**Retrospectiva Histórica da Atenção Primária à Saúde**

No fim da década de 1970 e durante toda a década de 1980, o Brasil entrava num processo político que ficou conhecido como “abertura política”.

Os marcos iniciais desse processo foram a anistia irrestrita de 1979 e a volta do processo eleitoral em 1982 para eleição direta dos governadores dos Estados.

Em 1984, surge o movimento das “Diretas Já”. Neste contexto de ansiedade pela democracia havia muitas questões a serem discutidas que afetavam diretamente a qualidade de vida da população e uma das que mais preocupavam as pessoas era a questão da saúde. Havia necessidade de uma ampla reforma no sistema de saúde, de modo a trazer à população a oportunidade de acessar às ações de saúde e expressar as suas necessidades e ideias participando da construção do planejamento. As propostas de Alma-Ata estavam ecoando nos ouvidos daqueles que lutavam pela nova proposta de saúde, com forte ressonância na VIII Conferência Nacional de saúde e, posteriormente, na constituição de 1988, que criou o SUS.

Para ser posta em prática a mudança do sistema de saúde, era fundamental a implantação de um modelo que trouxesse uma impactante mudança no formato de se fazer saúde no país, junto com toda a restruturação de distribuição de recursos entre as esferas de gestão. Criou-se e implantou-se, então, o Programa Saúde da Família, em 1994, como o “jeitinho brasileiro” de se fazer atenção primária à saúde.

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: A MUDANÇA NO MODELO DE ATENÇÃO**

A estratégia “Saúde da Família” foi instituída em 1994, com o objetivo de implantar a atenção primária à saúde e reorganizar o modelo de atenção no Brasil. Sem dúvida, era um enorme desafio e significava uma forma de trabalhar que rompia totalmente com o modelo hegemônico dominante da medicina centrada nas grandes especialidades. Até então, os municípios que haviam avançado na implantação da sua rede de Unidades de Saúde, estimulados em algum momento pelas discussões de APS que se formatavam, aplicaram um modelo de atenção que era aceito como padrão nas sociedades médicas e conhecido pela sociedade em geral. Esse modelo contava com a atuação do médico clínico, pediatra e ginecologista. Apesar desse modelo ser considerado como um dos modelos viáveis de APS, ainda assim ele não atende plenamente à proposta trazida da ampliação do acesso em todo o tempo, como também não favorece a organização de trabalho por microterritório. Havia a necessidade de uma ação que suplantasse a visão restrita da especialidade e que integrasse os profissionais numa equipe de trabalho, que por sua vez deveria se vincular à comunidade-alvo. A melhor opção seria incorporar a especialidade médica medicina geral e comunitária, porém, essa especialidade tinha poucos egressos no Brasil, justamente pela falta de campo de trabalho nesta área específica, além de ter sofrido vários processos de descontinuidade de provimento de bolsas por parte dos programas de residência. Na falta desse especialista, a melhor alternativa seria o médico generalista ou que seja incentivada a migração de uma outra especialidade médica. Naquele primeiro momento, a maior especialidade médica em termos de números de associados era a pediatria e foi de fato dela que veio o maior número de médicos para participar do PSF, em seguida, houve boa adesão de médicos recém-formados e de médicos em fim de carreira. É importante destacar-se, com relação aos profissionais que aderiram ao PSF, que o modelo de trabalho obrigava também à uma mudança de contratação. Na maioria das vezes, o médico era contratado por 20 horas, deslocando-se entre dois ou três locais de trabalho durante o dia. Da mesma forma, o enfermeiro comumente era contratado em regime de plantões. O PSF obrigava a contratação pelo período de 40 horas semanais, levando à permanência dos profissionais na Unidade de Saúde por período integral. Esse novo modelo de contrato facilitava a vinculação da equipe com a comunidade, ao mesmo tempo que garantia a oferta de todos os serviços prestados pela Unidade de Saúde no tempo integral durante a semana útil.

O programa dos Agentes Comunitários de Saúde já havia se mostrado efetivo na abordagem de localidades com elevada mortalidade infantil, como no Ceará e Bahia, porém, havia necessidade de incorporar-se os profissionais de nível superior para composição das equipes, essencialmente médicos e enfermeiros. Os municípios foram estimulados a montar suas equipes e a cadastrá-las no Ministério da Saúde, que, por sua vez, repassaria um incentivo por implantação de cada equipe, além de estruturar o piso de atenção básica do município. Essas equipes precisariam ser capacitadas para entender o processo de trabalho do novo modelo de atenção, seus fundamentos e objetivos que mudavam a lógica da atenção. Cursos de capacitação foram montados, publicações do Ministério da Saúde, como o Manual do PSF para o médico e o Manual do PSF para o enfermeiro, congressos, cursos de especialização e, posteriormente, o Ministério da Saúde, em parceira com o MEC, estimulou a ampliação de vagas para a formação em Medicina de Família e Comunidade no intuito de qualificar a atenção médica na APS. Outro grande avanço para a qualificação e formação de profissionais para a atenção primária veio com a implantação de residências multiprofissionais em Saúde da Família.

Desde então, não apenas os médicos poderiam fazer residências, mas os outros profissionais de nível superior, como dentistas, psicólogos, nutricionistas poderiam fazer a sua formação com a devida qualificação e aplicá-la na sua prática. Certamente, isso significa grande avanço para a Estratégia Saúde da Família e para a APS no Brasil.

**O TERRITÓRIO E SEUS SIGNIFICADOS**

O território físico e geográfico

 A decisão de trabalhar dentro de um determinado território foi o grande ganho para a implantação da ESF no Brasil, sendo na verdade um dos seus fundamentos. Este modelo, de certa forma, impõe a responsabilização da equipe com uma definição de locais e tarefas específicas. O significado da palavra território demonstra a sua origem, que a relaciona à delimitação do espaço e posse da terra, ou seja, domínio do local. Apesar do sentido ser aplicado de modo diferente, é importante entender-se que de fato é isso que se desejou que as equipes sentissem na sua relação com a comunidade sob sua responsabilidade, uma percepção de apropriação dos cuidados fornecidos, compromisso com os atributos da APS, sobretudo ser a porta de entrada da rede de atenção. Para que esta metodologia aconteça, é necessário que aconteça uma delimitação de espaço, que é, na verdade, a aplicação do termo em si mesmo, ou seja, a equipe precisa saber exatamente onde começa e termina o seu território propriamente dito em termos geográficos. O ideal é que a extensão desse território seja suficiente para que a equipe possa acessar à comunidade à pé, tanto quanto a comunidade possa acessar aos serviços de saúde caminhando no máximo por 30 minutos. Isso significa que a área mais distante da Unidade de Saúde não deve ser além de 3 km. No entanto, há que se atentar para outras características do território que se relacionam à geografia local, sobretudo nos territórios rurais, com poucas modificações estruturais, como acontecem nas cidades. É necessário diferenciar se o território está em área terrestre propriamente dita ou sobre rios, como acontece na Amazônia; se está em áreas elevadas, morros ou montanhas, ou em baixadas. Quais as vias e condições de acesso que a comunidade dispõe, se não puder acessar à Unidade de Saúde à pé? O estudo sobre as características físicas do território mostra que elas se encontram diretamente ligadas às vulnerabilidades existentes na população que nele habita. Neste aspecto, inicia-se a parte mais importante da territorialização propriamente dita, que é a inclusão da análise populacional naquele território. Quem são e quantas são estas pessoas?

O território vivo

A análise populacional do território compreende a parte mais importante do processo. Nesse momento, inicia-se a contagem de pessoas nas áreas de abrangência por meio do cadastro da população. Esse cadastro é feito pelo município e, posteriormente, transmitido ao Sistema de Informação da Atenção Básica – Esus. Essas informações são a base das análises epidemiológicas que posteriormente geram os indicadores de saúde de cada região. As pessoas moradoras das áreas de abrangência caracterizam o território. Ali, observamos seu modo de vida por meio dos equipamentos sociais disponíveis, sejam de origem estatal públicas, como creches, Unidades de Saúde, Unidades de Apoio Social, abastecimento, delegacias, ou aquelas de origem privada, como igrejas, pequenos comércios, bares, restaurantes. São também de vital importância o conhecimento do poder paralelo existente ali, evidentemente sem identificação por meio de placas, mas muito presente na vida das pessoas e que influenciam o trabalho em saúde, como é o caso do tráfico de drogas, que infelizmente se faz presente em todas as grandes cidades. A análise do território vivo subsidia a equipe de saúde para outro passo importante na direção da implantação da ESF, que é o diagnóstico de saúde da comunidade.

O diagnóstico de saúde da comunidade

O diagnóstico de saúde da comunidade parte do levantamento que é feito no momento do cadastramento das pessoas. Naquele momento, pode-se saber quantas pessoas estão abaixo de 5 anos, quantas mulheres estão grávidas, quantos são idosos acima de 70 anos, quantas pessoas em idade produtiva. Essas informações, aliadas às informações epidemiológicas sobre os indicadores regionais, ajudam a construir um perfil daquela comunidade que vai orientar o planejamento em saúde daquela área. Nesse momento, é importante evidenciar-se as áreas consideradas de risco, seja por motivos geográficos, como sujeitas a enchentes, ou próximas de rodovias, ou de barrancos, mas também aquelas de maior risco social, como as que são dominadas pelo poder paralelo, vendas de drogas ilícitas e outras condições ilegais. O território significa o modo de viver das pessoas e é altamente representativo da ação e compromisso do poder público com aqueles que ali vivem e trabalham, entre eles as equipes de saúde.

OS CAMINHOS DE CURA DA COMUNIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Quando se fala no adoecimento, fala-se no sofrimento humano. Ao adoecermos, percebemos nossas fragilidades e ficamos assustados com a possiblidade de perdermos nossa autonomia, ou perdermos aqueles a quem amamos, além do risco amedrontador e misterioso que significa morrer. A ciência trouxe muita luz aos processos de adoecer, mas por mais que este conhecimento evolua diariamente, ele ainda não foi capaz de responder a todas as questões, nem suficiente para trazer todas as soluções. Diante disso, há que se considerar o conhecimento acumulado pelas comunidades no manejo de seus sofrimentos, como também seus caminhos na construção de alternativas para diminuir sua angústia nos momentos difíceis. No decorrer da vida, as comunidades desenvolveram a percepção dos componentes das plantas no tratamento das doenças. Num país como o nosso, continental em extensão e até bem recentemente com pouca assistência à saúde, é natural que ainda encontremos pessoas que se utilizam quase que exclusivamente de recursos alternativos para o manejo de suas doenças. Neste aspecto, a atenção primária tem o privilégio de realizar o encontro dos conhecimentos de várias origens e potencializar suas ações de forma positiva, para validar sua entrada na comunidade, respeitando sua complexidade cultural e seu conhecimento adquirido. Algumas práticas e costumes foram sabiamente potencializados, como é o caso do conhecimento das benzedeiras, parteiras e os consertadores de ossos. São eles e elas que colocam “os ossos no lugar”, que “cortam o mal olhado”, “levantam espinhela caída”, consertam “o bucho virado” e são tão importantes dentro da comunidade para o contexto de saúde quanto os profissionais de saúde. A melhor estratégia para o sucesso numa comunidade é ter esses líderes populares como seus aliados e utilizar a sua liderança para reforçar as ações de saúde, como vacinação, pré-natal, entre outros. Já pensou como seria produtivo ter ao seu lado numa campanha de vacinação a benzedeira mais famosa do bairro? Certamente seu apoio traria mais credibilidade às ações de saúde propostas para aquela localidade. O conhecimento dos chás e das plantas curativas também está muito consolidado nas comunidades, sobretudo na Amazônia e áreas rurais do país.

A ESF E A NOVA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA – PNAB

Em 21 de setembro de 2017 foi publicada a Portaria n. 2.436 que “aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2017). É importante dizer que a revisão dessa política acontece após 6 anos da Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011 (a última publica), e foi marcada por algumas polêmicas com relação aos modelos de Atenção Básica no país. A nova PNAB reforça a ESF como política estruturante da atenção básica, mas permite o financiamento de outra modalidade de equipe de atenção básica, que é a equipe EAB. Esta outra modalidade, de alguma forma ganha destaque na PNAB porque é alvo de estruturação financeira e composição profissional. As equipes até então cadastradas como Equipes de Atenção Básica eram obrigatoriamente compostas por médicos de 3 especialidades básicas: pediatria, clínica médica e ginecologistas e antes não eram financiadas. A última PNAB traz a possiblidade de financiamento dessas equipes, orientando que elas sejam compostas por médico de família, de preferência, e na falta deste, o médico generalista, um enfermeiro e um técnico de enfermagem. Cada categoria deve compor a carga horaria de 40 horas dentro da equipe, sendo possível a divisão desta carga horária entre 3 profissionais da mesma categoria, ficando os municípios livres para se organizarem conforme suas possiblidades. Grupos contrários às modificações entenderam que esta nova possiblidade de financiamento poderia desestimular o crescimento da ESF, porém, é fato que os maiores municípios, sobretudo aqueles que já haviam iniciado a estruturação da sua APS no início da década de 90, contam nos seus quadros com grande número de equipes no modelo EAB e não têm condições de mudar esse modelo de forma rápida. A possibilidade de compartilhar parte do financiamento dessas equipes certamente ajudará os municípios.

 Outra alteração importante trazida pela PNAB foi a figura do gestor ou gerente da Atenção Básica. Poucos eram os municípios que traziam essa figura entre seus quadros, entre eles, o município de Curitiba trazia a figura desse gestor desde 1995, com o título de Autoridade Sanitária Local – ASL. Seu papel era assumir a gestão local da sua Unidade de Saúde e do seu território de abrangência, sendo responsável pelos eventos sanitários e supervisionando o trabalho das equipes de saúde que ali atuam. Esses gestores foram capacitados nos processos de microgestão em saúde e, por sua vez, respondem ao seu Distrito Sanitário, o qual gerencia as questões de saúde de um território distrital. Na maioria das cidades, não há um profissional destacado para esta função exclusiva. Quem respondia pelas ações na Unidade de Saúde era geralmente um dos enfermeiros, que acumulava funções de enfermeiro assistencial e eventual gestor. Essa ausência enfraquece o protagonismo da APS dentro do território onde atuam outros setores da gestão pública. Por esse motivo, a iniciativa da nova PNAB ao incluir este profissional demonstra que a APS está se qualificando enquanto processo, ultrapassando a fase experimental pela qual passou na década de 1990 e se afirmando na sua posição de gestora da rede de atenção à saúde.

Outro ponto importante mostrou-se quanto à posição do Agente Comunitário de Saúde. Este item é, sem dúvida, o mais polêmico devido à incompatibilidade dos processos propostos e a legislação profissional. Trata-se da proposta de ofertar aos ACS o curso de técnico de enfermagem, de modo a possibilitar a execução de procedimentos que exigem qualificação profissional de enfermagem. Entende-se que a intenção da proposta é ampliar a ação dos ACS, sobretudo nas áreas em que os profissionais da enfermagem são mais escassos, porém, suas atribuições profissionais como agentes comunitários não podem ser compartilhadas com as atribuições de técnicos de enfermagem, devendo ser definidas em qual categoria profissional deveriam se enquadrar, sob o risco de haver a queixa de desvio de função. Neste sentido, o Conselho Federal de Enfermagem já se manifestou contrariamente, alegando justamente a incoerência de atribuições e de pré-requisitos para cada categoria profissional. Para o cargo de ACS não há obrigatoriedade de nível de escolaridade, enquanto para o técnico de enfermagem há a exigência do nível médio. O número de ACS também foi alterado na nova versão da PNAB. Antes, havia a obrigatoriedade de inserir-se 4 ACS por equipe ESF, enquanto que agora a exigência é de, no mínimo, 1 por equipe, de acordo com a necessidade e vulnerabilidade da comunidade atendida. Numa análise geral, pode-se dizer que a PNAB trouxe mais flexibilidade aos processos de gestão, ampliou as possiblidades de financiamento da atenção básica e estimula a qualificação dos processos de trabalho na APS, demonstrando que entramos em uma nova fase de construção desse ponto, que é central e essencial à rede de atenção à saúde.

**FINALIZANDO**

Atualmente, a Estratégia saúde da família atinge em torno de 50% da população brasileira. Um dos seus maiores entraves para a expansão é a falta de profissionais qualificados, sobretudo de médicos, mas, mesmo assim, os resultados são animadores. Os dois indicadores mais sensíveis às mudanças sociais são a mortalidade materna e a mortalidade infantil. Ambos estão em constante queda desde a implantação da ESF, em 1994. Importante lembrar que a Estratégia Saúde da Família se implanta por meio de passos que consideram o território enquanto espaço de atuação e enquanto local de convívio das pessoas. Há que se fazer o diagnóstico de saúde da comunidade, levantando seus dados prévios e a partir de então organizar o plano de ação para abordagem das famílias em situação de risco. Um dos princípios da APS é a competência cultural. Nesse sentido, a equipe deve conhecer os caminhos de cura aplicados pela comunidade, suas crenças e utilizar-se de todo o arsenal técnico disponível para melhor atender. Um desses componentes são as práticas integrativas e complementares em saúde – PIC. Neste rol de técnicas existem algumas com forte ressonância com a população brasileira, como o uso das plantas medicinais, que devem ser bastante estimuladas pelos profissionais de saúde. Outras técnicas podem ser usadas, desde que aprovadas pela comunidade atendida e ofertadas dentro dos consensos éticos. A Política Nacional de Atenção Básica foi revista pela última vez em setembro de 2017 e está vigente desde então, com algumas modificações nas configurações das equipes. A PNAB agregou valor financeiro aos municípios com a possibilidade de financiamento das equipes de atenção básica, porém, mantém a ESF como estruturante do sistema de atenção básica do Brasil.