

**A ATENÇÃO BÁSICA E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM PONTA GROSSA, PARANÁ**

**BASIC CARE AND THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN PONTA GROSSA, PARANÁ**

**LA ATENCIÓN BÁSICA Y LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMÍLIA EN LA CIUDAD DE PONTA GROSSA (BRASIL)**

Lislei Teresinha Preuss  
[lisleipreuss@hotmail.com](mailto:lisleipreuss@hotmail.com)

Sherryl Cristina Cavalho  
[sherrylcristina@hotmail.com](mailto:sherrylcristina@hotmail.com)

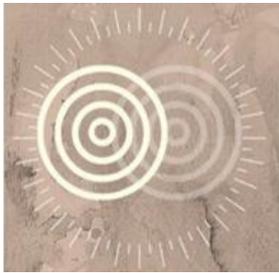
**Resumo**

Este artigo tem como principal objetivo contextualizar, de maneira breve, a política social de saúde e especificamente o primeiro nível de atenção, a atenção básica no Brasil e no município de Ponta Grossa. Discorre-se sobre a Estratégia de Saúde da Família como modelo para efetivação da atenção básica, bem como apresentam-se algumas considerações sobre a estrutura e organização dos serviços na atenção básica no município de Ponta Grossa – Paraná. Trata-se de uma revisão integrativa e para alcançar o objetivo proposto utilizou-se da pesquisa bibliográfica e documental. É abordado o desenvolvimento da política de saúde no Brasil tendo como marco histórico-legal a Constituição Federal de 1988, destacando as principais legislações que regulamentam o Sistema Único de Saúde, a atenção básica e a Política Nacional de Atenção Básica no Brasil. Discorre-se sobre a Estratégia de Saúde da Família como modelo para efetivação da atenção básica. Por fim, apontam-se algumas considerações sobre a estrutura e organização dos serviços na atenção básica no município de Ponta Grossa – Paraná. Como resultado da pesquisa realizada, constatou-se que a atenção básica no município de Ponta Grossa – PR é composta por 52 Unidades de Saúde da Família e 80 equipes da Estratégia de Saúde da Família. Constatou-se ainda que a cobertura da Estratégia de Saúde da Família no município é superior à média nacional.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde, Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família, Política Social, Política de Saúde.

**Abstract**

This article aims to briefly contextualize the social health policy, specifically the first level of care in Brazil and in the city of Ponta Grossa. The Family Health Strategy is discussed as a



model for the realization of primary care, as well as some considerations about the structure and organization of services in primary care in the city of Ponta Grossa – Paraná. This is an integrative review and to achieve the proposed objective, bibliographic and documentary research was used. The development of health policy in Brazil is addressed, having the Federal Constitution of 1988 as a historical and legal framework, highlighting the main legislation that regulates the Unified Health System, primary care and the National Policy on Primary Care in Brazil. The Family Health Strategy is discussed as a model for the realization of primary care. Finally, some considerations are pointed out about the structure and organization of services in primary care in the city of Ponta Grossa – Paraná. As a result of the survey, it was found that primary care in the city of Ponta Grossa - PR is composed by 52 Family Health Units and 80 teams of the Family Health Strategy. It was also found that the coverage of the Family Health Strategy in the city is higher than the national average.

**Keywords:** Unified Health System, Primary Care, Family Health Strategy, Social Policy, Health Policy.

### Resumen

Este artículo tiene como objetivo principal contextualizar la política social de Salud y, en especial, el primer nivel de atención – la llamada Atención Primaria en Brasil y, sobre todo, en la ciudad de Ponta Grossa (Provincia de Paraná, Brasil). Hay debate cuanto a la estrategia de Salud de la Familia como modelo para realización de la atención primaria, así como algunas consideraciones por la estructura y por la organización de los servicios en la atención primaria de Ponta Grossa. O sea, se trata de una revisión integradora y para lograr el intento propuesto se utilizó la investigación bibliográfica y documental. Se aborda el desarrollo de la Política de Salud Pública en Brasil, bajo el marco histórico de la Constitución Nacional actual (de 1988), destacando la principal legislación de la Nación que regula el Sistema Único de Saúde (SUS, em Portugués) – la atención primaria y la Política Brasileña de Atención Primaria. La Estrategia de Salud de la Familia se discute como modelo de realización de la atención primaria. Al final, se señalan algunas consideraciones sobre la estructura y organización de los servicios en Ponta Grossa. Como resultado de la encuesta, se encontró que Ponta Grossa es una municipalidad con 52 unidades públicas de Salud de la Familia y 80 equipos en esa área. También se encontró que esa cobertura en Ponta Grossa es superior al promedio brasileño.

**Palabras clave:** Sistema Único de Saúde Brasil, Atención Básica, Estrategia de Salud de la Familia, Política Social, Política de Salud



## Introdução

Este artigo é fruto de pesquisa continuada, denominada Proteção Social e a Política de Saúde na América Latina, desenvolvida na Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) e também de pesquisa e estudos no mestrado do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências Sociais Aplicadas e Núcleo de Direitos Humanos nesta mesma Universidade. Integra os estudos desenvolvidos no grupo de pesquisa Agenda social do Mercosul e Proteção Social no Brasil.

O ponto de partida que fundamenta a construção deste artigo baseia-se nas transformações ocorridas no mundo capitalista, na superação da fase concorrencial e da consolidação da fase monopolista do capitalismo. Este movimento contraditório coloca em xeque a hegemonia do capital, exigindo novas intervenções estatal na economia, no sentido de administrar este processo de acumulação e as implicações sociais e políticas daí decorrentes. Grandes monopólios começaram a surgir, ampliar suas forças e intervenções nos campos econômico, político e social.

A tese central que concentra o debate acerca de políticas sociais, e aqui especificamente a política de saúde, é em torno do papel que o Estado assume diante das novas tarefas na fase monopolista e do conteúdo das políticas que passa a desenvolver. As transformações e, conseqüentemente, dificuldades decorrentes desse novo papel exigem a adoção, por parte do Estado, de mecanismos “ajustadores” no interior das relações econômicas, ou seja, a adoção de novas funções atribuídas pela dinâmica do capitalismo monopolista.

Adota-se, neste artigo, a compreensão de que as políticas sociais são originárias das transformações do capitalismo, especificamente no trânsito da fase concorrencial à fase monopolista, ocorrido na passagem do século XIX para o século XX, como também, pela dinâmica das lutas sociais na ampliação dos direitos da cidadania. É fundamental entendê-las no contexto da estrutura capitalista e no movimento histórico das transformações sociais dessas estruturas.

As políticas sociais são resultantes das necessidades objetivas das relações de produção em determinada fase do seu desenvolvimento e, também, como resultado da transformação social e política de um novo sistema capitalista. São resultantes necessárias das relações que historicamente se estabeleceram no desenvolvimento das contradições entre as esferas do capital e trabalho. Ou seja, surgem em decorrência do capitalismo, através de manifestações operárias ocorridas ao longo das primeiras revoluções industriais. Neste contexto, as políticas sociais não estão desvinculadas dos reclames populares.

Mesmo estando vinculadas às reivindicações, no Brasil, historicamente, as políticas sociais emergem e se desenvolvem como parte de uma estratégia de intervenção e controle do Estado sobre as classes trabalhadoras no enfrentamento das expressões da questão social. Devem ser contextualizadas e visualizadas na ótica do processo de desenvolvimento capitalista que configura o Estado como tutor do capital e normatizador da ordem social.

As políticas sociais são permeadas pelas contradições e tensão entre a reprodução do capital e as necessidades de reprodução da força de trabalho. Neste sentido, constituem um espaço de



concretização dos interesses populares, pois organizam as formas e o acesso social dos trabalhadores aos bens e serviços da sociedade. Pode ser compreendida, também, como uma maneira de expressar as relações sociais, cuja ordem é do mundo da produção.

Para Fleury e Ouverney (2008: 16) *“a política social expressa uma dinâmica multifacetada que compreende ações intervencionistas na forma de distribuição de recursos e oportunidades, a promoção de igualdade e dos direitos de cidadania e a afirmação de valores humanos como ideais”*. Nesta ótica, as políticas sociais integram o sistema de proteção social, que tem por finalidade diminuir as desigualdades sociais por meio dos direitos sociais garantidos aos cidadãos.

Considerando os elementos até aqui apontados, este artigo tem como principal objetivo contextualizar, de maneira breve, a política social de saúde e especificamente o primeiro nível de atenção, a atenção básica no Brasil e no município de Ponta Grossa, Paraná. Trata-se de uma revisão integrativa e para alcançar o objetivo proposto utilizou-se da pesquisa bibliográfica e documental.

Para fins de apresentação, o artigo está organizando em dois itens. No primeiro, aborda-se o desenvolvimento da política de saúde no Brasil tendo como marco histórico-legal a Constituição Federal de 1988, destacando as principais legislações que regulamentam o Sistema Único de Saúde e enfatizando a atenção básica e a Política Nacional de Atenção Básica no Brasil. Na sequência, discorre-se sobre atenção básica e a Estratégia de Saúde da Família como modelo para efetivação da atenção básica no país. Apontam-se algumas considerações sobre a estrutura e organização dos serviços na atenção básica no município de Ponta Grossa – Paraná.

### **A política social de saúde no Brasil: Breves apontamentos**

A política de saúde, no Brasil, até a década de 80 teve sua trajetória histórica e política caracterizada por campanhas sanitárias, assistência médico-curativa de caráter hospitalocêntrico, priorizando apenas a recuperação da saúde. A Constituição Federal de 1988 foi um divisor de águas neste marco, instituindo a seguridade social. De acordo com o art. 194 *“a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”* (Brasil, 1988). Ao Estado cabe a administração e o financiamento do sistema, devendo remeter os recursos do orçamento público para a manutenção de políticas sociais e a sociedade contribui através do pagamento de impostos (Carvalho, 2019)

O tripé da seguridade social é constituído pelas políticas sociais de saúde de caráter universal, a previdência Social destinada aos trabalhadores contribuintes e a assistência social para quem dela necessitar. No que se refere à proteção social, a seguridade social brasileira combinou princípios tanto do modelo bismarckiano (previdência social), quanto do Beveridgiano (saúde e assistencial social) (Boschetti, 2009).

Especificamente à saúde, no Art.196, da Constituição Federal,



*“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.*

Brasil, 1988

A Constituição Federal de 1988 instituiu o sistema público de saúde brasileiro, denominado de Sistema Único de Saúde (SUS), implantado em 1990 com a promulgação da Lei Orgânica de Saúde, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e complementada pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

De acordo com a Lei Orgânica de Saúde, o SUS é um

*“conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)”*

Brasil, 1990

A referida legislação também estabelece como responsabilidade do Estado executar, através de políticas econômicas e sociais, ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo dever do sistema público garantir atendimento de maneira integral aos seus usuários, através de ações preventivas, curativas e de promoção da saúde. A legislação ainda prevê que a esfera estatal pode recorrer a serviços da iniciativa privada para garantir a cobertura assistencial da população de uma determinada área e a participação complementar da iniciativa privada. Os serviços prestados por tais instituições ocorrem como uma participação complementar, através de contratos e convênios, sendo observadas as normas do direito público, os princípios éticos e as normas do SUS, considerando o funcionamento, controle e fiscalização. Cabe lembrar que independentemente da instância de prestação de serviço na saúde, o acesso é gratuito (Brasil, 1990; Carvalho, 2020).

De acordo com a Lei nº 8080/90, são princípios do SUS a universalidade; integralidade; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde.

A universalidade significa que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado; todos podem acessar os serviços de independente de sua condição financeira. A equidade refere-se à assistência à saúde, que deve ser realizada sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; todos os usuários do SUS, devem ser atendidos sem discriminação, independente de cor, credo, sexo ou religião (Carvalho, 2020).

A integralidade da assistência é entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Este princípio estabelece que todos os cidadãos devem ser



atendidos de maneira integral. Para tanto, é fundamental a articulação intersetorial, contribuindo com a qualidade de vida dos usuários (Carvalho, 2020).

A diretriz participação da comunidade assegura à sociedade a participação nos espaços da política de saúde, visando a elaboração de estratégias, controle e avaliação do SUS. A participação da comunidade ocorre por meio dos Conselhos, Conferência de Saúde e Ouvidorias. A regionalização e hierarquização estabelecem que os serviços de saúde devem estar organizados respeitando o território e a oferta, em níveis de complexidade e/ou em três níveis de atenção: atenção básica; atenção secundária; e a atenção terciária (Carvalho, 2020).

A descentralização político-administrativa é a direção única em cada esfera de governo. Essa diretriz, define a atribuição e responsabilidade sobre os serviços de saúde em cada esfera de governo, municipal, estadual e federal, sendo tais atribuições executadas pelas secretarias estaduais e municipais de saúde e Ministério da Saúde, respectivamente. Observa-se que todas as esferas de governo possuem responsabilidades quanto ao financiamento e ações dos serviços de saúde. A descentralização visa ofertar maior qualidade aos serviços de saúde e contribuir com o controle e fiscalização pelos cidadãos.

Os princípios do SUS aqui destacados, possibilitaram a superação da assistência médico-curativa, de perspectiva excludente e de caráter hospitalocêntrico. É importante ressaltar, ainda, que existem diversidades e disparidades regionais, em se tratando do Brasil, com um extenso território, que pode dificultar a concretização desses princípios conforme proposto no SUS, não garantindo e efetivando o direito à saúde, como por exemplo nos municípios de fronteira brasileira com outros países.

### **A atenção básica e a estratégia de saúde da família no município de Ponta Grossa: estrutura e organização dos serviços**

A terminologia adotada para se referir ao primeiro nível de atenção à saúde é denominado atenção básica e/ou atenção primária. Como existem diferenças conceituais e de interpretações acerca das expressões, neste artigo, destacamos aqui alguns dos autores e seus respectivos entendimentos e defesas dos termos encontrados na pesquisa bibliográfica e documental realizada. *“Ao mesmo tempo em que uns entendem ‘básica’ vindo de base, fundamental, e não de básico, simples; outros interpretam ‘primário’ como primeiro, principal, e não como elementar ou rudimentar”* (Mello; Fontanella; Demarzo, 2009:205).

Para Gil (2006), os termos atenção básica e atenção primária são utilizados como sinônimos e ora são usados como contraposições. Em países subdesenvolvidos, a atenção primária em saúde (APS) é interpretada como um *“programa específico para os marginalizados e excluídos e materializada na proposta político-ideológica da atenção primária seletiva destinada às populações pobres”* (Gil, 2006: 1177).

Mendes (2012:102), afirma que a expressão APS está relacionado *“à atenção que se dá no primeiro contato das pessoas usuárias com o sistema de atenção à saúde o atributo mais fundamental da APS”*. Para o autor, a expressão básica *“não significa esse atributo*



*essencialíssimo da APS” e a terminologia APS “aproximaria a denominação brasileira do que é regra em todo o mundo”.*

Internacionalmente utiliza-se a expressão APS como uma estratégia de atenção à saúde, destinada a *“responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades”* (Matta; Morossini 2009). No Brasil a APS integrou os princípios da Reforma Sanitária e neste cenário objetivou ampliar os cuidados primários de saúde a toda população, levando conseqüentemente o SUS a utilizar a denominação atenção básica (Matta; Morosini, 2009).

Salienta-se, ainda que a expressão atenção básica é oficializada pelo governo brasileiro, preponderantemente adotada em legislações e documentos oficiais do Ministério da Saúde. Na última atualização da Política Nacional da Atenção Básica (Pnab, 2017) considera as expressões atenção básica e atenção primária em saúde como termos equivalentes.

As discussões sobre o primeiro nível de atenção à saúde, no Brasil, acompanharam os movimentos internacionais, ou seja, o país aderiu às propostas da Declaração de Alma-Ata que ocorreu na década de 1970. Conforme exposto, adota-se no país a expressão atenção básica para se referir ao primeiro nível de atenção à saúde no SUS, uma vez que se preocupou em distinguir as políticas propostas pelo movimento sanitário dos programas iniciais de atenção primária restritivo, focalizado e seletivo, propagado pelas agências internacionais e que não contemplavam os reais propósitos deste nível de atenção à saúde (Giovanella; Mendonça, 2008). Neste cenário, a partir da concretização do SUS, possibilitou-se *“a construção de uma política de ABS que visasse à reorientação do modelo assistencial, tornando-se o contato prioritário da população com o sistema de saúde”* (Matta; Morosini, 2009).

Logo após a consolidação do sistema único, na década de 1990, a responsabilidade da atenção à saúde foi transferida para os municípios, o que demandou uma revisão do fundamento da assistência básica, advindo a sua organização e ampliação como primeiro nível de atenção, de acordo com as necessidades da população (Giovanella; Mendonça, 2008).

Em 1991 foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) pela Fundação Nacional de Saúde (Fns), primeiramente nas regiões Norte e Nordeste, em áreas rurais e periurbanas, objetivando combater e controlar a epidemia de cólera e diarreia com foco na reidratação e na orientação à vacinação (Giovanella; Mendonça, 2008). A criação do Programa ocorreu de maneira emergencial, objetivando prestar suporte à assistência básica onde não fosse possível a interiorização de assistência médica. Desse modo, os Agentes Comunitários de Saúde (Acs) foram treinados para desenvolver atividades como visitas domiciliares; diagnóstico comunitário; identificação de áreas de risco individual e coletivo; ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; encaminhamento da população aos serviços de saúde quando necessário e acompanhamento de saúde da população (Brasil, 2009).

De acordo com Giovanella e Mendonça (2008), as ações realizadas pelos ACS deram-se fora das Unidades Básicas de Saúde, demandando assim a definição do seu perfil e de suas



atribuições, bem como requisitou uma supervisão especializada, o acompanhamento de um profissional de nível superior, o enfermeiro. Este profissional constituiu-se como apoio para a execução do trabalho dos agentes e tais atividades romperam com práticas e ações de saúde vinculadas especificamente ao profissional médico (Giovanella; Mendonça, 2008).

Os Agentes comunitários foram essenciais para a concretização de um novo modelo de atenção, possibilitando o fortalecimento e a integração da comunidade com os serviços de saúde. “*Sua operacionalização começou a gerar uma demanda por serviços de saúde que deveria ser respondida com tecnologias de maior densidade*” (Mendes, 2012:74). Neste cenário, em 1993, é criado o Programa Saúde da Família (PSF), através da Portaria MS nº 692 de dezembro de 1993, com a finalidade de priorizar ações de proteção e promoção à saúde da população.

Através da Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB SUS 01/96), a atenção básica é definida como o primeiro nível de atenção à saúde, identificada como “*conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde*” (Brasil, 2009:20), e Saúde da Família enquanto estratégia para consolidação deste modelo de atenção. Aos municípios coube a adoção dos programas estratégicos da atenção básica, sendo eles: “*farmácia básica, vigilância sanitária, atendimento às carências nutricionais, Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família*” (Brasil, 2005:17).

A implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), se expandiu de maneira rápida pelos municípios de pequeno porte, com pouca ou nenhuma capacidade instalada. Em compensação, nos grandes centros urbanos, ocorreu de maneira lenta, uma vez que se deparou com questões de maior densidade, relacionadas à concentração demográfica, ao alto grau de exclusão para o ingresso nos serviços de saúde, a determinantes de saúde inerentes das grandes cidades e metrópoles e a oferta permanente em uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída (Escorel et al., 2007).

A ESF se consolidou como um modelo para a atenção básica no Brasil. Neste contexto, em 2006 é criada a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) através da portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, revisada nos anos de 2011 e 2017. De acordo com essa legislação, a atenção básica é considerada o primeiro nível de atenção à saúde, e o indivíduo é compreendido em sua integralidade. O atendimento na atenção básica ultrapassa o modelo curativo centrado na figura do médico e suas ações envolvem a prevenção e a promoção da saúde incorporando-as em outros níveis de atenção e envolvendo diversas categorias profissionais na sua operacionalização (Carvalho, 2020).

A Equipe é multidisciplinar, integrando médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e ACS. Como mote de atuação, devem conhecer as famílias do seu território de abrangência; identificar e intervir nos problemas de saúde da população, realizar, se necessário, o encaminhamento do usuário para o serviço especializado; realizar ações de educação de saúde e intersetoriais para a comunidade, bem como prestar atendimento integral as famílias que se encontram sob sua responsabilidade (Brasil, 2017).



A ESF se expandiu em território nacional, tornando-se a principal modalidade de operacionalização da atenção básica no SUS. É neste nível de atenção que ocorre o primeiro contato do usuário com sistema público de saúde, bem como é o que deve desenvolver ações de promoção, prevenção e tratamento a saúde da população.

Diante destas considerações, descreve-se a estrutura e organização dos serviços na atenção básica no município de Ponta Grossa. O município localiza-se no estado do Paraná, que de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (Ibge, 2019), possui uma população estimada de 352.736 pessoas, considerada a 4º maior população do estado e a 76ª do Brasil. Em relação a política de saúde do município, no período da administração municipal de 1997-2000 foi implantado o PACS e na gestão de 2001-2004, foi implantado o PSF. Neste cenário, a organização do setor da saúde aproximou-se do modelo assistencial estabelecido pelo SUS, priorizando a atenção básica através da realização de campanhas, bem como de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças (Balestrini; Barros, 2008; Carvalho, 2020).

De acordo com o Plano Municipal de Saúde (2017), a atenção básica é composta por 52 Unidades de Saúde da Família (USF), sendo 10 destas na área rural e o restante na área urbana. Ao todo são 80 Equipes Saúde da Família (eSF), 13 de Saúde Bucal, 2 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com serviços rotineiros e consultas de clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia. Foram implantadas, ainda, 5 equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e 1 Equipe de Atenção Domiciliar (Ponta Grossa, 2017; Carvalho, 2020).

De acordo com o Ministério da Saúde, em dezembro de 2019 a cobertura da ESF, em território nacional, foi de 64,47%, atingindo 134.427.430 pessoas (Brasil, 2019). Sobre os dados de cobertura do estado do Paraná, segundo o Ministério da Saúde, em dezembro de 2019 a cobertura da ESF foi de 64,60%, abrangendo 7.332.069 pessoas. No tocante aos dados municipais, neste mesmo período, a cobertura da ESF foi de 73,35%, alcançando um total de 265.950 pessoas. Os dados revelam que o município de Ponta Grossa – PR superou a média nacional e estadual (Brasil, 2019; Carvalho, 2020).

De acordo com o quadro abaixo, as UBS e USF estão divididas em territórios e distritos de saúde. Cada bairro possui um número determinado de equipes, como por exemplo, o bairro de Oficinas, todas as unidades possuem ESF, totalizando 11 equipes; o território Central possui 4 unidades de ESF e 1 UBS.

QUADRO 1. Divisão de áreas por distrito – 2019

TERRITÓRIO/ TOTAL EQUIPES	UNIDADE	EQUIPES
OFICINAS (11)	Adão Ademar Andrade	1
	Agostinho Brenner	1
	Cyro de Lima Garcia( Vila Velha)	2
	Ezebedeu Linhares	1
	João de O. Bello – Guaragi	1
	José Carlos Araújo	1
	Lauro Muller	2



	Otoniel Pimentel dos Santos	2
<b>CENTRAL (4+UBS)</b>	Aluizio Grochoski	1
	Antônio Russo	UBS
	Sady Silveira	1
	Jayme Gusmann	1
	Rômulo Pazzinato	1
	Antônio Saliba	1
<b>UVARANAS I (13)</b>	César Rocha Milleo	2
	Horácio Droppa	2
	Luiz Conrado Mansani	2
	Madre Josefa Stenmanns	2
	Nilton Luiz de Castro	3
	Sharise Arruda	1
<b>UVARANAS II (13)</b>	Abrahão Federmann	2
	Antero Machado de Mello	2
	Cleon Francisco C. de Macedo	2
	Lubomir Antônio Urban	2
	Santo Domingo Zampier	2
	Itaiacoca- Biscaia/ Crutac	1
	Silas Sallen	2
	Alfredo Levandovski	2
<b>SANTA PAULA (12)</b>	Adilson Baggio	2
	Carlos Dezaunet Neto	1
	Clyceu Carlos de Macedo	1
	Egon Roskamp	2
	Félix Vianna	1
	Paulo Madureira Novaes	1
	Roberto de Jesus Portela	2
	Adam Polan Kossobudzki	3
<b>ESPLANADA (15)</b>	Antonio Horácio de Miranda	2
	Aurélio Grott	2
	Eugênio José Bocchi	1
	José Bueno	2
	Júlio de Azevedo	2
	Zilda Arns	3
	Antônio Schwanzee	2
<b>NOVA RÚSSIA (10)</b>	Ambrósio Bricailo	2
	Carlos Ribeiro de Macedo( Planalto)	1
	Jamil Mussi	1
	Javier Cejas Arzabe	2
	Louis A. Charles Buron	1
<b>NOVA RÚSSIA (10)</b>	Luiz Fernando Cajado Braga ( Uvaia/	1



Fonte: Atenção Básica – Prefeitura Municipal de Ponta Grossa apud Carvalho, 2020.

As equipes que atuam na atenção básica devem seguir as normativas preconizadas pelo Ministério da Saúde, sendo atribuições comuns a todos os membros que atuam nessas equipes: possuir conhecimento do território de abrangência, bem como identificar os indivíduos que encontram-se em situação de vulnerabilidade; realizar o cadastramento dos indivíduos nos sistemas de informação da atenção básica; realizar o cuidado integral à saúde da população (individual ou coletivo), seja no âmbito da UBS, domicílio, e em espaços comunitários; realizar e garantir à atenção à saúde da população através de ações de promoção, proteção, recuperação da saúde, bem como prevenção de doenças; realizar o acolhimento dos indivíduos de forma humanizada; realizar, quando necessário, o encaminhamento do indivíduo para serviço especializado; registrar as ações realizadas no sistema de informação da atenção básica; realizar ações de educação em saúde para comunidade; realizar reuniões de equipe e participar de ações de educação continuada; estimular a participação da comunidade; entre outras (BRASIL, 2017).

A atenção básica tem como uma das principais atribuições ser a porta de entrada do sistema de serviços de saúde. Em Ponta Grossa, observa-se a importância desse nível de atenção e da cobertura da Estratégia da Saúde no município, como uma estratégia prioritária para a organização da atenção básica e conseqüentemente do sistema local de saúde. A ESF incorpora elementos como a centralidade na família e o direcionamento de ações e serviços para a comunidade, superando o modelo hegemônico (vigente até a Constituição Federal de 1988) hospitalocêntrico centrado no atendimento individual e curativo. Os impactos da ESF dependem majoritariamente da articulação com a rede de atenção à saúde - ambulatorial especializada, hospitalar secundária e terciária, rede de serviços de urgência e emergência, e rede de serviços de atenção à saúde mental. Estudos de Cecilio et al. (2012) e Feo, Campo & Camacho (2006) indicam os impactos positivos sobre a saúde da população, como por exemplo a redução da mortalidade infantil e de internações desnecessárias e que foram (resolutivas na atenção primária).

### Considerações Finais

Este trabalho teve como objetivo central contextualizar, de maneira breve, a política social e de saúde, enfatizando a atenção básica no Brasil. Buscou-se ainda discorrer sobre a Estratégia de Saúde da Família como modelo para efetivação da atenção básica, bem como apresentar algumas considerações sobre a estrutura e organização dos serviços na atenção básica no município de Ponta Grossa – Paraná.

Constatou-se que no Brasil a garantia à saúde como um direito universal ocorreu após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e da institucionalização do SUS. Com a implantação do SUS o Estado passou a ser o principal responsável pela política de saúde brasileira, ficando sob responsabilidade dos municípios a gestão da atenção básica.



Foi na década de 1990 que a atenção básica se fortaleceu como política a partir da Norma Operacional Básica do SUS de 1996 e da Política Nacional de Atenção Básica. A atenção básica passou a ser considerada a principal estratégia para ampliar a cobertura do atendimento, bem como o primeiro contato, na maioria das vezes, do usuário ao sistema público de saúde. As ações desenvolvidas neste primeiro nível de atenção ocorrem principalmente através das equipes da ESF, extrapolam o modelo curativo e abrangem a prevenção e a promoção da saúde.

Por fim, verificou-se que a atenção básica no município de Ponta Grossa – PR é composta por 52 Unidades de Saúde da Família (USF) e 80 equipes da ESF. Constatou-se ainda que a cobertura da ESF no município é superior à média nacional.

### Referências

Balestrini, M. F; Barros, S. A. B. (2008) A política de saúde no município de Ponta Grossa-PR a partir da constitucionalização do SUS. *Emancipação*, Ponta Grossa, 8(1): p. 105-117, 2008. Disponível em:

<https://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/118/116>. Acesso em: 06 abr. 2020.

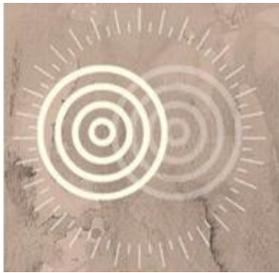
Boschetti, I. (2009) A política da seguridade social no Brasil. *In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS: p. 323-338.

Brasil, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 11 mar. 2019.

Brasil (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 11 mar. 2019.

Brasil (1990). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm). Acesso em: 11 mar. 2019.

Brasil (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: Departamento de Atenção Básica: 84 p. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_acs.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf). Acesso em: 09 mar. 2019



Brasil (2005). Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília: Editora do Ministério da Saúde: 2005. 210 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_familia\\_avaliacao\\_implantacao\\_dez\\_grandes\\_centros\\_urbanos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_familia_avaliacao_implantacao_dez_grandes_centros_urbanos.pdf). Acesso em: 05 mai. 2019

Brasil (2009). Ministério da Saúde. Temático Promoção da Saúde IV. Brasília: Organização Pan-Americana da saúde: 60 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel\\_indicadores\\_sus\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_sus_promocao_saude.pdf). Acesso em: 10 jun. 2019.

Brasil (2017). Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. 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 (SUS). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 11 mar. 2019.

Brasil (2017). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Cobertura da Atenção Básica. E-Gestor Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 13 abr. 2020.

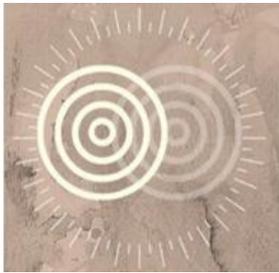
Carvalho, S.C. (2020) Os desafios para a promoção da saúde no município de Ponta Grossa - PR. 151 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas) - Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2020. Disponível em: <https://tede2.uepg.br/jspui/bitstream/prefix/3206/1/Sherryl%20Cristina%20Carvalho.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2021.

Cecilio, L. et al. (2012) A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11): 2.893-2.902.

Escorel, S. *et al.* (2007) O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 21(2), p. 164-176. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v21n2-3/164-176/pt>. Acesso em: 11 mar. 2019.

Feo, J.; Campo, J. & Camacho, J. (2006). La Coordinación Entre Atención Primaria Y Especializada: Reforma Del Sistema Sanitario o reforma del ejercicio profesional? *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 4(2): 357-382.

Fleury, S.; Ouverney, (2008) A. M. Política de Saúde: Uma Política Social. *In: GIOVANELA, L. et al. (org). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz: p. 23-64.



Gil, C.R. R. (2006) Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(6), p. 1171-1181, jun. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/06.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2017.

Giovanella, L; Mendonça, M. H. M. de. (2008) Atenção Primária à Saúde. *In: GIOVANELLA, L. et al. (org). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, p. 575-625.

Ibge. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados: População Estimada. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/ponta-grossa.html>. Acesso em: 05 de fev. 2019.

Mello, G. A.; Fontanella, B. J. B.; Demarzo, M. M. P. (2009) Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. *Rev. APS*, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14247>. Acesso em: 20 abr. 2019.

Mendes. E. V. (2012) 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, 512 p. ISBN: 978-85-7967-078-7. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf). Acesso em: 20 abr. 2019

Morosini, M. V. G.; Matta, G. C. (2009) Atenção Primária à Saúde. *In: Dicionário da Educação Profissional da Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Acesso em: 01 jul. 2019.

Ponta Grossa. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde Ponta Grossa 2018/2021. Disponível em: <http://www.pontagrossa.pr.gov.br/files/sms/ps-2018-2021.pdf>. Acesso em: 14 de abr. 2018.



**Lislei Teresinha Preuss**

Graduada em Pedagogia pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC 1996), graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC 1998), Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, 2007), Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS 2011). É professora efetiva e adjunta da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) e do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Sociais Aplicadas. Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UEPG/Hospital Universitário Campos Gerais (HUCG).



**Sherryl Cristina Cavalho**

Graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG - 2012). Mestre em Ciências Sociais Aplicadas (UEPG -2020). Assistente Social da Fundação Municipal de Saúde da Prefeitura de Ponta Grossa.