

Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura

The benefits and challenges of the Family Health Strategy in Brazilian Primary Health care: a literature review

Luciano José Arantes¹
Helena Eri Shimizu¹
Edgar Merchán-Hamann¹

Abstract *The aim of this study was to analyze what contributions the Family Health Strategy has made towards the development of primary healthcare in Brazil, and what challenges it faces. A literature review was conducted and articles were analyzed from three dimensions: political/institutional, organizational, and technical/healthcare. In the first dimension, the Family Health Strategy was found to have helped expand primary healthcare, the institutionalization of evaluations, and the promotion of equity. The main challenges identified were funding, the training, education, and management of personnel, and cross-sectoral action. In terms of organization, the benefits include a broader supply of services, access to health services through organized initiatives for specific diseases or age groups, and more comprehensive healthcare. The challenges involve access, the entry point, integration with the healthcare network, planning, and social participation. As for technical/healthcare considerations, the main benefits identified were the fostering of multidisciplinary working practices, family focus, reception, rapport, humanization, community orientation, production of care, and performance. The challenges for its improvement are associated with complex factors and require greater political/institutional effort.*

Key words *Primary Healthcare, Family Health Strategy, Public health*

Resumo *O estudo analisou as contribuições e os desafios da Estratégia Saúde da Família no desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde do Brasil. Foi realizada revisão de literatura e análise de artigos segundo as dimensões: político-institucional, organizativa e técnico-assistencial. Na primeira dimensão, destacaram-se contribuições para a expansão dos cuidados primários, institucionalização da avaliação e promoção da equidade; e desafios relacionados ao financiamento, formação/educação/gestão de pessoal e à intersectorialidade. Verificou-se ampliação da oferta de serviços, contato por ações programáticas e favorecimento da integralidade da atenção na dimensão organizativa; e desafios ligados ao acesso, porta de entrada, integração à rede de serviços, planejamento e participação social. Na dimensão técnico-assistencial observaram-se benefícios para o trabalho multidisciplinar, enfoque familiar, acolhimento, vínculo, humanização, orientação comunitária, produção do cuidado e desempenho. Os desafios para seu aprimoramento estão condicionados a fatores complexos e exigem maior esforço político-institucional.*

Palavras-chave *Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Saúde pública*

¹ Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte. 70910-900 Brasília DF Brasil. shimizu@unb.br

Introdução

Um importante marco para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS) mundial foi a publicação da Declaração de Alma Ata no ano de 1978, a qual defendia a APS como núcleo central de um sistema de saúde. As ideias centrais para o aprimoramento dos sistemas de saúde contemporâneos foram apresentadas nessa declaração, trazendo contribuições para resultados mais favoráveis e equitativos em saúde, maior eficiência, efetividade e satisfação do usuário¹.

Todavia, é relevante destacar a existência de diferentes formas de implementar a APS. Em alguns países, a APS é considerada como um programa focalizado e seletivo, que oferta cesta reduzida de serviços a populações mais pobres; em outros, é o primeiro nível de um sistema de saúde com oferta de serviços clínicos, responsável pela coordenação do cuidado e pela sua organização, e ainda como uma política de reorganização do modelo assistencial²⁻⁴.

No Brasil, desde os anos 1920 até a atualidade, assistimos a várias tentativas de se organizar a APS. Nesse período, vários modelos foram implantados em diferentes regiões do país, em função de interesses e concepções bastante distintas. Contudo, o marco mais importante da APS ocorreu por meio da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), influenciado por abordagens internas e externas de cuidados primários, apresentando-se como uma proposta mais abrangente de APS^{2,3,5}.

Em decorrência das suas potencialidades, o PSF passou a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) pela sua capacidade em orientar a organização do sistema de saúde, buscar respostas para todas as necessidades de saúde da população e contribuir na mudança do modelo assistencial vigente. Para isso, a ESF baseia-se em princípios norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde, como a centralidade na pessoa/família, o vínculo com o usuário, a integralidade e a coordenação da atenção, a articulação à rede assistencial, a participação social e a atuação intersetorial^{6,7}.

É preciso considerar que, em 20 anos de implantação, essa estratégia tem sido defendida como o principal elemento da agenda política para a organização dos serviços e ações de APS no Brasil, produzindo vários resultados favoráveis à saúde da população⁸.

Contudo, devido à sua inserção em cenários complexos e diversificados, permeados por interesses políticos, econômicos e sociais, algumas

de suas potencialidades podem ser minimizadas, o que tem trazido questionamentos quanto à sua credibilidade como reorganizador dos serviços e ações de saúde, e substitutivo do modelo tradicional de APS no Brasil. Diante dessa perspectiva, faz-se necessário avaliar a ESF, detectando as áreas passíveis de intervenção pelas autoridades sanitárias com vistas ao seu futuro aperfeiçoamento.

Assim, este artigo teve como objetivos identificar e analisar as principais contribuições e os desafios da ESF para o desenvolvimento da APS brasileira, com a finalidade de refletir sobre os aspectos que podem afetar a sustentabilidade desse modelo.

Método

Neste estudo foi realizada uma revisão de literatura, com pesquisa de publicações no *site* da Bireme (www.bireme.br) do período de 2002 a 2011, abrangendo base de dados como Lilacs, IBECs, Medline, Biblioteca Cochrane e SciELO. Para descritores, fez-se uso dos termos: “Atenção Primária à Saúde” e “Estratégia Saúde da Família” e, como filtro, as publicações do tipo artigo, cujo assunto principal era a “Estratégia Saúde da Família”.

Foram encontrados 197 artigos. Destes, 57 estudos não possuíam o texto completo disponível na plataforma de busca e, por isso, foram excluídos. Estavam repetidos na listagem gerada pelo *site* 31 artigos, que foram removidos para evitar duplicidade na consolidação dos dados. Dos 109 artigos restantes, onze foram excluídos por se tratar de estudos de reflexão, ensaio, opinião, informes técnicos, de protocolos específicos para atendimento clínico, identificação de prescrição médica, ou por apresentar resultados agregados da ESF e APS tradicional. Dessa forma, foram incluídos, nesta revisão, os estudos que tiveram unidades de saúde, profissionais, universitários, gestores e/ou usuários associados ao contexto da ESF, bem como os estudos de revisão de literatura, totalizando, assim, 98 artigos.

Como a ESF é considerada um modelo de atenção à saúde, ou seja, um modo de organizar as ações e de dispor os meios técnico-científicos para intervir sobre os problemas e necessidades de saúde⁹, para a identificação e a análise das contribuições e dos desafios na ESF para a APS brasileira, foi realizada uma classificação utilizando três dimensões propostas por Teixeira: político-institucional, organizativa e técnico-assistencial¹⁰.

Na *dimensão político-institucional* foram analisados os mecanismos de condução do processo de reorganização das políticas, ações e serviços, sobretudo os investimentos empreendidos para o aprimoramento da APS. Na *dimensão organizacional* verificou-se o estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, levando em conta a interação entre os níveis de atenção no processo de cuidado. Além disso, averiguou-se a forma de organização dos serviços de saúde com a finalidade de prover a integralidade da atenção.

Na *dimensão técnico-assistencial*, também denominada de operativa, examinaram-se as relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, recuperação e reabilitação), mediadas pelo saber e tecnologia que operam no processo de trabalho.

Os elementos para análise em cada dimensão, selecionados a partir da leitura preliminar dos artigos, são exibidos sumariamente no Quadro 1.

Dessa maneira, buscou-se classificar os estudos selecionados, segundo as dimensões definidas, fundamentais para o desenvolvimento da APS, mais especificamente da ESF. Não se pretendeu com os resultados e as análises apresentados exaurir todas as possibilidades de discussão sobre a ESF para a APS do Brasil.

Resultados

Dos 98 artigos analisados, aproximadamente 71% abordaram pesquisas em um município, 18% em dois ou mais do mesmo ou de diferentes estados, e 11 % foram categorizados como revisão de literatura. No Gráfico 1, é apresentada a

tendência crescente desse tipo de publicação no período avaliado.

Identificou-se que, aproximadamente 45% dos artigos, utilizaram métodos qualitativos, 26% quantitativos e 8% associaram esses dois tipos de abordagem. Nos qualitativos, houve maior frequência dos descritivos, exploratórios ou estudos de caso, e nos quantitativos, os transversais. O método etnográfico foi o mais utilizado nos qualitativos e a técnica com grupos focais a mais frequente para a coleta dos dados. Aproximadamente, 10% dos artigos foram identificados por seus autores como avaliativos, sendo a análise de implantação da ESF o tipo mais encontrado.

O Gráfico 2 apresenta o número de publicações relacionadas aos Estados. A região Sudeste foi aquela com a maior quantidade de municípios pesquisados, seguida das regiões Nordeste, Sul, Norte e Centro-Oeste, respectivamente. Cinco estudos abrangeram dois ou mais estados, sendo que quatro deles referiram-se a pesquisas que alcançaram diferentes regiões do Brasil. Considerando os critérios de inclusão e exclusão desta revisão, no período avaliado não foram encontrados artigos sobre a ESF nos Estados do Acre, Rondônia, Roraima e Mato Grosso do Sul.

Na *dimensão político-institucional* verificou-se que a ESF favoreceu a expansão dos cuidados primários no país e incrementou o processo de institucionalização da avaliação. O resultado encontrado, quanto à promoção da equidade, também foi melhor com a ESF quando comparado com o modelo tradicional de APS em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os principais desafios referiram-se ao financiamento insuficiente, à formação profissional em desarmonia com o modelo de atenção centrado na APS, à precarização do

Quadro 1. Elementos para análise das contribuições e desafios da ESF na APS do Brasil.

Dimensões	Elementos		
Político – Institucional	Expansão da ESF Equidade Financiamento	Formação/Educação/Gestão de pessoal	Avaliação Ações intersetoriais
Organizativa	Acesso Primeiro contato	Integralidade Integração à rede assistencial	Planejamento Participação comunitária
Técnico-Assistencial	Trabalho multidisciplinar	Acolhimento Vínculo Enfoque familiar	Orientação comunitária Processo de Cuidar

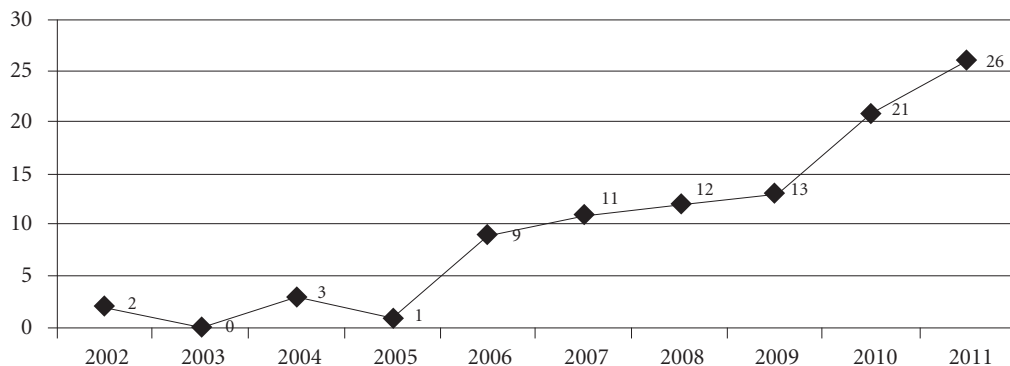


Gráfico 1. Número de artigos publicados no período de 2002 a 2011.

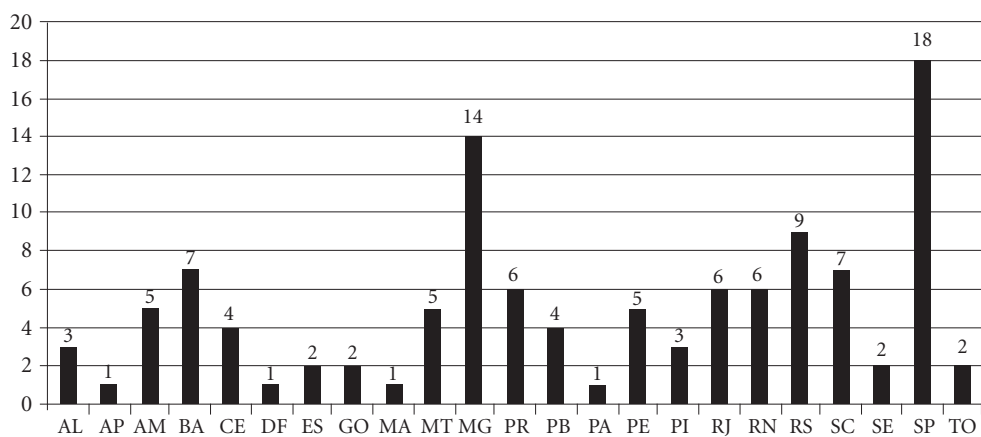


Gráfico 2. Número de municípios por Estado envolvidos nas pesquisas sobre ESF no período de 2002 a 2011.

vínculo profissional com as instituições e ao desenvolvimento de ações intersetoriais.

Na *dimensão organizativa*, a implantação da ESF contribuiu para a ampliação das possibilidades de oferta de serviços nas áreas periféricas e rurais, inclusive para a saúde bucal. Ademais, trouxe um efeito estruturante perante os vazios assistenciais em pequenos municípios, com resultados melhores quanto à integralidade da atenção e ao contato por ações programáticas quando comparado com a APS tradicional.

Os desafios identificados, nessa dimensão, estiveram ligados ao acesso, à referência da Unidade de Saúde da Família (USF) como porta de entrada no sistema de saúde, à integração da ESF

à rede assistencial, ao planejamento e à participação social.

Na *dimensão técnico-assistencial*, a ESF foi melhor do que o modelo de APS em UBS tradicional quanto ao desempenho, ao trabalho multidisciplinar, ao enfoque familiar, ao acolhimento, ao vínculo, à humanização e à orientação comunitária.

Também há que se destacar os benefícios da ESF para a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a busca ativa de casos, a educação em saúde, a assistência domiciliar, o aumento do número de consultas pré-natais, puericultura, de orientações sobre o aleitamento materno exclusivo, da coleta de colpocitologia oncológica; a

redução de nascidos com baixo peso, da mortalidade infantil e das internações hospitalares. Além disso, proporcionou adesão às ações para tratamento da hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose, e de doenças sexualmente transmissíveis. Avanços importantes foram percebidos também nas áreas de saúde bucal e na assistência farmacêutica.

Os desafios observados nessa dimensão estiveram relacionados ao desenvolvimento de práticas integrativas complementares, de ações para a saúde do adolescente, na área de saúde mental, ao portador do Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS), aos usuários de drogas ilícitas, e da obesidade. O risco de reproduzir a racionalidade biomédica no processo de trabalho, foi outra dificuldade detectada a ser enfrentada pela ESF no processo de cuidado.

Discussão

Os dados desta revisão revelam que, cada vez mais, a ESF tem sido estudada com a utilização de diversos métodos, e evidencia a importância estratégica do desenvolvimento desse modelo de atenção à saúde no Brasil. Destaca-se, também, o alcance das pesquisas em quase todos os Estados da federação e a grande quantidade de publicações envolvendo a região Sudeste, com destaque para os Estados de São Paulo e Minas Gerais, denotando, assim, a primazia de seus centros de pesquisa na análise da ESF no período avaliado.

Com relação à *dimensão político-institucional*, é interessante salientar que a decisão política de manter a ESF tem sido sustentada há mais de 20 anos, fato este que justifica a continuidade da expansão dos cuidados primários, bem como a busca de sua universalização. Ressalta-se ainda que, diferentemente da APS de outros países, no Brasil, foram incluídos os serviços de saúde bucal¹¹.

O esforço para a equidade na prestação de serviços, ou seja, prioritariamente àquelas pessoas mais necessitadas, representa uma das ações de saúde com maior dificuldade de operacionalização na América Latina¹². Contudo, a forma como ocorreu a implantação da ESF no Brasil, expandindo-se principalmente em cidades de pequeno porte e nas áreas periféricas de metrópoles, colaborou para a promoção do acesso às populações historicamente excluídas devido à pouca disponibilidade de equipamentos públicos nesses locais¹³. Sua implantação em áreas rurais, para a população indígena, ribeirinha, e a incorporação

de particularidades individuais, como das pessoas em situação de rua, de travestis, e de cuidadores familiares que vivem em isolamento social devido à sobrecarga de atividades, são exemplos que reforçam essa perspectiva¹⁴⁻¹⁷.

Todavia, apesar de ser relevante a expansão da cobertura da ESF às populações desassistidas, ela não tem sido suficiente para a reorientação do modelo de atenção à saúde, sendo o financiamento apontado como um dos elementos indispensáveis ao seu desenvolvimento¹⁸.

É preciso insistir que a definição da quantidade de recursos financeiros suficientes para a APS como estratégia de reorganização do sistema de saúde visando à universalidade e à integralidade da atenção não é uma tarefa fácil, pois depende das peculiaridades sociais, ambientais, geográficas, epidemiológicas e étnicas de cada município e microrregião¹⁹. Por isso, as necessidades de financiamento precisam ser analisadas com maior profundidade e elaboradas com base nas reais necessidades de saúde das populações, a fim de contribuir para a expansão e a manutenção qualificada da ESF/APS a médio e longo prazo. Embora se verifique preocupação do Ministério da Saúde em ampliá-lo, com intuito de promover maior equidade na distribuição dos recursos, ressalta-se a premência de corrigir as desigualdades entre os níveis de atenção para assegurar uma fonte estável de financiamento para a APS²⁰.

No que tange à avaliação, como componente essencial para a orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde, destaca-se que a ESF tem sido indutora de sua institucionalização na APS, favorecendo sua incorporação na rotina dos serviços²¹. Essa decisão tem possibilitado o acompanhamento das mudanças na comunidade de atuação, sendo possível reajustar as atividades conforme as carências locais, trazendo assim maior qualificação da APS.

Mister se faz ressaltar que o modo de formação dos profissionais de saúde tem sido um fator dificultador, sobretudo, por estar voltado aos aspectos técnicos, decorrentes de processos pedagógicos disciplinares²². Além disso, ainda é notada excessiva valorização da doença e da formação especializada, como decorrência da insuficiência dos conteúdos curriculares que abordem as dimensões subjetivas, preventivas e sociais para a prestação do cuidado²³.

Apesar de vários investimentos para capacitar profissionais, como a residência em saúde da família e as atividades de educação permanente, os esforços precisam ser intensificados a fim de que

essas estratégias trazem benefícios em larga escala para a consolidação da ESF e de um sistema de saúde centrado na APS.

Entre os desafios, ressalta-se a necessidade de uma formação fundamentalmente voltada para a realidade de saúde da população, considerando sua complexidade social, econômica e cultural²⁴. De igual maneira, a formação deve focar o desenvolvimento de profissionais capazes de se articular com outras profissões e realizar um trabalho efetivo entre diferentes setores que influenciam na determinação social da saúde²².

As questões ligadas à formação exigem atenção não apenas para as atuais profissões inseridas na ESF (médico, enfermeiro, dentista, agentes de saúde, profissionais de nível técnico e auxiliar), mas também para aquelas com possibilidade de serem incluídas no futuro devido à transição epidemiológica e demográfica.

O avanço da ESF perpassa também pela gestão de pessoal, especialmente no que se refere aos mecanismos de contratação dos profissionais das equipes, muitas vezes, com base em contratos temporários e relações trabalhistas precárias^{25,26}. Isso tem gerado, por consequência, dificuldade de fixação da mão de obra, deixando equipes incompletas e prejudicando o processo de cuidado à população²⁶.

Tem-se percebido maior ocorrência dessa condição para os profissionais da ESF do que para aqueles que trabalham em UBS tradicionais, trazendo grave prejuízo para a sustentabilidade daquele modelo¹³. Na maioria das vezes, essa questão tem sido assumida pela gestão municipal com dificuldades, contudo, deve ser enfrentada com urgência para não afetar os potenciais da ESF na construção de uma APS que valorize a prestação contínua do cuidado. A publicação de documentos normativos pelas esferas federal ou estadual, com estabelecimento de parâmetros e prazos pode ser uma estratégia que funcione como indutora de mudanças na gestão local, aliada, é claro, a um adequado monitoramento pelas esferas superiores de gestão.

É imprescindível ainda a criação de uma política específica para melhorar a saúde do trabalhador da APS. Faz-se necessário, por exemplo, a implantação de atividades de educação e controle da imunização dos profissionais atuantes nas USF, inclusive para aqueles que não estão incluídos formalmente na composição da equipe, como o profissional administrativo, de serviços gerais, entre outros²⁷.

Outro ponto que carece de aperfeiçoamento na dimensão político-institucional é a interse-

torialidade, definida como a interação entre os diversos setores das políticas públicas no enfrentamento de questões ligadas aos determinantes sociais do processo saúde-doença⁶.

Reconhece-se que a ESF atua como uma nova base para as articulações intersetoriais, devido à maior proximidade dos profissionais com a população e às interações no território de abrangência, o que possibilita a constatação de problemas que incidem sobre o processo saúde-doença. Fundamentado nesse diagnóstico, os profissionais da ESF podem então contribuir para a elaboração de políticas de intervenção sobre essas situações.

Contudo, tem-se identificado dificuldade de integração dos setores, trazendo, por consequência, ausência ou insuficiência de resposta para os determinantes sociais da saúde²⁶. Para superar essa questão, requer-se, portanto, decisão político-administrativa para romper com a tradição setorial (fragmentada), competitiva e hierarquicamente verticalizada e, assim, responder às demandas sociais, pois tais ações podem contribuir potencialmente para a redução de problemas enfrentados pelo setor de saúde⁶.

A *dimensão organizativa* é aquela que ainda prescinde de muitos investimentos. Apesar de melhorias devido à expansão da oferta dos serviços de APS, pontua-se que o acesso, entendido como um fator relacionado à procura e à entrada das pessoas no serviço de saúde, precisa ser aperfeiçoado. Destacam-se também os problemas ligados à disponibilidade e localização dos serviços, e ao modo de organização da oferta, como o horário de funcionamento das unidades, o sistema de agendamento de consultas e exames e a limitação das ações para grupos programáticos^{28,29}.

As decisões concernentes a essas questões restringem diretamente o acesso ao serviço, contribuindo para a formação de uma demanda reprimida²⁹. Por isso, precisam ser planejadas em conjunto com a população da área de abrangência para torná-la mais satisfatória às carências locais, colaborando assim, para maior responsabilização dos gestores e profissionais de saúde com os usuários dos serviços ofertados na APS.

A definição da ESF como serviço de primeiro contato ou porta de entrada é outro aspecto fundamental para sua implantação como modelo de APS abrangente, que deve servir para o atendimento das maiores necessidades de saúde de uma população e, além disso, para promover e regular o acesso a outros níveis de atenção³⁰. O contato das pessoas por meio de ações programáticas na ESF é uma estratégia de organização que favorece neste ponto sua utilização como porta de entrada.

Um fator dificultador da adoção da ESF como porta de entrada é a coexistência de outras, concorrentes no sistema de saúde, fazendo com que a ESF nem sempre assuma seu papel de referência para o primeiro contato. Comumente, isso ocorre em grandes centros urbanos, e tem ocasionado, inclusive, proporções mais baixas de procura da população adscrita pela USF³⁰, colaborando para maior lentidão na reorganização da APS a partir da ESF.

A ausência de diferença estatística quanto à porta de entrada entre a ESF e o modelo tradicional de APS também foi identificada³¹. No entanto, tal resultado pode ser reflexo da cultura da focalização na doença e na intervenção imediata pelos usuários, justificando a utilização de qualquer porta de entrada disponível para o atendimento de suas necessidades.

Torna-se premente, portanto, decisões político-administrativas que favoreçam a ampliação da ESF sobre os territórios não alcançados para que organizem a oferta de serviços de forma a atender os anseios da população. É preciso ressaltar que mesmo se todos os territórios forem alcançados pela ESF, um modo de organização deficiente na USF poderá voltar a favorecer o uso de outras portas de entrada. Assim, concordamos com Connill³² quando destaca a problemática do acesso como elemento determinante da direção da ESF.

A integralidade da atenção, definida como a prestação de serviços que atendam às necessidades mais comuns de saúde da população e com responsabilização por outros pontos de atenção à saúde, tem sido um grande avanço na ESF quando comparado com o modelo de APS em UBS tradicional^{33,34}. Isso se deve à conjugação de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação pela ESF, mas também pela capacidade de buscar garantir todas as demandas de saúde das pessoas.

Entretanto, para garantir a integralidade da atenção, a ESF precisa ser a porta de entrada do sistema, estar integrada à rede assistencial e assumir o papel de coordenadora da continuidade da atenção ao usuário. Nesse quesito, a ESF tem enfrentado problemas relacionados à dificuldade de comunicação entre profissionais na rede assistencial, que trazem prejuízos para a integralidade da atenção. Isso é identificado inclusive na relação entre a ESF e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que pode ser considerado uma extensão da clínica das equipes da ESF³⁵.

Outro ponto prejudicial à coordenação da atenção é a insuficiência de serviços especializados de referência para atender a demanda do

usuário, formando assim longas filas de espera. Essa situação parece estar ligada ao fato de ter acontecido uma expansão da APS por meio da ESF, sem o concomitante desenvolvimento da atenção especializada, de maneira a responder às novas exigências de saúde da população²⁰.

Além da insuficiência de políticas para os serviços especializados, detecta-se a ausência de monitoramento em algumas experiências locais, impossibilitando o conhecimento do tamanho das filas e os tempos de espera para se fazer um planejamento adequado à realidade³⁰. Sugere-se, portanto, urgente mobilização para a ampliação da oferta de serviços especializados para suprir as necessidades atuais e acompanhar as tendências epidemiológicas na medida em que a APS continua a se expandir no país.

Sobre a questão da integração da ESF à rede de atenção, Sisson et al.³⁶ ressaltaram também a importância de desenvolver novas formas de articulação para garantia dos serviços especializados que superem as insuficientes pactuações entre Estados e seus municípios. Nesse caso, sugere-se avanço na regionalização da assistência de modo a ir além das barreiras geográficas e normativas estaduais no sentido de contribuir para a consolidação da ESF como um modelo de APS abrangente.

Com relação ao planejamento, foi constatada incipiência para a adequada organização da ESF. Verifica-se por um lado, baixo registro de informações úteis para a análise de saúde dos territórios e a subutilização dos sistemas oficiais de informação³⁷. Por outro, críticas aos instrumentos adotados devido à sua insuficiência para promover um planejamento mais detalhado sobre as situações de risco das famílias, por exemplo, o número de pessoas que ocupam o mesmo cômodo para dormir e os dados para o monitoramento da saúde bucal³⁸.

Dessa forma, faz-se necessária uma revisão sobre os instrumentos utilizados, a fim de permitir melhor diagnóstico situacional. Ademais, propõe-se que seja realizado um planejamento coerente, pois comumente há um número de prioridades tão alto que acaba por inviabilizar a execução das metas programadas²⁶.

Não se deve esquecer também de que o planejamento, além de considerar as peculiaridades locais e regionais, precisa contemplar as questões ligadas aos determinantes sociais do processo saúde-doença, à ação intersetorial, com inserção da participação social representativa, haja vista, a ESF ser sustentada conceitualmente e ideologicamente a partir da realidade local¹⁴.

Observou-se que a participação social ainda tem sido fraca na gestão local das USF e com pouca permeabilidade aos temas de interesse da estratégia nos Conselhos Municipais de Saúde¹⁸. Essa situação pode ser revertida à medida que os próprios membros das equipes estimulem a efetiva participação da população nos momentos de diagnóstico e planejamento, contribuindo dessa maneira para que a ESF seja mais responsiva às suas necessidades³⁹. Exige-se, contudo, que essa participação seja contínua, pois as demandas em saúde são diferentes ao longo do tempo.

Com base nessa discussão, chega-se à conclusão de que o planejamento e a participação social são elementos que perpassam os problemas apresentados na dimensão organizativa, a saber, o acesso, o primeiro contato, a integralidade da atenção e a integração da APS à rede de atenção, sendo imprescindível que sejam tomados com primazia para o avanço da ESF.

Na *dimensão técnico-assistencial* aponta-se o trabalho multidisciplinar como um importante elemento para o aperfeiçoamento da ESF devido ao desenvolvimento de ideias que são discutidas por diferentes visões, o que traz um ganho para a qualidade da atenção recebida pelas pessoas⁴⁰.

Ressaltamos a relevância do Agente Comunitário de Saúde (ACS) nessa equipe, pois, em razão de sua atuação na comunidade e à capacidade de maximizar as ações intersetoriais, é um profissional fundamental para viabilizar a mudança do modelo de atenção³⁰.

A ESF tem apresentado um vínculo mais forte com a comunidade do que a APS estruturada em UBS tradicionais, ou seja, tem sido uma fonte regular de atenção ao longo do tempo, com laços interpessoais que geram cooperação mútua entre a comunidade e os profissionais da equipe^{7,31}. Sua grande vantagem é que ele permite um trabalho mais focado nas necessidades da população, possibilitando gerar maior resolutividade e satisfação dos usuários⁴¹.

Alguns elementos contribuem para a potencialização do vínculo, como as visitas domiciliares, o tempo de atuação dos profissionais nas USF, o número de consultas realizadas e o desenvolvimento de ações intersetoriais^{42,43}. Entretanto, estudos de bioética na APS mencionam a necessidade de maior atenção dos profissionais nas situações cotidianas de trabalho, pois podem colocar em risco a questão ética e, por consequência, a relação vincular⁴⁴.

Juntamente com o vínculo, o acolhimento e a humanização foram melhores avaliados na ESF. Contudo, destaca-se que o foco na doença

e na consulta médica, conforme é detectado em algumas realidades no processo de trabalho, fragiliza a criação de laços interpessoais e, por este motivo, podem afetar a adesão ao tratamento e à qualidade de vida do usuário⁴⁵.

O enfoque familiar foi outro ponto positivamente avaliado nessa dimensão quando comparado com o modelo tradicional de APS^{31,34}. Para isso, apontam-se a utilização de prontuários organizados por residência e de outras ferramentas para trabalho que colaboram para estreitar a relação entre os profissionais e as famílias. Por meio dessas tecnologias relacionais, tem-se a oportunidade de identificar melhor os fatores de risco socioeconômicos das famílias e contribuir para melhor manejo das ações de saúde^{7,46}.

Quanto à orientação comunitária, a qual requer o reconhecimento de que todas as necessidades de saúde ocorrem em um contexto social e de que devem ser consideradas pelos profissionais no desenvolvimento das ações, a ESF também apresentou resultados favoráveis quando comparada com as UBS tradicionais^{31,34}. Ressalta-se novamente a visita domiciliar, que é um veículo favorecedor da orientação comunitária na ESF. No entanto, apesar dessa constatação, os esforços precisam ser contínuos devido à possibilidade de grande variabilidade de conduta entre as USF⁷.

No que tange ao processo de trabalho, pode-se dizer ainda que a ESF possui grande potencial para combater a racionalidade do modelo biomédico, centrado no indivíduo, na doença, em procedimentos, na cura e na especialidade⁴⁵, devido à assunção de elementos que dão uma nova dinâmica ao processo de trabalho, como o foco na saúde, a centralidade na família, a integralidade da atenção, a participação social, o trabalho multidisciplinar, o acolhimento, o vínculo, a humanização e a orientação comunitária.

É notável a amplitude das ações que podem ser oferecidas pela ESF buscando abranger todos os ciclos de vida, vários tipos de situações endêmicas, epidêmicas, e manejo das crônicas que têm logrado sucesso, levando em conta os determinantes sociais ligados ao processo saúde-doença. Constitui-se, portanto, uma plataforma abrangente e sempre atual para qualquer situação que envolva a atenção à saúde da população. Não obstante, o processo de cuidado demanda a elaboração de novas estratégias relacionadas ao preparo técnico dos profissionais para o desenvolvimento de práticas integrativas complementares, na área de saúde mental, ao portador de HIV/AIDS, aos usuários de drogas ilícitas e à obesidade.

Considerando a longitudinalidade da atenção, ou seja, abrangendo todos os ciclos de vida, detectou-se maior objeção ao desenvolvimento de ações para a saúde do adolescente, fato este justificado pela dificuldade na realização de ações específicas a esse grupo, refletindo assim, na criação de vínculo precário com os mesmos³⁹.

Conclusão

A ESF tem favorecido a universalização dos cuidados primários agregando princípios fundamentais para uma APS abrangente, como a valorização da equidade e da integralidade da atenção. Além disso, tem contribuído para a implantação de processos avaliativos que são úteis no seu aperfeiçoamento. E, no aspecto técnico-assistencial tem se destacado ao obter melhor desempenho do que o modelo de APS tradicional devido ao trabalho multidisciplinar e com enfoque familiar, que valoriza o acolhimento, o vínculo, a humanização e a orientação comunitária.

Por outro lado, os desafios para o aprimoramento da ESF estão condicionados a fatores complexos e que, por isso, exigem um maior esforço político-institucional, como as questões ligadas

ao financiamento, à formação de profissionais, à gestão/educação de pessoal e ao desenvolvimento de ações intersetoriais. Ações mais consistentes também precisam ser implantadas para fortalecer a ESF como porta de entrada preferencial e melhorar a organização do acesso aos demais níveis de atenção. Requerem-se paralelamente ações de planejamento com participação social nas questões organizativas de modo a atender às reais necessidades da população, buscando superar processos de trabalho ainda baseados no modelo biomédico. Nessa perspectiva, outro desafio para a garantia dos cuidados integrais está no alcance do equilíbrio adequado entre a abordagem individual em tempo oportuno e a comunitária para enfrentar os determinantes sociais.

Diante dessas considerações, evidencia-se que a ESF tem apresentado diversos avanços, contudo, enfrenta problemas, sobretudo impostos pela estrutura federativa do país e pelas grandes iniquidades regionais, além de um importante crescimento do setor privado nos últimos tempos, o que dificulta a organização da APS como eixo principal do sistema de saúde. Desta feita, a sua sustentabilidade e o seu desenvolvimento dependem do grau de investimento do Estado.

Colaboradores

LJ Arantes participou do planejamento, análise de dados, escrita, condução e revisão do manuscrito. HE Shimizu contribuiu na concepção, redação, condução e revisão do manuscrito. E Merchán-Hamann colaborou na revisão do manuscrito.

Referências

1. Pan American Health Organization (PAHO). *Renewing Primary Health Care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO)*. Washington: PAHO; 2007.
2. Paim JS. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? *Saude Debate* 2012; 36(94):343-347.
3. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saude Soc* 2011; 20(4):867-874.
4. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24 (Supl. 1):S7-S27.
5. Mendes EV. A APS no Brasil. In: Mendes EV. *O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. p. 71-137.
6. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CL, Cunha MS, Martins MIC, Teixeira CP. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):783-794.
7. Macinko J, Almeida C, Oliveira E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. *Saude Debate* 2003; 27(65):243-256.
8. Harris M, Haines A. Brazil's Family Health Programme. *Br MJ* 2010; 341:c4945.
9. Paim JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, Cebes; 2012. p. 459-491.
10. Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: Teixeira CF, Solla JP. *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: Edufba; 2006. p. 19-58.
11. Mendonça CS. Sistema Único de Saúde: um sistema de saúde orientado pela atenção primária. In: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras*. Brasília: OPAS; 2011. p. 23-36.
12. Andrade LOM, Bezerra RCR, Barreto ICHC. O Programa Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. *Rev Adm Publica* 2005; 39(2):327-349.
13. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):669-681.
14. Goulart FAA. A burocracia e outros atores sociais face ao Programa de Saúde da Família: alguns apontamentos. *Rev APS* 2006; 9(2):180-189.
15. Carneiro Júnior N, Jesus CH, Crevelim MA. A estratégia saúde da família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saude Soc* 2010; 19(3):709-716.
16. Romano VF. As travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. *Saude Soc* 2008; 17(2):211-219.
17. Mendonça FF, Garanhani ML, Martins VL. Cuidador familiar de sequelados de acidente vascular cerebral: significado e implicações. *Physis* 2008; 18(1):143-158.
18. Silva NC, Garnelo L, Giovanella L. Extensão de cobertura ou reorganização da atenção básica? A trajetória do Programa de Saúde da Família de Manaus – AM. *Saude Soc* 2010; 19(3):592-604.
19. Pereira ATS, Campelo ACF, Cunha FS, Noronha J, Cordeiro H, Dain S, Pereira TR. A sustentabilidade econômico-financeira no PROESF em municípios do Amapá, Maranhão, Pará e Tocantins. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):607-620.
20. Sousa MF, Merchán-Hamann E. Quinze anos de uma agenda em construção: diálogos sobre o PSF no Brasil. *Cien Saude Colet* 2009; 14(Supl. 1):1336-1345.
21. Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2004; 4(3):317-321.
22. Moretti-Pires RO. Complexidade em saúde da família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(30):153-166.
23. Romano VF. A busca de uma identidade para o médico de família. *Physis* 2008; 18(1):13-25.
24. Barreto ICHC, Oliveira EM, Andrade LOM, Sucupira ACL, Linhares MSC, Sousa GA. Residência em Saúde da Família: um desafio na qualificação dos profissionais na atenção primária. *Sanare* 2009; 1(1):18-26.
25. Guedes JS, Santos RMB, Lorenzo RAV. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002). *Saude Soc* 2011; 20(4):875-883.
26. Vieira JMR, Garnelo L, Hortale VA. Análise da atenção básica em cinco municípios da Amazônia Ocidental, com ênfase no Programa Saúde da Família. *Saude Soc* 2010; 19(4):852-865.

27. Alcântara CCS, Fonseca FGC, Albuquerque ABB, Ramos Júnior NA. Riscos ocupacionais na atenção primária à saúde: susceptibilidade às doenças imunodeprimíveis dos profissionais que atuam em uma unidade básica de saúde de Fortaleza, Ceará. *Rev APS* 2005; 8(2):143-150.
28. Silva Júnior ES, Medina MG, Aquino R, Fonseca ACF, Vilasbôas ALQ. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2010; 10(Supl. 1):549-560.
29. Lima WCMB, Assis MMA. Acesso restrito e focalizado ao Programa Saúde da Família em Alagoinhas, Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos x demanda espontânea. *Rev Baiana Saude Publica* 2010; 34(3):439-449.
30. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 21(2):164-176.
31. Ibanez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, Viana ALA. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):683-703.
32. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad Saude Publica* 2002; 18(Supl.):191-202.
33. Macinko J, Almeida C, Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan* 2007; 22(3):167-177.
34. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2011; 11(3):323-334.
35. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos núcleos de apoio à saúde da família. *Mundo Saude* 2010; 34(1):92-96.
36. Sisson MC, Andrade SR, Giovanella L, Almeida PF, Fausto MCR, Souza CRP. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. *Saude Soc* 2011; 20(4):991-1004.
37. Domingos CM, Nunes EFPA, Stutz AC. Monitoramento da saúde da criança em uma unidade de atenção básica do município de Londrina-PR. *Rev Espaço Saude* 2010; 11(2):1-10.
38. Bittar TO, Meneghim MC, Mialhe FL, Pereira AC, Fornazan DH. O sistema de informação da atenção básica como ferramenta da gestão em saúde. *RFO* 2009; 14(1):77-81.
39. Silva JM, Caldeira AP. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família e a qualificação profissional. *Trab Educ Saude* 2011; 9(1):95-108.
40. Marques JB, Aprígio DP, Mello HLS, Silva JD, Pinto LN, Machado DCD, Bastos VHV. Contribuições da equipe multiprofissional de saúde no programa saúde da família (PSF): uma atualização da literatura. *Rev Baiana Saude Publica* 2007; 31(2):246-255.
41. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(2):358-364.
42. Mandú ENT, Gaíva MAM, Silva MA, Silva AMN. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17(1):131-140.
43. Gomes ALC, Sá LD. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(2):365-372.
44. Zoboli ELCP, Fortes PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2004; 20(6):1690-1699.
45. Ogata MN, Machado MLT, Catoia EA. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. *Rev Eletr Enferm* 2009; 11(4):820-829.
46. Ditterich RG, Gabardo MCL, Moysés SJ. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. *Saude Soc* 2009; 18(3):515-524.

Artigo apresentado em 30/11/2014

Aprovado em 30/12/2015

Versão final apresentada em 01/01/2016

