



A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AS PARTICULARIDADES DO MUNICÍPIO DE NATAL-RN

Edla Hoffmann¹
Gleyca Thyês da Silva Romeiro Rocha²
Jéssica Alexandre de Araújo³
Marlene Alves Dantas⁴
Naiara Estefânia Alves Carneiro⁵

RESUMO:

O presente artigo aborda Atenção Primária à Saúde. É resultado inicial de um estudo bibliográfico da pesquisa sobre essa temática, no município de Natal-RN. Apresenta aspectos históricos e conceituais sobre a temática em questão, bem como a discussão no contexto brasileiro, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2012) e a Estratégia Saúde da Família como ordenadora da rede de atenção, marcada pela política econômica de recorte neoliberal. Apresenta dados sobre a organização da Atenção Primária à saúde em Natal-RN e suas contradições que comprometem a garantia do direito à saúde, na perspectiva da integralidade.

PALAVRAS-CHAVES: Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde em Natal, Integralidade.

ABSTRACT:

This article deals with the Primary Health Care. It is a initial result of a bibliographic research on this topic in the city of Natal, RN. It represents historical and conceptual aspects of the theme in question, as well as the discussion in the Brazilian context, by means of the National Primary Care (BANP, 2012) and the Family Healthcare Strategy as the ordered health network, marked by neoliberal economic policy. It presents data of the organization of primary health care in Natal-RN and contradictions that compromise the right to health care in the whole perspective.

KEY-WORDS: Primary Health Care, Family Healthcare Strategy, Primary Health Care in Natal, Intregality.

¹ Doutora. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Email: edlahoff@gmail.com

² Estudante de Graduação. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Email: gleycarocha@gmail.com

³ Estudante de Graduação. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

⁴ Estudante de Graduação. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

⁵ Estudante de Graduação. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Email: naiara_eac@hotmail.com



1. INTRODUÇÃO

O presente artigo versa sobre a temática da Atenção Primária à Saúde. É produto inicial de um estudo bibliográfico da pesquisa intitulada “A Atenção Primária e o direito à saúde em Natal- RN”. Parte-se do pressuposto de que, a APS se constitui como uma forma de organização e, como primeiro acesso dos usuários as ações e serviços de saúde, a qual é essencial para a garantia dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde no Brasil, na perspectiva da integralidade.

Inicialmente, apresenta-se os aspectos históricos e conceituais importantes para compreendê-la no contexto brasileiro. Posteriormente, as diretrizes essenciais da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB, 2012) e, traz a Estratégia Saúde da Família como ordenadora da rede de atenção, marcada por uma política econômica de recorte neoliberal que materializa a fragmentação, a focalização e precarização dos serviços ofertados por meio da diminuição do financiamento por parte do Estado subordinando-se à lógica econômica. A rigor, apresenta-se dados acerca da organização da Atenção Primária à Saúde no município de Natal e as contradições nessa realidade. Por fim, serão apresentadas as conclusões, sistematizações refletidas e aprofundadas neste artigo.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Contextualização acerca da Atenção Primária à Saúde (APS): aspectos históricos e conceituais

Refletir acerca da atenção primária à saúde (APS) remete trazer à tona suas origens datada em 1920, através do trabalho precursor intitulado de Relatório de Dawson (Inglaterra). Esse documento propunha uma mudança na organização do sistema de saúde, contrapondo-se ao modelo norte americano da época (flexineriano), que focava sua atenção na prática individual e curativa. Do mesmo modo, servir de base para a organização do modelo de atenção no país, tendo em vista os elevados custos, a baixa resolutividade e a complexidade da atenção médica, pelo uso indiscriminado da tecnologia (MATTÁ; MOROSINI, 2009).



Nesse sentido, o relatório indicava a organização do modelo de atenção em três níveis de serviços de saúde principais: 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).

A partir desta concepção, a APS entrou em cena no cenário mundial, e serviu de base, mais tarde, para diversas reorganizações nos sistemas de saúde em vários países, inclusive no Brasil. A compreensão inglesa de atenção primária apresenta dois pressupostos básicos à APS. A primeira, dita anteriormente, é a noção de regionalização, entendendo que os serviços devem ser planejados e ofertados em diferentes regiões e níveis, de acordo com as demandas e necessidades de saúde de determinada população e local. A segunda é o princípio da integralidade, levando em conta que as ações preventivas e curativas não podem ser dissociadas (MATTA; MOROSINI, 2009). Do mesmo modo, é referência a discussão mundial acerca da Atenção Primária à Saúde, a Declaração de Alma Ata, “Saúde para todos no ano 2000”, através dos cuidados primários, construída durante a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata, Cazaquistão, no ano de 1978. A referida declaração trouxe à luz, a atenção primária numa perspectiva integral, indicando a saúde como direito humano e a necessidade de sistemas de saúde universais. Além, de apresentar um conceito de saúde ampliado, também, os componentes essenciais à APS, como: a educação em saúde, vigilância sanitária, saneamento básico, planejamento familiar, prevenção de doenças, dentre outros.

A Atenção Primária em Saúde – APS vincula-se à concepções de primeiro contato, porta de entrada do usuário as ações e serviços de saúde. Contempla a importância do acolhimento, dos vínculos e suporte que os profissionais integrados na equipe de APS devem prestar aos usuários (STARFIELD, 2002). Dessa forma, estabelecer as prioridades, compromissos e responsabilidades entre profissionais, usuários e a comunidade, a fim de promover cuidados, para a promoção, prevenção e tratamento de doenças, como também, a redução de danos e sofrimentos.

A APS também pode ser vista como uma forma de organização dos serviços de saúde, que revela um determinado modelo de atenção colocado pelos sistemas de saúde de diversos países, a fim de captar as diversas demandas, necessidades de saúde da população e seus determinantes. É um nível de atenção à saúde que não deve funcionar



desarticulado dos demais. Do mesmo ponto de vista, indica valores que a legitimam, dentre eles: a justiça social, a equidade, a universalidade, a integralidade, a participação e o controle social.

Dessa forma, a integralidade é fundamental para o alcance do direito a saúde, pois ela, juntamente com a universalidade e equidade, compõe as diretrizes doutrinárias do SUS. A integralidade pressupõe um conceito ampliado de saúde, onde as necessidades dos indivíduos e da sociedade, inseridos em um contexto específico, deverão ser sanadas, a partir do cuidado integral das ações e serviços de saúde oferecidos; envolvendo percepções no âmbito cultural, biopsicossocial, subjetivo, entre outros (CONASS, p. 33, 2011). Envolvendo conhecimentos, áreas de saber e profissionais diversificados, que devem compor as equipes de saúde.

Pode-se afirmar que, o Sistema de Saúde Único (SUS) no Brasil está relacionado com a perspectiva da APS, o qual enfatiza a equidade social, a corresponsabilidade entre os indivíduos e o âmbito público e a solidariedade (CONASS, 2011, p.20). Igualmente, procura reorientar o modelo de atenção e adotar a denominação de Atenção Básica à Saúde (ABS).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2012) “caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo”, abrangendo a “promoção e a proteção da saúde”, a “prevenção de agravos”, o “diagnóstico e o tratamento”, bem como, a “reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde”. No intuito de desenvolver uma “atenção integral” capaz de impactar nas condições de saúde e autonomia das pessoas, e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (PNAB, 2012, p.21).

Reitera que a atenção básica seja desenvolvida o mais próximo do convívio das pessoas, como a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Tem como princípios a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, além da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (PNAB, 2012).

Deve levar em conta que, o processo saúde doença está vinculado a outros fatores que envolvem a vida do indivíduo, para além dos epidemiológicos. Tornando imprescindíveis as condições para o acesso a bens necessários para sua sobrevivência e, a um perfil de saúde favorável. Entretanto, além das condições individuais de acesso aos



serviços de saúde e demais, também as condições e alternativas coletivas de organização e luta política, para suprir as necessidades de sobrevivência, pelo alcance das políticas sociais, responsabilidade do Estado.

Da mesma forma, o acesso dos indivíduos à saúde, deve levar em consideração as desigualdades sociais vivenciadas no contexto brasileiro. Outrossim, torna-se importante a ideia de atender prioritariamente aos que estão em estado de maior vulnerabilidade, maior risco de adoecimento, pelas condições precárias de vida e, menor acesso a bens e serviços coletivos. Nesse sentido, a equidade é condição necessária para o enfrentamento das desigualdades sociais a fim de igualar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, imprescindível para a garantia da integralidade.

Para tal, a atenção básica necessita ter o território adstrito com o qual irá trabalhar, possibilitando o acesso universal e contínuo a serviços de qualidade e resolutivos, igualmente, adscrever os usuários e estabelecer/ desenvolver relações de vínculos e responsabilidades, coordenar a integralidade levando em consideração os diversos aspectos referentes a promoção, prevenção, recuperação e tratamento, dentre outros.

Além disso, a preocupação com o trabalho interdisciplinar, centrado no cuidado do usuário, e por último, estimular a participação dos usuários a fim de que desenvolvam sua autonomia e capacidade do cuidado à sua saúde (PNAB, 2012).

A PNAB (2012) tem na saúde da família seu principal foco de atuação, a qual constitui-se na estratégia prioritária de expansão e consolidação da atenção básica. A Estratégia Saúde da Família (2006) tem sua origem no Programa Saúde da Família, criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, com características diretamente ligadas a nova perspectiva da política de reorganização da rede de assistência à saúde, com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) na perspectiva que este trazia com relação a universalização do acesso a saúde (ANDRADE, BARRETO & BEZERRA, 2012).

Na Estratégia Saúde da Família, o atendimento é prestado na Unidade Básica de Saúde e/ou no domicílio dos usuários, pela equipe multiprofissional (equipe saúde da família), composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes de saúde (equipe básica), e ainda, dentista, técnico de saúde bucal (equipe ampliada).

O Ministério da Saúde deixa claro que outros profissionais podem ser incorporados à equipe, levando em consideração as características do território e as necessidades de saúde. No entanto, o financiamento é destinado a equipe básica e/ ou



ampliada, e para a constituição dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), a partir de 2008. O qual é responsável pelo apoio matricial a equipe de referência da ESF, oferecendo retaguarda técnica especializada, de modo a ampliar a abrangência e as ações de atenção básica, mas não é responsável diretamente pela prestação dos serviços de saúde. O NASF poderá integrar outros profissionais como assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos, dentre outros.

Embora, a ESF enfatiza o trabalho em equipe, integrado e interdisciplinar é possível afirmar que a lógica predominante ainda é centrada no atendimento individual e na figura do médico, devido a forma de organização dos processos de trabalho nas UBS. Assim, a interdisciplinaridade é um desafio que carece ser enfrentado e construído cotidianamente nos serviços de saúde, a fim de que possa estabelecer uma relação de horizontalidade, compartilhamento de saberes e responsabilidades, capazes de enfraquecer a departamentalização vertical. E assim, promover o acolhimento, enquanto uma postura a ser adotada por toda equipe, e a todo momento, para a necessária criação e manutenção de vínculos para promoção do cuidado.

Importante ressaltar que, a ESF foi gestada num contexto repleto de contradições, de um lado o cumprimento do caráter universal, integral, equânime, dos preceitos do SUS e da atenção primária à saúde e de outro, sofre os impactos das determinações do Banco Mundial, pela necessidade da racionalização da oferta dos serviços e recursos, bem como, a contenção de gastos públicos. Assim, ao mesmo tempo em que constitui-se como porta de entrada aos serviços, na perspectiva da integralidade, também materializa-se numa atenção focalizada, fragmentada, precarizada e desarticulada dos demais níveis de atenção.

2.2. A Atenção Primária à Saúde em Natal –RN

Importante lembrar que o (a) PSF/ESF serviu como mecanismo de pressão do Ministério da Saúde para adequação dos municípios à NOB 1/96. Assim, os municípios para não perder recursos financeiros, aderiram a proposta saúde da família. Que desde sua criação tem ampliado a expansão em número de municípios e de equipes, expandido a



atenção básica, contudo apresenta contradições em sua organização e, ainda não deu conta da demanda para qual foi criado. Ao mesmo tempo, que democratizou o acesso aos serviços de saúde e fortaleceu o controle social, também dificultou o acesso da população “fora de área” das ações e serviços de saúde, tendo em vista que, nem todas as Unidades de Saúde Básica atendem a cobertura de 100 % de seus territórios, cuja realidade em Natal não difere do Brasil.

No Município de Natal-RN a rede de serviços de atenção básica, se estrutura a partir das Unidades Básicas de Saúde (18) e das Unidades Saúde da Família (37), as quais são responsáveis pela porta de entrada no sistema, e pela articulação com os demais níveis atenção. Natal divide-se em cinco distritos administrativos: Norte I, Norte II, Oeste, Leste e Sul. As unidades de saúde estão distribuídas de acordo com os distritos, sendo no distrito norte I 11(USF) e 03 (UBS); no Norte II: 10 (USF) e 02 (UBS); no Oeste: 12 (USF) e 02 (UBS); no Leste: 04 (USF) e 04 (UBS) e no Sul: 07 (UBS) e nenhuma USF. Os distritos totalizam 107 equipes saúde de família (FEITOSA, 2010)

Destaca-se que as Unidades Saúde da Família pela sua área de abrangência eliminariam a demanda espontânea, por prestar serviços de saúde mais próximos das residências dos usuários, atendendo aos pressupostos da APS. Contudo, as dificuldades na definição dos territórios, deixa grande parte do distrito “descoberto”, indo de encontro ao princípio da universalização.

Nesse sentido, o distrito Norte I conta com uma população de 137.807, dos quais, 89.700 (65,1%) são cobertos pela ESF e 48.107 (34,9%) descobertos; a população do distrito Norte II é de 170.161, cujos 94.950 (55,8%) são cobertos pela ESF e 73.898 (44,2%) descobertos. O distrito Oeste com população de 215.580, onde 117.863 (54,6%) da população é coberta e 97.707 (45,4%) é descoberta. No distrito Leste a população é de 119.259, desta 34.500 (28,9%) estão cobertos pela ESF e 84.759 (71,1%) estão descobertos. Por último, o distrito Sul com população de 163.385 e 100% descoberta pela ESF. Em suma, a população distrito do município de Natal é de 806.192, onde 337.013 (45,7%) coberta pela saúde da família e 467.385 (54,3%) é descoberta. (CNESS/SEMURB, 2010 apud FEITOSA, 2010). No entanto, em Natal, a Estratégia Saúde da Família é eixo estruturante na atenção básica.

A PNAB (2012) indica para cada 18 mil habitantes, uma UBS sem Saúde da Família, localizada dentro do território e, para cada 12mil habitantes, uma UBS com Saúde



da Família, a fim de garantir os princípios e diretrizes da atenção básica. Do mesmo modo, cada equipe deve ser responsável por no máximo 4000 pessoas, em média, 3000. Entretanto, a realidade de Natal revela aproximadamente, que as equipes são responsáveis, nos distritos Norte I (5.300 pessoas); Norte II (5.670 pessoas); Oeste (5.260 pessoas); Leste (11.900 pessoas), bem acima do indicado. O distrito Sul conta com UBS sem Saúde da Família, tem uma população em torno de 163 mil, dividida em 07 UBS, em média 23 mil para cada UBS, superando o indicado (18mil) pela PNAB (FEITOSA, 2010). A população descoberta é maior que a coberta no município, agravando a realidade nos distritos que, vivem em maior situação de risco, demonstrando a necessidade de maior investimento da atenção básica.

Pode se afirmar que os distritos convivem com UBS com demanda espontânea e área de abrangência da USF, oferecem serviços diferentes para uma mesma população adstrita ao território, comprometendo o acesso universal e contínuo, assim como a qualidade e a resolução dos serviços prestados.

A população das áreas descobertas, a maioria (54,3%) recorre as UBS de demanda espontânea, devido a demanda reprimida não dá conta de atender a todos, em tempo necessário. No município, usuários que utilizam o transporte coletivo residentes em zona descoberta do distrito Norte I e II e no distrito Oeste, recorrem as UBS do distrito Sul, lado oposto e distante de sua moradia. Esta tem sido a opção para os moradores do distrito Norte I e II e Oeste, tendo em vista as dificuldades de locomoção entre os bairros de um mesmo distrito, pela falta de linhas que garantem esse deslocamento e, pelo fácil acesso ao deslocamento da zona norte para a zona sul, pois todas as linhas convergem nesse sentido (FEITOSA, 2010).

Portanto, muitas são as dificuldades enfrentadas pela população descoberta em virtude do número insuficiente de UBS e USF em distritos que contemplam critérios indicados pela PNAB (2012), com alto índice de vulnerabilidade social, baixo poder aquisitivo, precárias formas de inserção produtiva, como os distritos Norte I e II e distrito Oeste. Assim, é inconcebível a realidade vivenciada pelos usuários para o acesso ao direito a saúde, sem opção de ser atendido o mais próximo de sua moradia, sem opção de transporte coletivo e sem condições objetivas para tal. Conseqüentemente, pelo falta de acesso as ações e serviços de saúde, tem-se o agravamento das condições de saúde e de vida.



III- CONCLUSÃO

Ao finalizar, se faz necessário destacar a atenção primária enquanto porta de entrada aos cuidados em saúde. Compreendendo o processo saúde doença a partir de ações e serviços direcionadas pela perspectiva ampliada de saúde.

Os dados referentes a Natal demonstram a necessidade de uma rede de atenção reorganizada, dando ênfase à atenção básica. Visto que, são inúmeras as dificuldades enfrentadas pelos usuários, no que diz respeito ao acesso às ações e serviços de saúde, acirrando cada vez mais a desigualdade social e distanciando-se dos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Estes, que formam uma tríplice indissociável, são desafiadas no contexto atual da política econômica de recorte neoliberal, que mercantiliza as políticas sociais, à saúde, que reduz direitos garantidos para atender a necessidade do capital. Com tendência a focalização dos serviços, tornando a APS em um nível de atenção precarizado e distante dos demais.

Desta forma, sublinhamos a importância da construção de espaços coletivos, fomentando o processo democrático da reforma sanitária, fortalecendo a perspectiva de gestão participativa e desconstruindo discursos. Assim, estipulando estratégias em defesa e materialização do SUS que queremos, destacando seu compromisso político com a promoção em saúde e ampliação da cidadania.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. (org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Atenção Primária e Promoção da saúde. Brasília: CONASS, 2011.



Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

FEITOSA, Luciana. Território usado e SUS: a política normativa e as formas geográficas da atenção básica em Natal/RN. Monografia UFRN/CCHLA/GEO. Natal, RN, 2010. MATTA, G. C. MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2009

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco Brasil/Ministério da Saúde, 2002