, contra um aumento populacional de 12,3%” Esses números mostram um crescimento dos médicos superior ao crescimento da população, entretanto o cerne da discussão não é a relação médico/habitantes mas a quantidade de cada especialidade, a distribuição espacial e interiorização e a fixação dos médicos em cidades de pequeno porte (DEMOGRAFIA, 2011; MACIEL-LIMA, 2017).

Campos (2016) avalia que o provimento emergencial de médicos em áreas vulneráveis tem impacto significativo na redução das inequidades em saúde, sendo um elemento positivo do PMM o planejamento e distribuição de profissionais para a Atenção Básica, seguindo critérios de equidade, vulnerabilidade social e de populações específicas. Por outro lado, Trindade (2016) avalia que esse reordenamento para ser efetivo, também impulsionado pela interiorização das escolas médicas, exige uma melhor estruturação das redes de saúde do município.

e) Medicina de Família e Comunidade

Desde a sua criação, ainda na década de 1970, a especialidade de medicina de família e comunidade nunca foi tão protagonista do sistema de saúde quanto agora, período pós Programa Mais Médicos. Médicos com formação em MFC era uma necessidade das equipes de ESF, sendo os lançamentos dos PMM e PROVAB políticas estratégicas nesse sentido, pois proveram emergencialmente profissionais especialistas, sejam eles brasileiros ou estrangeiros, principalmente os cubanos, cuja a formação é direcionada para a APS. A SBMFC reconhece os avanços e tem participado ativamente com as contribuições para a formação de mais especialistas através de três principais pilares a universalização de vagas, percentual de 40% das

vagas de acesso direto e estratégias multifacetadas para a ocupação efetiva dessas vagas (GOMES, 2016; MELO, 2016).

f) Satisfação popular

Como grande parte dos primeiros médicos do PMM foram estrangeiros cubanos, tornou-se importante uma avaliação orientada. Em um estudo realizado em 32 municípios brasileiros, 94,1% dos entrevistados avaliaram como “boa” ou “muito boa” a consulta com o médico; 98,1% declararam que o médico ouviu com atenção todas as suas queixas e 87% compreendeu as explicações e indicações que o profissional forneceu sobre sua doença e tratamento. Muitos ainda reagiram com estranheza o fato dos médicos visitarem suas casas para verificar condições de vida para compreender os determinantes sociais (CONASS, 2013; CAMPOS, 2016).

No entanto, Trindade (2016) avalia que as interpretações sobre a satisfação da população devem ser cuidadosas, principalmente quando se comparar o profissional cubano com o brasileiro, pois são desconhecidas pesquisas que comparam profissionais com residência em MFC no Brasil e em outros países. Dessa forma, cabe a hipótese de que os profissionais cubanos foram bem avaliados por sua formação em MFC, sendo especialistas em APS ampliada.

Já os elementos limitadores identificados sobre o programa mais médicos são: problemas estruturais, modelo biomédico e o financiamento.

a) Problemas estruturais

O problema da limitação do Programa Mais Médicos foi colocado em quase todos os artigos que se propuseram a discutir sobre o tema. Além dos entraves estruturais em recursos humanos já discutidos, é importante sempre perceber que o PMM é um *programa* e que depende de renovação a cada três anos (CAMPOS, 2016).

A SBMFC avalia o PMM como uma “faca de dois gumes” pelo seu fraco potencial de mobilização do aparelho formador e pela pouca reivindicação por melhores condições de estrutura a partir dos envolvidos com o programa. Uma política emergencial deve vir acompanhada de políticas efetivas para melhoria da infraestrutura (contemplada como eixo de ação preconizado pelo programa) da

qualificação da rede de atenção e dos serviços de apoio ao diagnóstico, de maneira que fortaleça todos os atributos da APS (TRINDADE, 2016; MACIEL-LIMA, 2017).

Por outro lado, Melo (2016) avalia que, por mais não se resolva os problemas estruturais do SUS, o PMM poderia “criar maior pressão ou fôlego novo para enfrentá-los”.

b) Modelo Biomédico

Assim como um elemento limitador para o desenvolvimento da ESF, o modelo biomédico vem como um desafio para o Programa Mais Médicos. Melo (2016), por exemplo, questiona até que ponto a biomedicina e a medicalização estão sendo enfrentadas pelo PMM; se questionar se as pessoas com seus sofrimentos, demandas e potenciais de vida, tem sido mais importante do que riscos, doenças e prescrições normativas. Ele avalia ainda que elementos como saúde mental, uso de álcool e outras drogas, adesão a tratamento poderiam funcionar como ferramentas para analisar a questão. Maciel-Lima (2017) também encontra uma análise de que ainda há o predomínio no PMM da medicina focada na doença, priorizando as ações curativas em detrimento das ações preventivas.

c) Financiamento

Nenhum artigo abordou diretamente detalhes avaliando o financiamento do Programa Mais Médicos, apenas Maciel-Lima (2017) avalia que há um custo elevado desta política pública, considerando a não resolutividade da fixação de médicos em regiões carentes.

5.2.3 POLÍTICAS SECUNDÁRIAS: NOB 1996, PNAB 2006 e PNAB 2011

Como elementos que foram abordados nos artigos em segundo plano, mas que foram importantes para a construção da APS brasileira e consequente melhoria do SUS, temos a NOB 1996, PNAB 2006 e PNAB 2011.

A Norma Operacional Básica, lançada através da portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996 foi a primeira regra de financiamento da APS brasileira, com a criação do Piso Assistencial Básico (PAB), conhecidos hoje como PAB fixo e PAB variável. Baseando-se nessa norma, o Governo Federal transfere aos municípios um

valor per capita equivalente ao número de habitantes. Além disso, também pela NOB de 1996 criou-se o “Incentivo aos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde”, fornecendo novos recursos aos municípios que aderissem a esses programas. Dessa forma, essa norma foi uma das sementes do financiamento da Atenção Básica e responsável pelo desenvolvimento da ESF no Brasil (CAMPOS, 2016).

A Política Nacional de Atenção Básica de 2006 foi analisada por Campos (2016) como importante contribuição para a organização da ESF e para a formação em saúde orientada para a APS. A PNAB de 2006 alterou a concepção de saúde da família de programa para estratégia, almejando uma maior consolidação e sustentabilidade desta no SUS. Além disso, passou a se tornar essencial o apoio do Governo Federal à formação de pessoal para a Atenção Básica por meio da reformulação dos cursos de graduação em saúde e pelo incentivo aos programas de residência médica e multiprofissional voltados a APS.

A Política Nacional de Atenção Básica de 2006 teve um papel fundamental para a construção da multidisciplinaridade na Atenção Básica, com a incorporação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados em 2008, aumentando as possibilidades de intervenção sobre determinantes sociais e subjetivos do processo saúde-doença (CAMPOS, 2016).

Houve também a regulamentação das equipes assistenciais considerando populações específicas como as equipes de Consultórios de Rua, e as equipes de Saúde da Família para o atendimento de população ribeirinha da Amazônia Legal e do Pantanal sul-matogrossense. Dessa forma, fortaleceu-se a prática da itinerância na Atenção Básica (CAMPOS, 2016).

Em relação aos processos organizativos, além de colocar novas regras para o regimento de carga horária dos profissionais, a PNAB de 2011 passou a considerar as Unidades Básicas, tradicionais e organizadas segundo a lógica da Programação em saúde ou pronto atendimento. Apesar da recomendação de que esses serviços devessem ser reformulados aos poucos a fim de seguir a lógica da Estratégia Saúde da Família, diante da conjuntura do neoliberalismo e diretrizes internacionais, tornou mais difícil o logro da APS ampliada exclusiva no Brasil (CAMPOS, 2016).

Melo (2016) avalia que a PNAB de 2011 quando lançada teve três grandes desafios: qualificar e abranger a cobertura real, incrementar o financiamento e enfrentar a dificuldade municipal na contratação de médicos. Dessa forma, surgiu o

Requalifica o UBS, que promoveu reformas, ampliações, construções e informatização das unidades de saúde; e o PMAQ. O terceiro desafio seria tentado dois anos mais tarde com a criação do Programa Mais Médicos.

6. CONCLUSÃO

Ao realizar uma busca na maior biblioteca em saúde do Brasil com descritores de grande relevância social como “Sistema Único de Saúde”, “Atenção Primária à Saúde” e “Políticas Públicas de Saúde” e encontrar apenas 72 publicações disponíveis, chega-se a conclusão de que ainda é muito pouca a produção científica em saúde pública no Brasil.

Por outro lado, era esperável que a Estratégia de Saúde da Família fosse um tema principal, mas foi admirável o Programa Mais Médicos ser analisado na maior parte dos artigos. Além de que, se considerarmos seu ano de lançamento (2013) como referência, apenas uma publicação é colocada em uma linha anterior, evidenciando que o PMM foi um marco na Atenção Básica Brasileira, impulsionando a produção científica, por mais que existam duras críticas políticas.

As outras temáticas: análise de conjuntura do sistema capitalista, itinerância como estratégia de cuidado, acesso ao cuidado e práticas integrativas complementares completaram bem o conjunto dos artigos selecionados, estando com certa coerência também com os assuntos mais abordados em congressos e na academia.

Em relação aos elementos potencializadores da ESF foi importante o acesso e acolhimento ser o mais abordado por diferentes autores. De fato, esse foi um dos principais objetivos do Programa Saúde da Família na sua criação: levar saúde aos brasileiros. Avaliar como isso está sendo feito e as possibilidades de melhora cabe não só à academia, mas deve partir essencialmente do controle social. Da mesma forma coloca-se as interpretações sobre a organização e a cobertura da ESF, que deve tentar atingir cerca de 80% da população, meta relativa dos países com uma APS bem estruturada.

O financiamento e a forma foi propagada a ESF durante esses 24 anos também foram alvo de muitas críticas, sugerindo onde podemos melhorar daqui pra frente. Além disso, como foi bastante comentado, o modelo biomédico de trabalho e formação médica ainda permanece como um dos grande entraves a ser sobreposto. Importante notar que esses elementos são permeados pelos ataques neoliberais que vem sofrendo o SUS desde a sua criação e que, a cada momento de crise do capitalismo, seus princípios são cada vez mais relativizados.

Em relação novamente ao Programa Mais Médicos, foi quase consenso sua importância no redesenho da demografia médica emergencial do Brasil com o provimento de profissionais para áreas vulneráveis. Apesar do caráter transitório do programa e das suas limitações em resolver problemas estruturais de saúde pública, são altos os índices de satisfação popular, principalmente entre aquelas comunidades que dificilmente conviveram profissional durante muito tempo. Também é importante sobrepor algumas barreiras bem analisadas como a precariedade de vínculo de trabalho exercida pelo programa e também melhorar suas contribuições para as estruturas das unidades de saúde e formação de toda a equipe. Em geral, a expectativa é que as conquistas sejam de alguma forma efetivadas e o programa adquira sustentabilidade.

Além disso, é importante refletir que tipo de APS vem sendo construída, tanto na ESF quanto no PMM. Esse questionamento foi motivo de inquietação de alguns autores que, apesar de reconhecer os avanços daquelas políticas, acreditam que precisam melhorar nesse sentido. A APS ampliada deve ser de fato o objetivo a ser alcançado e todo ataque a ela deve ser combatido.

Apesar de terem sido classificadas didaticamente como secundárias as políticas da NOB 1996, PNAB 2006 e PNAB 2011 foram importantes para contextualizar toda a discussão e na prática avançar para o desenvolvimento da APS. Neste momento político atual, é importante agora debruçar-se sobre a nova PNAB lançada em setembro de 2017 que, acompanhada de leis que limitam novos investimentos em saúde e educação, tende a ser questionada a todo o momento, principalmente quando ainda estamos em processo de construção de um sistema de saúde socialmente referenciado e que sirva a todos os brasileiros.

Dessa forma, podemos afirmar que, apesar das limitações, a APS vem sendo importante para a melhoria do SUS e desenvolvimento de seus princípios básicos, principalmente no que se refere ao acesso ao cuidado e organização do sistema, funcionando como porta de entrada e local de referência, prevenção e promoção da saúde segundo os determinantes sociais. Além disso, é importante um maior desenvolvimento de pesquisas na área da atenção básica, com forte envolvimento social, principalmente para contribuir com o processo cíclico de avaliação e melhoramento.

REFERÊNCIAS

- BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais, **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, mai-ago., 2011. Disponível em: <<http://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220/906>>. Acesso em 12 mai. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015.
- CAMPOS, C. M. S.; VIANA, N.; SOARES, C. B. Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate, **Saúde e Sociedade**, v. 24, nº suppl 1, p. 82–91, 2015.
- CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JUNIOR, N.. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites, **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 9, p. 2655-2663, set., 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902655&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 out. 2017.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Municípios de pobreza extrema melhoram a resposta dos serviços de saúde com o Programa Mais Médicos, segundo pesquisa da Universidade de Brasília**. 07 out 2015. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/municipios-de-pobreza-extrema-melhoram-a-resposta-dos-servicos-de-saude-com-o-programa-mais-medicos-segundo-pesquisa-da-universidade-de-brasilia/>> Acesso em: 13 dez. 2017.
- CUTOLO, L. R. A. Atenção Primária da Saúde, Atenção Básica da Saúde e a Estratégia Saúde da Família. 200?. Florianópolis. Disponível em <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8509&Itemid=82> Acesso em 19 de Outubro de 2017.
- DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; **Alma-Ata**; USSR. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em 19 out. 2017.
- DEMOGRAFIA Médica No Brasil. São Paulo: CREMESP/CFM, 2011. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia_2_dezembro.pdf. Acesso em 13 dez de 2017.

DIMER, D.; FILHO, G. **O sus como prioridade**. Arquivos do CRM-PR, [s.l.], p. 1–2, 2017.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil, **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 out. 2017.

LEMKE, R. A.; SILVA, R. A. N. Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil., *Physis*, v. 21, nº 3, p. 979–1004, 2011.

MACIEL-LIMA, S. M.; HOFFMANN-HOROCHOVSKI, M. T.; RASIA, J. M. Programa Mais Médicos: Limites E Potencialidades, **Revista de Direito Brasileira**, v. 17, nº 7, p. 291–305, 2017.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem, **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 set. 2011.

MELO, E. A. O que pode o Mais Médicos?, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, nº 9, p. 2672–2674, 2016.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas?, **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, nº 1, p. 1–4, 2017.

MCWHINNEY, I. R. **Manual de medicina de família e comunidade**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores, **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan./mar. 2014, p.15-35.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e busca de saídas, **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer, **Einstein**, v. 8, n.1, p. 102-6, 2010. Disponível em:<<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAgS8QAA/revisao-integrativa-que-como-fazer>>. Acesso em out. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília. UNESCO/MS, 2002.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família, **Saúde e Sociedade**, v. 23, nº 3, p. 869–883, 2014.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. DE. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletiva, **Saude e Sociedade**, v. 21, n° 2, p. 336–350, 2012.

TRINDADE, T. G.; BATISTA, S. R. Medicina de Família e Comunidade: agora mais do que nunca!, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n° 9, p. 2667–2669, 2016.

WHO. **Relatório Mundial de Saúde 2008** - Cuidados de saúde primários - Agora mais que nunca. 2008. 24 p.