



A EFETIVAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA COMO PORTA DE ENTRADA PREFERENCIAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: NOTAS SOBRE CONTEXTOS E MARCOS CONCEITUAL

Wilkslam Alves de Araújo(1); Fátima Raimunda dos Santos(2); Izabelle Silva de Araujo(3);
Karoline Teixeira Passos de Andrade(4); Ferdinando Oliveira Carvalho(5)

1. Universidade Federal do Vale do São Francisco – wilkslam@hotmail.com; 2. Universidade Federal do Vale do São Francisco – fatimasantos.nutri@gmail.com; 3. Universidade Federal do Vale do São Francisco – izabebelle@hotmail.com; 4. Universidade Federal do Vale do São Francisco – karoline.t.andrade@gmail.com; 5. Universidade Federal do Vale do São Francisco - ferdinando.carvalho@univasf.edu.br

Resumo: o movimento de reforma sanitária introduziu discussões sobre o processo de saúde-doença, o papel do Estado e do mercado na prestação de serviços de saúde, com repercussões até os dias atuais. Construíram as bases para instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Constituição de 1988, estabelecendo a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. O objetivo do estudo foi apresentar repercussões, contextos e marcos conceitual da efetivação da atenção básica como porta de entrada preferencial do SUS. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, utilizando-se a associação entre os descritores controlados em ciências da saúde: “Direito à Saúde,” “Sistema Único de Saúde” e “Atenção Básica de Saúde”. Foram encontradas 62 publicações, e a partir dos critérios de inclusão (trabalhos disponíveis na íntegra, em formato de artigo científico, de acesso gratuito, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol que abordem discussões sobre a efetivação da Atenção Básica como porta de entrada preferencial do SUS, no período de 2010 a 2016) e dos de exclusão (artigos repetidos em diferentes bases de dados), chegou-se a 17 artigos científicos, todos disponíveis na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e *National Library of Medicine* (MEDLINE). Esta revisão pontuou uma série de estudos conclusivos sobre a atenção básica de saúde como principal porta de entrada do sistema de saúde brasileiro e colabora para o seu desenvolvimento, ponto essencial na organização do SUS. Acredita-se que esses achados possam ser de grande valia para a sociedade e profissionais de saúde, contribuindo para a compreensão do nível básico de saúde, além de um aparato contextual que visa o desenvolvimento de práticas que priorizem os seus princípios/diretrizes e satisfação do cliente nos múltiplos cenários de abrangência.

Palavras-chave: Direito à Saúde, Sistema Único de Saúde, Atenção Básica de Saúde.

INTRODUÇÃO

As influências das transformações na organização da sociedade, pelas reivindicações sociais, são movimentos esperados. E a saúde representa um valor positivo das coletividades humanas - um índice de civilização, econômico, político e social (CASTRO, 2015).

Nesse sentido, o movimento de reforma sanitária introduziu discussões sobre o processo de saúde-doença, o papel do Estado e do mercado na prestação de serviços de saúde, com repercussões até os dias atuais. Construíram as bases para instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Constituição de 1988, estabelecendo a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado (PAIM et al., 2012).



Atenção Básica de Saúde (ABS) é considerada como principal porta de entrada do sistema de saúde brasileiro e colabora para o seu desenvolvimento, ponto essencial na organização do SUS. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, considerando a singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural. Sobretudo, abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde com o objetivo de oportunizar uma atenção integral, efetivada por um processo interativo de escuta e orientação, buscando produzir a autonomia do sujeito (FARIA, 2010).

A motivação principal para a realização desta revisão decorreu de três fatores: o enfoque do tema processo saúde-doença e nível primário de atenção à saúde no SUS; da necessidade de discussão dessa temática em qualquer cenário da saúde; e do interesse crescente pelo tema identificado pelos autores em suas práticas e vivências acadêmicas.

Este estudo propõe apresentar repercussões, contextos e marcos conceitual da efetivação da atenção básica como porta de entrada preferencial do SUS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura, em bases de dados eletrônicas. Revisões narrativas são trabalhos amplos adequado para descrever e discutir o delineamento de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual, possibilita ao leitor adquirir e/ou atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em curto espaço de tempo (SALLUM; GARCIA; SANCHES, 2012).

A pergunta de pesquisa foi: *Quais as repercussões, contextos e marcos conceitual da efetivação da atenção básica como porta de entrada preferencial do SUS?*

Para o levantamento dos artigos na literatura, a busca foi conduzida na base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), a partir de artigos disponíveis na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e *National Library of Medicine* (MEDLINE).

Utilizamos os descritores padronizados pelos Descritores em Ciências da Saúde, e suas combinações na língua portuguesa e inglesa, a saber: “Direito à Saúde,” “Sistema Único de Saúde” e “Atenção Básica de Saúde”. Ao final, foram realizadas 128 combinações entre os descritores para obtenção do máximo de referências possíveis.

Os títulos e os resumos de todos os artigos identificados na busca eletrônica foram revisados. Quando possível, os estudos que pareceram preencher os critérios para sua inclusão



foram obtidos integralmente. Os resumos foram compilados e direcionados segundo os objetivos para a construção do artigo. Dentre os critérios de inclusão, estabeleceu-se: trabalhos disponíveis na íntegra, em formato de artigo científico, de acesso gratuito; publicados nos idiomas português, inglês e espanhol; abordem discussões sobre a efetivação da Atenção Básica como porta de entrada preferencial do SUS; no período de 2010 a 2016, sendo este o período considerado como atualizado para as informações. Para tanto, se excluíram artigos repetidos em diferentes bases de dados.

A análise quanto à síntese dos dados extraídos dos artigos foram realizadas de forma descritiva, permitindo notar, contar, descrever e classificar os dados, com o objetivo de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado nesta revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificadas 5.564 referências nas bases de dados, sendo: SCIELO - 1.937 artigos; LILACS - 2.897 artigos e MEDLINE - 730 artigos. A seleção por título e resumo resultou em 62 referências, das quais foram removidas 26 publicações que estavam duplicadas. Após a avaliação de 36 referências na íntegra, foram excluídos 19 artigos por não responderem a questão norteadora. Assim, no total foram incluídas 17 referências nesta revisão. Destes, 07 foram encontrados na base de dados LILACS, 05 no SCIELO e 05 MEDLINE.

Considerando ser uma revisão narrativa da literatura, esta pesquisa limita-se em destacar as repercussões, contextos e marcos conceitual da efetivação da atenção básica como porta de entrada preferencial do SUS, respondendo algumas questões e contribuindo para reflexão crítica relacionado ao tema.

Os estudos são unânimes em apontar que as principais repercussões partiram das discussões sobre o processo saúde-doença, que vem sendo influenciado por paradigmas sociais constantemente. Aliados a essa vertente, surgiu à complexidade da vida contemporânea, transições demogeográficas, e novos hábitos e comportamentos modificando o perfil das doenças e agravos, e a qualidade de vida (CÂMARA et al., 2012).

Surgiram também novos termos envolvendo o processo de cuidado, a elencar o acolhimento, humanização, cuidado individualizado e integralizado, dentre outros. Todos

associados à subjetividade do sujeito, atribuindo ao processo saúde-doença o significado de



interações assinaladas pelas relações do “homem com o homem”, e “do homem com o meio ambiente”, em determinado espaço geográfico. E dentro dessas relações incluem-se o território, trabalho, relações sociais, cultura e política (FERNANDES; BACKES, 2010).

Nesse sentido, o processo saúde-doença ganha dinamismo, complexidade e multidimensionalidade ao englobar dimensões biológicas, políticas, socioeconômicas, culturais, ambientais e psicológicas, dando complexa interrelação na saúde e doença de um indivíduo, de um grupo, ou de uma sociedade. Logo, o próprio conceito de saúde como “ausência de doença” sofreu modificação para “o completo bem estar biopsicossocial do indivíduo”, assegurando a dinamicidade de processo saúde-doença (CRUZ, 2011).

No entanto a literatura aponta que o fazer saúde ainda é encarado, em muitas situações, de modo positivista, organicista e biologizante, tratando a saúde apenas como ausência de doença, incapacidade e/ou deficiência. Todavia, sabe-se que o olhar sobre a saúde/doença deve está voltado à visualização do ser humano de forma holística e integral, evitando fazer dele e de seu corpo um produto de suas técnicas, modos de vida e representações sociais (BARROS; LOPES; GALHEIGO, 2007). A constituição do SUS, em 1988, reforçou a definição de um conceito ampliado de saúde, compreendendo que a saúde e a doença são situações dinâmicas (SILVA, 2013).

A preocupação com a construção de um modelo assistencial, partindo da compreensão da saúde-doença na sociedade como um processo político, historicamente pautado, determinado pelas condições e pela qualidade de vida das pessoas, desencadeou as bases para a estratégia da ABS - que contempla a coletividade, fundamentado na epidemiologia e nas ciências sociais, valorizando as atividades de promoção da saúde, reconhecendo a saúde como direito e orientar-se pelos princípios e diretrizes do SUS (FERREIRA; ALBUQUERQUE; LAGES, 2011).

Oferecer a população ações e serviços de saúde que gerem efeitos sob os problemas e determinantes de saúde, incapacidade e morte, mas, sobretudo os que incidem sobre as causas (condições de vida, trabalho e lazer), ou seja, o estilo de vida do indivíduo e coletividade. Evidenciando-se a universalidade, a acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade, participação, resolubilidade e intersetorialidade (PAIM, 2012).

Lima e colaboradores (2015) consideram que um modelo assistencial deve compreender um território e uma população ora definida, cabendo também o conhecimento das necessidades e demandas de saúde da população, sendo o modelo quem determina a oferta dos serviços de saúde. Portanto, deve existir uma ampla rede que ofereça serviços de



promoção da saúde, reabilitação, cuidados continuados e que integrem programas de intervenção a agravos específicos, riscos e populações específicas, os serviços de saúde privados e os serviços de saúde pública.

Organização Pan-Americana de saúde (LAVRAS, 2011) discorre que a ABS é o primeiro nível de atenção multidisciplinar de saúde, compatibilizado a população, de forma geral, como “porta de entrada do sistema”, que integra e coordena a assistência à saúde, além de responder à maior parte das necessidades de saúde da população.

Neste sentido, o Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, delibera que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada” (BRASIL, 2012a).

O Relatório Dawson, foi um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de ABS em uma concepção sistematizada, regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, sob uma base geográfica definida e por nível de complexidade (LAVRAS, 2011). Influenciando posteriormente a criação do sistema nacional de saúde britânico, o *National Health Service – NHS*, e consequentemente de outros países (CONILL, 2008).

Outro marco histórico da ABS é a Declaração de Alma-Ata, resultante da “Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde”. Nela consta:

“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” (OMS, 1978, p. 1-2).

Posteriormente a Declaração Alma-Ata, o abrangente conceito de atenção primária, foi amplamente propagada e estimulou sobremodo a organização da atenção em diversificados sistemas de saúde no mundo, tais como Cuba, Moçambique, Espanha, Inglaterra e Canadá (CONILL, 2008).

A compreensão da atenção primária na sistematização dos sistemas de saúde teve seguimentos distintos em países centrais e periféricos. Como afirma Giovanella (2012), há consenso entre os *policy makers* europeus, predominou a visão de atenção primária



abrangente, devendo ser o alicerce de um sistema de saúde. Mantendo a ênfase na equidade, ao acesso, integralidade da atenção de forma holística, focando a sua continuidade, bem como melhorias nos indicadores de saúde da população (ATUN, 2004; CASTRO, 2015).

Kringos (2010), em sua pesquisa, ressalta a complexidade e relevância da ABS no desempenho geral dos sistemas de saúde, de acordo com o reconhecimento e análise de suas principais dimensões. O autor apresenta dez dimensões principais subdivididas em três níveis de complexidade: estrutura (governança; condições econômicas; desenvolvimento da força de trabalho), processo (acesso; continuidade do cuidado; coordenação do cuidado e integralidade da atenção) e resultados (qualidade do atendimento; eficiência; equidade em saúde). Neste sentido, apontam a ABS como um sistema multidimensional que colabora no desenvolvimento dos sistemas de saúde e melhoria da saúde da população (CASTRO, 2015).

Portanto, a ABS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, considerando a sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural (FARIA, 2010). Abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral, efetivando um processo interativo de escuta e orientação, buscando produzir a autonomia execução (BRASIL, 2012a).

O exercício da ABS se dá por meio de “práticas de cuidado, gestão e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos”, através da utilização de “tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações”, atendendo os critérios de risco, “vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida” (BRASIL, 2004; BRASIL, 2012a).

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012a), regulamentada pela portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011, estabelece a revisão das diretrizes e normas para a organização da atenção básica, e ressalta como ordenadora das Redes de Atenção em Saúde - RAS (DOMINGOS et al., 2016). Segundo ela, a ABS tem como fundamentos e diretrizes (BRASIL, 2012a): (I) ter território definido; (II) possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; (III) garantir a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; (IV) coordenar a integralidade em seus vários aspectos; (V) estimular a participação dos usuários.



O Decreto no 7.508/201 define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e dirigido as necessidades de saúde da população, inserindo a rede de saúde como ponto estratégico para a melhoria da qualidade da assistência. Constituem-se em pontos organizativos caracterizados por ações e serviços de saúde com diversos aportes tecnológicos e missões assistenciais, sistematizados de maneira complementar e com base territorial (BRASIL, 2011).

Por esse aspecto, ABS deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das RAS, são elas: a atenção básica estruturada como primeira modalidade de atenção, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, resolutive - identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde (VÁZQUEZ, 2013).

A atenção básica configura-se como relevante nível do sistema de saúde brasileiro. Sobre isto, se faz necessária a existência de outros níveis complementares (média e alta complexidade), aptos a assegurar integralidade da atenção, viabilizando um sistema de respostas às necessidades dos usuários - por um sistema de referência e contra referência entre as complexidades diferentes interligados (FARIA et al., 2010). Às ações da atenção básica devem ser realizadas com ênfase no conhecimento do território, dos problemas de saúde e da organização dos serviços – Ou seja, por meio das unidades/estratégia saúde da família (BRASIL, 2014).

Todavia, a educação permanente é predominantemente necessária para a efetivação das ações da atenção básica, como referência estratégica, tendo em vista que esta se articula aos princípios e às diretrizes do SUS, à atenção integral em saúde e à construção das RAS. Instruída a formar os colaboradores do sistema de saúde, através da aprendizagem coletiva e significativa (FARIA et al., 2010).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é compreendida como atividades estratégicas de reorientação do modelo assistencial, sistematizada por intervenções de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. São responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, adscritas em território delimitado, e desenvolvem ações de educação em saúde, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde dessa comunidade (CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010).

Assim, consiste em uma alternativa significativa e estruturante para a política de saúde brasileira, instrumento fundamental para a organização do modelo de atenção do SUS, com



vistas a atender ao disposto na Constituição Brasileira de 1988 sobre saúde (MENDES, 2010; BRASIL, 2012a; SORATTO, 2015). Há primórdio, iniciou-se com a instituição do programa de agentes de saúde (ACS), como parte integrante de elo entre a comunidade e os serviços de saúde, no estado do Ceará. Tal experiência possibilitou maior propagação de informações importantes para as ações de vigilância e para a própria organização da atenção à saúde nos municípios, destacando assim, a gestão dos processos de descentralização e regionalização do SUS. Efetuo-se como política oficial do Ministério da Saúde (MS) em 1991, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em todo o território nacional (FARIA et al., 2010).

Consecutivamente, em 1994, foi criado e implantado o Programa Saúde da Família (PSF), consagra-se como importante estratégia para reorganizar as práticas na ABS e reorientar o sistema de saúde brasileiro, por meio do sistema referência e contra referência, garantindo a integralidade das ações e a continuidade do cuidado. Configura-se em uma lógica para o processo de trabalho em saúde, em equipe multidisciplinar, visando a um modelo centrado nos problemas dos indivíduos e suas famílias. Privilegiando a família em seu território, acolhimento, vínculo, ações de prevenção e promoção da saúde, sem descuidar do tratamento e reabilitação (GARUZI et al., 2014).

A edição da NOB do SUS nº. 01 de 1996 (NOB 96) evidenciou a ABS como base estruturante do modelo de atenção do SUS ao deliberar o PACS/PSF como estratégia fundamental na organização das ações de atenção básica. Apoiada por meio de uma política de financiamento que, após sua vigência, em 1998, criou incentivos fundamentais para o processo de sua implantação nos municípios, em todo o território nacional. (SILVA, 2013; FARIA, 2010).

Segundo o MS (BRASIL, 2006), a equipe multidisciplinar em saúde é composta de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. É importante salientar, que as Portarias nº 1.444/ GM/2000 e 267GM/2001 do MS efetivaram e regulamentaram a criação das equipes de Saúde Bucal. No entanto, outros profissionais poderão ser incorporados de acordo com a demanda e a disponibilidade dos serviços de saúde em nível local, afirma Faria et al (2010). Neste sentido, as equipes são responsáveis pela população a elas adscritas (no mínimo 2.400 pessoas e no máximo 4.000) e preferência, deverão residir no município onde exercem função e com dedicação mínima de 40 horas semanais.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006) os profissionais da equipe multidisciplinar de saúde apresentam algumas responsabilidades



congruentes, tais como: conhecer a realidade das famílias da área adscritas, as quais são responsáveis; identificar os problemas de saúde e situações de riscos; a partir disso, juntamente com a população elaborar um plano de ações com ênfase nas reais necessidades da comunidade, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direitos à saúde e suas bases legais; resolver, por meio de critérios científicos e com equidade, as situações de referência e contra referência identificadas; estimular metodologias pedagógicas de autocuidado junto aos usuários; e, promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados.

Faria e colaboradores (2010), ainda afirmam, que as atividades das equipes multidisciplinares “devem resultar de um processo permanente de planejamento e avaliação, com base em informações sobre o território, em indicadores de saúde locais, em protocolos e na própria dinâmica interna de trabalho”.

Além de a ESF ter favorecido a prestação do cuidado integral, acolhimento humanizado, significativas nas relações afetivas entre os profissionais - usuário do sistema de saúde, e da cobertura da atenção básica, pesquisas revelam mudanças na organização e/ou nas práticas em saúde (GARUZI et al., 2014). Estudos recentes mostram que a estratégia favoreceu avanços em diversos indicadores de saúde, tais como: acesso à assistência à saúde; melhorias quanto às taxas de aleitamento materno; captação e acompanhamento de gestantes no pré-natal; manejo de patologias crônicas; queda na mortalidade infantil e na mortalidade por patologias cardiovasculares (ROSELLA et al., 2010; CASTRO, 2015)

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi apresentado pelo MS, como estratégia para atingir transformações nas condições e modos de funcionamento das Unidades Saúde a Família (USF), com o objetivo a ampliar o acesso e a qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação na ABS. O PMAQ-AB é sistematizado em quatro fases: adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa; e recontratualização (FAUSTO et al., 2014),

Instrumento este, consagrado nas diretrizes do MS para a APS, pretende-se estimular os gestores locais do SUS a melhorar o padrão de qualidade da assistência na atenção básica (BRASIL, 2012b).

As tecnologias utilizadas nesse modelo de atenção influenciam no atendimento profissional, por meio de recursos de baixa densidade e de alta complexidade, que acrescentam instrumentos da tecnologia das ciências sociais e humanas (SOUSA; HAMANN, 2009; SANTANA et al., 2013). Para Kell e Shimizu (2010) o trabalho em equipe, deve permitir a articulação de intervenções sistematizadas, evidenciando a participação dos



usuários e agentes do trabalho, para alcance de um modelo assistencial efetivo, através da prática interdisciplinar, tendo como ferramenta estratégica o diálogo, objetivando a aproximação entre as partes.

Vieira *et al* (2008) em seu estudo, salientam que, para o bom desempenho do trabalhar em equipe multiprofissional, são exigidas algumas habilidades interpessoais, entre elas: transparência, bom humor, saber escutar, autoestima, confiança, flexibilidade, responsabilidade, diplomacia, organização, tolerância e desempenhar tarefas com humildade. Por fim, Faria *et al* (2010) afirma que:

“Trabalhar em equipe não é uma tarefa fácil. Exige humildade para ouvir, conhecer e compreender o trabalho de cada um e a proposta do trabalho conjunto. Requer, de cada trabalhador, o desejo de mudar e o despojamento para modificar hábitos e costumes já arraigados. E exige, dos gestores, a capacidade de enfrentar as hierarquias e os vícios para conduzir as mudanças necessárias ao novo processo de trabalho” (p. 45)

Segundo, ainda afirma, sendo fundamental que a equipe multidisciplinar identifique os problemas internos, externos e às diversas demandas. Devendo estar disponível para discuti-los e enfrentá-los. É importante salientar a adoção do processo de educação permanente, com vistas às atualizações, reorientações, adoção de novos protocolos e revisão do processo de trabalho (FARIA et al., 2010)

CONCLUSÕES

Esta revisão contribui para uma compreensão de que as principais repercussões da efetivação da atenção básica apontam para reorientação do modelo assistencial, por intervenções de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde em um território adscrito, como relevante nível e porta de entrada do sistema de saúde brasileiro - aptos a assegurar integralidade da atenção. Assim, consiste em uma alternativa significativa e estruturante para a política de saúde brasileira, instrumento fundamental para a organização do modelo de atenção do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATUN, R. A. What are the advantages and the disadvantages of restructuring a health system to be more focused on primary care services? **Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN)**. 2004.



BARROS, D. D.; LOPES, R. E.; GALHEIGO, S. M. **Terapia Ocupacional Social: Concepções e Perspectivas**. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (Org.). *Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria GM 2488/2011. BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto 7.508. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde mais perto de você: acesso e qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. 55p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2006.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Recursos humanos: um desafio do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2004.

CÂMARA, A. M. C. S. et al. Percepção do Processo Saúde-doença: Significados e Valores da Educação em Saúde. **Revista brasileira de educação médica**. vol. 36, n. 1, pag: 40-50. 2012.

CARNEIRO JUNIOR, N.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saude soc**. v.19, n.3, p.709-716, 2010.

CASTRO, A. L. B. de. **Atenção Primária e relações público-privadas no Sistema de Saúde do Brasil**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Fiocruz, 2015.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e a Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.24, Sup.1, p. S7- S27, 2008.

CRUZ, M. M. **Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde**. 2011

FARIA, H. P. de et al. **Modelo Assistencial e atenção básica à saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed. 68p. 2010.



FAUSTO, M. C. R.. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate | Rio de Janeiro**, v. 38, n. especial, p. 13-33, 2014.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, jul./ago. 2010.

FERREIRA R.V, ALBUQUERQUE PC, LAGES I. A educação como instrumento de promoção da saúde no enfrentamento da violência estrutural: uma revisão de literatura. **Revista Caderno de Saúde Pública**. 2011.

GARUZI, M.; ACHITTI, M. C. O.; SATO, C. A.; ROCHA, S. A.; SPAGNUOLO, R. S. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica.**, v. 35, n. 2, p. 144-9, 2014.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. **Atenção Primária à Saúde**. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.493-545, 2012.

KRINGOS, D. S et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. **BioMed Central Health Services Research**, v. 10, n. 65, 2010.

LIMA, S. A. V. et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 635-656. 2015.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha J C, Carvalho AI. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 459-91, 2012.

ROSELLA, D. et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. **BMJ**, v.348, g. 4014, 2014.

SALLUM, A. M. C.; GARCIA, D. M.; SANCHES, M. Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**. vol. 25, n. 1, pag:150-4. 2012

SILVA, D. A. J. **Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do processo de trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 141 f. 2013.

SORATTO, J. et al. Estratégia Saúde da Família: uma Inovação Tecnológica em Saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-92, 2015.

SOUZA, M.T; SILVA, M.D; CARVALHO, Rachel de.Integrative review: what is it? How to do it?. **Einstein** (São Paulo) [online]. vol.8, n.1, pp.102-106. 2010.

VÁZQUEZ, M. L. N. et al. **Impact on equity of access and efficiency of Integrated Health care Networks (IHN) in Colombia and Brazil**. Equity-LA Project, 2013.



II CONBRACIS
II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde

VIEIRA, R.P et al. Participação de adolescentes na Estratégia Saúde da Família a partir da Estrutura Teórico- Metodológica de uma Participação Habilitadora. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.22, n.2. 2014.

