

**O IMPACTO HISTÓRICO DA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA
REESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA
THE HISTORICAL IMPACT OF PUBLIC POLICY FORMULATION
ON THE RESTRUCTURING OF FAMILY HEALTHCARE**

ISSN: 2674-662X. DOI: 10.29327/2334916.18.1-1

Doriane Gonçalves de Sá ¹

RESUMO

O cuidado e a assistência à saúde sempre estiveram intrinsecamente ligados ao âmbito familiar, historicamente transformando o domicílio em um espaço crucial para práticas de saúde. A saúde da família, por sua vez, emergiu como um componente fundamental para o desenvolvimento individual, impactando diretamente nas condições gerais de saúde e, conseqüentemente, na capacidade de realizar atividades cotidianas. Nesse contexto, a evolução dos programas implementados ao longo dos anos pelo Ministério da Saúde e pelos conselhos revelou lacunas prioritárias a serem abordadas. Este artigo propõe uma discussão aprofundada sobre os avanços e modificações centrados no apoio e cuidado à saúde da família, utilizando uma abordagem de Revisão Narrativa da Literatura. A pesquisa, de natureza qualitativa e exploratória, analisou dados provenientes de artigos disponíveis em plataformas científicas, como Scientific Electronic Library Online (SciELO), Pubmed e Google Acadêmico, com foco nos últimos 10 anos (2013 a 2023). Além disso, informações relevantes foram obtidas a partir de leis, portarias e artigos clássicos que contribuíram para a construção histórica do processo de saúde da família no Brasil. A Saúde da Família é reconhecida como o eixo articulador do sistema de saúde brasileiro, com a Atenção Básica (AB) atuando como porta de entrada para o atendimento. Essa estratégia visa reorganizar o atendimento primário, promovendo ações de prevenção, assistência resolutiva, recuperação e cuidados paliativos. Ao longo dos anos, a implementação da estratégia de saúde da família no Brasil demonstrou eficácia, impactando positivamente a saúde da população, com maior acesso e utilização de serviços, além de reduções significativas em indicadores sensíveis à atenção primária, como a taxa de mortalidade infantil, incidência de gravidez na adolescência e melhor qualidade de vida para grupos específicos, como hipertensos e diabéticos. Esses resultados refletem uma melhoria geral nos indicadores de saúde nos municípios atendidos pela estratégia.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção básica; Saúde da família; Saúde.

ABSTRACT

Care and health assistance have always been intricately linked to the family sphere, historically transforming the domicile into a crucial space for health practices. Family health has emerged as a fundamental component for individual development, directly impacting overall health conditions and, consequently, the ability to carry out daily activities. In this context, the evolution of programs implemented over the years by the Ministry of Health and councils has revealed priority gaps to be addressed. This article proposes a in-depth discussion of advances in family health through a Narrative Literature Review, utilizing data from platforms such as SciELO, Pubmed, and Google Scholar over the last 10 years (2013 to 2023). Family Health is recognized as the cornerstone of the Brazilian health system, with Primary Care (PC) serving as the gateway for care. This strategy aims to reorganize primary care, promoting preventive actions and care. Over the years, the implementation of the family health strategy in Brazil has demonstrated effectiveness, positively impacting population health with increased access to services, significant reductions in primary care-sensitive indicators such as infant mortality and teenage pregnancy, and an overall improvement in the quality of life for specific groups such as hypertensive and diabetic individuals. These results reflect a general improvement in health indicators in municipalities served by the strategy

KEYWORDS: Primary care; family health; health.

Mestrado em Terapia Intensiva pelo Instituto Brasileiro de Terapia Intensiva, Brasil (2012)
Enfermeira Plantonista e Diarista do Hospital Universitário de Maceió, Brasil. **CURRICULO LATTES:**
lattes.cnpq.br/0507907096830215.

INTRODUÇÃO

O cuidado e a assistência à saúde sempre pertenceram ao espaço da família, sendo assim o domicílio se configurou historicamente como um ambiente de práticas de saúde. Durante as transformações sociais iniciadas no período da industrialização, com modificação no panorama social culminando no processo de urbanização, o cuidado à saúde foi transferido para o lócus hospitalar, deixando o domicílio em segundo plano no que se refere a eventos familiares importantes, como nascimento e morte (WRIGHT; LEAHEY, 2002; SILVA; SILVA; BOUSSOS, 2011).

As práticas de cuidado à saúde, os saberes perpassados por gerações e as crenças atribuídas às atitudes relacionada a hábitos alimentares, atividade física, lazer, uso de substâncias e até vícios podem ser vivenciados e aprendidos num ambiente familiar. Ou seja, a família se torna um ambiente de reprodução de comportamentos que influenciam no processo de saúde e doença (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

As modificações no Sistema Único de Saúde (SUS) colocando a atenção primária como porta de entrada para o sistema e com a capacidade de coordenar o cuidado para responder às necessidades da população dependeram de políticas atuantes em todos os níveis de determinação da saúde. A forma como os serviços de saúde fora organizada também atua como um determinante social da saúde (BITTON et al., 2017).

As inovações quanto a assistência no SUS revolucionou a forma de se promover saúde da família e demonstrou melhorias nos indicadores de saúde. A melhoria em tais números se tornou fundamental e mudou a percepção da população para uma determinada doença ou agravo, pois as pessoas no mundo inteiro valorizam a sua saúde e a saúde dos familiares (MITCHELL; ROBERTS; BARTON, 2017).

A saúde da família se tornou um fator fundamental para o desenvolvimento individual e as melhores condições de saúde promovem uma melhor

capacidade para realização de atividades básicas do dia a dia (MITCHELL; ROBERTS; BARTON, 2017). A ausência de saúde na população gera problemas com repercussão a longo prazo e pior desempenho macroeconômico (BLOOM DE; CANNING D; SEVILLA, 2004).

As práticas de saúde sempre tiveram em seus primórdios uma relação com a vida em sociedade e hoje em dia está focada no acompanhamento longitudinal da família, mesmo diante de diferentes destaques e variadas formas com que as sociedades procuraram resolvê-los. O sistema de saúde brasileiro sofreu grandes mudanças desde o final do século XIX, acompanhando as transformações políticas e social no cenário nacional. As modificações na atualidade acerca do entendimento e condução do processo saúde-doença passou a considerar que o "ponto chave" está na focalização da saúde da família (ADRIANO, 2007; OLIVEIRA et al., 2019).

O cuidado da saúde ficou associado a uma relação entre duas ou mais pessoas, como o de um profissional de saúde e seu paciente. Entretanto, é sabido que esta relação acontece em múltiplas dimensões, desde as mais micropolíticas, como o cuidado individual e familiar, até as dimensões mais amplas como a gestão e as políticas sociais. O auto cuidado também emerge como uma ferramenta importante que coloca o indivíduo como principal ator no seu processo de saúde (CECÍLIO, 2011).

Políticas públicas são reflexos de um contexto histórico marcado pela busca de direitos sociais, e assim, no fim dos anos oitenta culminou na implantação do SUS, com a definição de saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Os princípios e diretrizes do SUS implicaram em uma nova forma de atenção à saúde, bastante ampla e complexa e política nacional de atenção básica proporcionou a criação dos núcleos de apoio a saúde da família (FIGUEIREDO, 2012).

Nestas perspectivas, diante das transformações sociais que culminaram em modelos mais amplos e sólidos para cuidado e assistência à saúde da família, este trabalho tem por objetivo discutir os avanços e as

modificações centradas no apoio e cuidado à saúde da família. O estudo será conduzido pela metodologia de uma revisão da Literatura.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma Revisão Narrativa da Literatura. A pesquisa se deu com natureza qualitativa com enfoque exploratória, analisando os dados de artigos disponíveis em plataformas de dados científicos. As bases utilizadas para pesquisa foram: Scientific Electronic Library Online (SciELO), o *Pubmed* e o Google acadêmico com buscas focadas nos últimos 10 anos (2013 a 2023). Vale salientar que foram também utilizadas informações oriundas de leis, portarias e artigos clássicos que apresentem conceitos importantes para construção histórico do processo de saúde da família no Brasil.

Os descritores utilizados nos mecanismos de buscas foram: saúde, saúde da família e atenção básica. Os dados encontrados nas bases de dados citadas acima foram sintetizados e apresentados na seção resultados e discussões. Optou-se por realizar análise descritiva e narrativa de todas as informações. Dentro dos critérios de elegibilidade de artigos, foram incluídos estudos completos que apresentaram uma abordagem explanativa diretamente ao tema desde o seu resumo.

Dentro dos critérios de elegibilidade de artigos, foram incluídos estudos completos que apresentaram uma abordagem explanativa relacionada a saúde da família no âmbito nacional. Além disso, foram incluídos estudos em português e inglês, com abordagem nas políticas públicas nacionais, dispostos nos mais diversos tipos de estudos. Os estudos justificaram o tema e puderam contribuir com informações mais atuais para Literatura científica.

Foram excluídos estudos descritos em língua diferente das anteriormente citadas e documentos que apresentassem no resumo distanciamento do tema pesquisado. Foram excluídos estudos incompletos, com

conflito de interesse, cartas e editoriais ou artigos de opinião.

. RESULTADOS

A Saúde da Família constitui o eixo articulador do sistema brasileiro de saúde tendo a atenção básica (AB) como a porta de entrada para o atendimento e ingresso no sistema. A estratégia propôs a reorganização do atendimento primário para reestruturar a forma de promover às ações em saúde, de forma a garantir medidas de prevenção, resolutividade na assistência, recuperação e cuidados paliativos (RIOS et al., 2016).

Os avanços desempenhados pelos modelos de atenção voltados para a saúde da família superaram os modelos biomédicos curativistas baseados numa visão fragmentada do ser humano na direção de uma compreensão integral na dimensão orgânica individual, familiar e coletiva. Logo, o resgate da prática generalista, a contextualização e compreensão dos processos de saúde e doença, bem como a influência dos determinantes socioculturais de saúde a que estão expostos os indivíduos dentro de sua realidade local, comunitária e familiar (BRASIL, 2001).

Como visto, a reorganização da prática da assistência à saúde em novas bases com foco nas estratégias de apoio a saúde da família superou o modelo tradicional curativista e hospitalocêntrico, levando a saúde para mais perto da família e dos seus usuários. Esta mudança no panorama de saúde se deu com a consolidação da atual estratégia da saúde da família (ESF), que garantiu a organização da rede de serviços e de ações básicas de saúde priorizando a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde das pessoas (GIL, 2006).

A mudança no modelo de atenção ganhou impulso na Conferência Mundial de Cuidados Primários de Saúde, na antiga URSS na cidade de Alma Ata em 1978 (MENDES, 2006). Impulsionado por mudanças expressivas e significativas no funcionamento do sistema de saúde, o Ministério da Saúde implantou no ano de

1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) inspirado em experiências bem-sucedidas instituída pela Secretaria de Saúde do Ceará em 1987, baseado num programa de emergencial de combate à seca (BRASIL, 2001; OLIVEIRA et al., 2019).

Anos mais tarde, em 28 de março de 2006, através da Portaria nº GM/648, um marco histórico para a consolidação nacional e expansão da Estratégia de Saúde da Família foi a criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que explicita a Saúde da Família (SF) como modelo preferencial de reorganização da atenção primária. Tais ações agora exercidas como novos focos se dariam por meio de uma equipe multidisciplinar em um território geograficamente definido (MACINKO, MENDONÇA, 2018).

Posteriormente, em 2008, para ampliar a resolutividade das ações e serviços de atenção básica foram implementados os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) formados por profissionais de saúde das mais diferentes áreas e especialidades (PINTO, GIOVANELLA, 2018).

A CONSOLIDAÇÃO E OS AVANÇOS DE UMA SAÚDE VOLTADA PARA O ÂMBITO FAMILIAR

Diante dos avanços, reformulações e mudanças, as condições de saúde e doença passaram a ser encaradas de forma diferente por homens e mulheres, por negros e brancos, por profissionais, por agentes e pela comunidade. A sociedade agora espera condutas diversas diante das enfermidades que acometam a si mesmos, os familiares e amigos (RIOS et al., 2016).

O crescimento da população e o envelhecimento estiveram diretamente ligados ao aumento da necessidade de fortalecimento de políticas da atenção básica (AB) que incluem os núcleos de apoio à saúde da família. A comunicação e a interligação entre a AB e rede secundária e terciária de assistência (que incluem hospitais) garantem esforços para melhorar a

coordenação de cuidados entre estes setores, garantindo melhoria nas condições de vida e nos indicadores de saúde da população (JONES et al., 2014).

A saúde individual pode representar um círculo virtuoso ou um círculo vicioso. Virtuoso porque tanto o apoio da rede ajuda a proteger a saúde das pessoas e vicioso porque tanto a doença afasta a pessoa de sua rede, quanto uma rede ausente piora as suas condições de saúde. O PSF cumpre parcialmente sua função de facilitar o acesso da população à assistência em saúde. As experiências de maior sucesso são aquelas em que o atendimento básico é capaz de prestar a assistência necessária sem auxílio externo (RIOS et al., 2016).

No atual cotidiano, os sistemas e serviços de saúde representam um investimento no bem-estar da família, no entanto, o retorno nesse investimento é diferente entre países distintos, pois muitas vezes é preciso balançar gastos, a cobertura, a qualidade e equidade de acordo com a economia do país e necessidades da população (MACKINO; MENDONÇA, 2018).

Segundo estes autores supracitados, a estratégia de saúde da família, que visa práticas de prevenção, promoção e assistência a saúde da família de forma longitudinal, gerou importante impacto saúde da população com melhor acesso e utilização de serviços, reduções importantes na morbimortalidade adulta para algumas condições de saúde sensíveis à atenção primária. A maior oferta e acesso a tratamentos associados a diminuição de desigualdades na saúde e maior eficiência no SUS devido à redução de hospitalizações desnecessárias e em outras áreas como melhoria na qualidade das estatísticas são citados também como grandes recursos garantidos pela ESF (MACKINO; MENDONÇA, 2018).

Mesmo diante de tantos avanços e pontos positivos, um estudo identificou várias dificuldades que ainda persistem na ESF, como acessibilidade, estrutura física precária, ineficiência na gestão, desorganização da rede de atenção à saúde e formação inadequada das

equipes. O sistema ainda possui inúmeros desafios a serem superados para garantir a universalidade na oferta de serviços e ações de saúde na Estratégia Saúde da Família. Além disso, urge que a Equidade realmente leve saúde a quem mais precisa, porém com qualidade, com dignidade dando condições adequadas aos seus prestadores de serviços (OLIVEIRA et al., 2019).

Tradicionalmente a assistência sempre foi caracterizada pelo modelo biomédico com foco na doença e a cura segundo interpretações biológicas. A relação médico-paciente era vertical. Ou seja, algo bem diferente da Estratégia "Saúde da Família" que modificou as considerações das dimensões subjetivas e sociais, tanto de profissionais quanto de usuários. Na nova conjuntura, os profissionais de saúde vêm construindo uma nova ética, que reconheça os serviços de saúde como espaços públicos guiado por valores humanitários, de solidariedade e reconhecimento de direitos de cidadania (FRANCO; MERTTY, 2003).

O paciente (ou seja, a família) se tornou o núcleo da produção em saúde. Dentro deste dinamismo, a acolhida dos saberes populares possibilita 'trocas' de conhecimentos em vista de uma saúde integral. Neste segmento, a comunidade que deve responsabilizar-se por sua própria saúde (JUNGES et al., 2011).

Para isso é preciso levar em consideração os costumes e aspectos culturais da comunidade atendida. Hoje em dia, a cultura é reconhecida como fator que interfere diretamente nos processos de saúde e doença, as representações dos usuários sobre o modo de enfrentar esse processo são essenciais para as práticas de cuidado. Logo, os profissionais reagem aos saberes sobre saúde que não são validados pelo conhecimento científico. (FRANCO; MERTHY, 2003; JUNGES et al., 2011).

A evolução dos programas implantados ao longo dos anos pelo ministério da saúde e pelos conselhos para as estratégias de saúde da família ajudaram a identificar as lacunas a serem preenchidas de modo prioritário. As políticas primárias de atenção à saúde no Canadá inspiraram a implantação da ESF no Brasil, mas ainda há

lacunas e saíões que dificultam o êxito do programa nacional (RIOS et al., 2016).

Os princípios propostos pelo SUS para o modelo do PSF seguem recomendações da OMS para o modelo de cuidado biopsicossocial da saúde fortalecendo o exercício da cidadania, mas isto só ocorre em tese. O PSF pode funcionar como mais um elemento de segregação social que envolve problemas como a incompreensão do papel do agente comunitário, limitações das equipes multiprofissionais, além dos problemas que refletem os problemas sociais brasileiros como as discriminações sobre responsabilidades do cuidado pelos gêneros e etnias e a distinção do cuidado às diferentes classes socioeconômicas (RIOS et al., 2016).

O diálogo entre saber popular e o reificado do conhecimento científico revela uma prática indispensável para a consecução dos objetivos da ESF. A estratégia consiste em valorizar os diferentes contextos e a realidade de cada sujeito assistido, abandonando a sobreposição única do conhecimento técnico-científico, mas implantando as práticas com atitudes de saúde em interação com a comunidade. A política pra a família é baseada em ações desverticalizadas com os profissionais posicionados frente as percepções e compreensões de saúde e doença da comunidade (JUNGES et al., 2011).

A atenção às subjetividades singulares de cada usuário são elementos desencadeantes do sucesso da relação equipe/usuário. Um estudo mostrou que apenas uma minoria valoriza e utiliza os conhecimentos populares como complementares aos conhecimentos científicos, acreditando que o tratamento, a promoção e a prevenção de saúde devem ser construídas a partir das concepções culturais da comunidade atendida. (JUNGES et al., 2011).

Estudos demonstram que um dos resultados mais importantes com o advento e evolução das políticas de assistência à saúde da família foi a redução da Mortalidade infantil, pois em 20 anos caiu 61,7%. Os resultados mostraram uma diferença de 52,04 mortes por mil nascimentos em 1990 para 19,88 por mil em

2010. A ampliação do acesso aos serviços de saúde, o aumento na cobertura do pré-natal, da vacinação, a melhoria das condições nutricionais e ambientais gerou melhorias sociais que impactaram na mortalidade infantil e morbimortalidade geral (COUNTDOWN WORKING GROUP ON HEALTH POLICY AND HEALTH SYSTEMS, 2008; RASELLA et al., 2010).

Estudos consistentes identificaram um impacto significativo na redução das taxas de mortalidade infantil, principalmente nos municípios com ESF consolidada (GUANAIS; MACINKO, 2009; CARNEIRO; OLIVEIRA, 2016; BRENTANI et al., 2016). Um fato interessante é que estes estudos ratificam a importância do aumento da cobertura da ESF. Quando avaliado um aumento correspondente a 10%, impacta na redução na mortalidade infantil entre 0,4% e 4,6%, sendo estes números variáveis a depender do período analisado, do estado, microrregião ou município (RASELLA et al., 2013; CARNEIRO; OLIVEIRA, 2016; BRENTANI et al., 2016).

OS DESAFIOS PARA CONSOLIDAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dar assistência integral a família implica em compreender o processo saúde doença e os determinantes sociais que estão interligados a este processo. Ou seja, é olhar para a saúde com base nas relações sociais, na história de organização, no modelo cultural e nas demais especificidades de cada sociedade. Neste contexto, o ESF busca romper a valorização do modelo de assistência centrado em médicos e hospitais. Essa problematização tem despertado diversos debates e fomentando pesquisas científicas todos os anos (FARIA, 2010).

Nos 80 poucos municípios brasileiros prestavam serviços de saúde, geralmente apenas serviços de urgência, ficando importante parcela da população descoberta, tratada como indigente. A assistência médica do Seguro Social prestava serviços de pronto atendimento e atenção ambulatorial, e os s

trabalhadores rurais eram parcialmente cobertos pelo FUNRURAL, demonstrando um limitado acesso a saúde por grupos específicos. As edições mais recentes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2011 e a de 2017 aprimoraram a ESF, mas ainda persistem muitas lacunas e falhas. (PINTO, GIOVANELLA, 2018).

Uma destas falhas é a persistente lacuna no exercício da Universalidade. Um dos caminhos para atingir a cobertura universal ainda é o foco na qualificação da atenção primária à saúde (APS), potencializando os esforços dos países no sentido de fortalecer os sistemas de saúde. É preciso uma saúde a família que permita acesso oportuno de todas as pessoas aos bens e serviços de saúde, sem distinção e conforme as necessidades em saúde (KEMPER, 2018).

A saúde da família fundamental para o desenvolvimento individual, pois e as melhores condições de saúde deste núcleo familiar promove ao indivíduo uma maior independência. Como a saúde não pode ser vista apenas como ausência de doença, a promoção de políticas focadas na saúde da família garante uma melhor capacidade para realização de atividades básicas do dia a dia (MITCHELL; ROBERTS; BARTON, 2017). Além disso, construir ações de prevenção e proteção específica se torna mais visável e mais barato para os cofres públicos, pois a ausência de saúde na população gera problemas com repercussão a longo prazo e pior desempenho macroeconômico (BLOOM DE; CANNING D; SEVILLA, 2004).

Vale salientar que os profissionais de atenção básica demonstraram insatisfação quanto a estrutura da ESF bem como a execução de seu papel diante deste paradigma. Os Uma pesquisa feita com enfermeiros mostrou insatisfação da amostra quanto à estrutura das USF, muitas vezes deficientes e precárias. Ou seja, muitas vezes os recursos podem estar passando por má utilização. A insatisfação também foi evidenciada quanto à cobertura da ESF que não abrange totalmente o território proposto. Fatores como estes podem

dificuldade a efetividade dos resultados esperados (BORGES; SANTOS. FISCHER, 2019).

Existem avanços no tocante a consolidação do SUS através da ESF, que são visíveis aos profissionais, tais como menor mortalidade infantil, redução de gravidez na adolescência, melhor qualidade de vida para grupos especiais como hipertensos e diabéticos, além da melhoria de outros indicadores de saúde do município. Por outro lado, existem desafios e impasses que precisam ser trabalhados para que se consiga chegar de fato a todos os princípios do SUS, que só será possível através de uma ESF totalmente consolidada, estruturada. É fundamental promover uma reflexão sobre o seu contexto geral e os desafios a serem alcançados para que essa prática de atenção à saúde se concretize. (BORGES; SANTOS. FISCHER, 2019).

As práticas em saúde precisam estar alinhadas com a vida em sociedade e hoje em dia está focada no acompanhamento longitudinal da família, mesmo diante de diferentes destaques e variadas formas com que as sociedades procuraram resolvê-los. As mudanças e as transformações políticas e social no cenário nacional modificaram o entendimento e condução do processo saúde-doença passou a considerar que o "ponto chave" está na focalização da saúde da família. Entretanto é importante demonstrar que muitos usuários do sistema ainda estão focados no modelo de atenção centrado no médico (ADRIANO, 2007; OLIVEIRA et al., 2019).

O conhecimento sobre a Estratégia ainda não está difundido em toda população, pois ainda prevalece o modelo cultural da comunidade focado no médico. Os profissionais não relacionaram, nem executam a essência real da Estratégia, ou seja, promoção e prevenção à saúde da comunidade de forma a atender o indivíduo, família e sociedade (BORGES; SANTOS. FISCHER, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema e os serviços de saúde no Brasil representam um investimento significativo e um marco

crucial na garantia dos direitos, cidadania e bem-estar das famílias. Contudo, o retorno desse investimento varia entre diferentes países, demandando uma avaliação cuidadosa dos gastos, cobertura, qualidade e equidade, ajustados à realidade econômica e às necessidades da população.

Os mapeamentos e as políticas de vigilância em saúde desempenham um papel essencial ao assegurar a atualização dos indicadores de saúde da família. Esses indicadores orientam a alocação de recursos e fornecem subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes.

A estratégia de saúde da família no Brasil se destacou pela implementação de práticas abrangentes de prevenção, promoção e assistência à saúde familiar ao longo do tempo. Essa abordagem tem gerado impactos positivos notáveis na saúde da população, promovendo um acesso mais amplo e eficiente aos serviços de saúde e contribuindo para reduções significativas em indicadores sensíveis à atenção primária.

Entre as conquistas notáveis, destacam-se a expansão do acesso a tratamentos, a redução das disparidades na saúde da população, a promoção da equidade e a maior eficiência do Sistema Único de Saúde (SUS) devido à diminuição das hospitalizações. Ao longo dos anos, estudos têm confirmado consistentemente a diminuição nas taxas de mortalidade infantil, a redução da gravidez na adolescência e a melhoria da qualidade de vida para grupos específicos, como hipertensos e diabéticos, contribuindo, assim, para o aprimoramento geral dos indicadores de saúde nos municípios atendidos pela estratégia.

REFERÊNCIAS

ADRIANO, J. O. **Plantão Social na Atenção Básica à Saúde: um estudo aproximativo sobre a prática profissional**. 2007. 94 p. Trabalho de Conclusão de Curso (bacharel em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina.

ALFRADIQUE, M. E.; BONOLO, P. F.; DOURADO, I.; et al. **Ambulatory care sensitive hospitalizations: elaboration**

of Brazilian list as a tool for measuring health system performance (Project ICSAP--Brazil). *Cad. Saude Publica*, 2009; 25(6):1337-49.

BITTON, A.; RATCLIFFE, H. L.; VEILLARD, J. H.; et al. **Primary Health Care as a Foundation for Strengthening Health Systems in Low- and Middle-Income Countries.** *J Gen Intern Med*, 2017; 32(5):566-71.

BLOOM, D. E.; CANNING, D.; SEVILLA, J. **The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach.** *World Development*, 2004; 32(1):1-13.

BORGES, N. S.; SANTOS, A. S.; FISCHER, L. **A. Estratégia de Saúde da Família: Impasses e desafios atuais.** *Saúde em Redes*, v.5 n.1, p.20-40, 2019.

BRENTANI, A.; GRISI, S.; TANIGUCHI, M. T.; et al. **Rollout of community-based family health strategy (programa de saude de familia) is associated with large reductions in neonatal mortality in Sao Paulo, Brazil.** *SSM Popul Health*, 2016; 2:55-61.

CARNEIRO, V. B.; OLIVEIRA, P. T. R.; BASTOS, M. S. C. B.; et al. **Avaliação da mortalidade e internações por condição sensível à atenção primária em menores de 5 anos, antes e durante o programa mais médicos, no Marajó-Pará-Brasil.** *Saúde em Redes*, 2016; 2(4):360-71.

CECILIO, L. C. O. **Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde.** *Interface (Botucatu)*. Vol.15, n.37, pp.589-599. 2011.

COUNTDOWN WORKING GROUP ON HEALTH POLICY AND HEALTH SYSTEMS. **Assessment of the health system and policy environment as a critical complement to tracking intervention coverage for maternal, newborn, and child health.** *Lancet*, 2008; 371(9620):1284-93.

FARIA, H. P.; et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde.** Núcleo de Educação em Saúde Coleva da Faculdade de Medicina/UFMG (Nescon), 2ª edição. Belo Horizonte, 2010.

FIGUEIREDO, E. N. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos.** São Paulo: UNIFESP, 2012. Florianópolis.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, organizador. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano** São Paulo: Editora Hucitec; 2003.

GIL, C. R. R. **Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro.** *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

JUNGES, J. R.; et al. **Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes?.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 11, p. 4327-4335, nov. 2011.

MACINKO, J.; GUANAIS, F.; SOUZA, F. **An Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002.** *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006; 60:13-9.

MENDES, I. A. C. **Desenvolvimento e saúde: A declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 447-448. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Guia prático do Programa de Saúde da Família.** Brasília, DF; 2001.

MITCHELL, P. M.; ROBERTS, T. E.; BARTON, P. M.; et al. Applications of the Capability Approach in the Health Field: A Literature Review. *Soc Indic Res.* 2017; 133(1):345-71.

OLIVEIRA, A. M.; LUCENA, B. A.; MOURA, F. S. et al. A, v.19, n.5, p. 131-141, 2019.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).** *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1903-1913, 2018.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M. L. **Reducing Childhood Mortality From Diarrhea and Lower Respiratory Tract Infections in Brazil.** *Pediatrics.* 2010; 126(3):e534-40.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Reducing Childhood Mortality From Diarrhea and Lower Respiratory Tract Infections in Brazil. *Pediatrics.* 2010; 126.