

PAULO RENATO DA SILVA, MARIO AYALA
FABRICIO PEREIRA DA SILVA , FERNANDO JOSÉ MARTINS
(COMPILADORES)

LUTAS, EXPERIÊNCIAS E DEBATES NA AMÉRICA LATINA

Anais das IV Jornadas Internacionais de Problemas Latino-Americanos

Foz do Iguaçu
Imago Mundi / PPG - IELA UNILA
2015

O papel dos serviços de atenção primária à saúde no enfrentamento da pobreza: uma análise preliminar dos municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná - Brasil

Denise Rissato, (UERJ¹⁴²/UNIOESTE; denise.rissato@hotmail.com); Marcos Augusto Moraes Arcoverde, (UNIOESTE; marcos.arcoverde2013@gmail.com)

Resumo: Apesar da Constituição Federal do Brasil de 1988 ter instituído formalmente que o acesso à saúde é um direito de todos e um dever do Estado, isso não foi suficiente para assegurar o atendimento primário de saúde a toda a população. Na década de 1990, no ápice do neoliberalismo, verificou-se um agravamento da questão social e da pobreza, sobretudo nos países periféricos que passaram a adotar Políticas de Transferência de Renda dirigidas às populações extremamente pobres, quase sempre condicionadas à educação, saúde e assistência social. No Brasil, foi implementado o Programa Bolsa Família. Assim, pretende-se nesse trabalho, a partir de uma pesquisa documental e bibliográfica, analisar os indicadores de atenção primária à saúde aos beneficiários do Programa Bolsa Família, nos municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná-Brasil. Considerando que o Sistema único de Saúde é universal, entende-se que a cobertura da população total é baixa, contudo, se considerarmos apenas a população pobre perfil bolsa família, observa-se que a cobertura é maior, indicando que as famílias pobres tem tido maior acesso aos serviços básicos de saúde. Por fim, destaca-se que a expansão da cobertura da atenção primária somente será possível mediante a ampliação do número de equipes de saúde da família.

Introdução

As políticas e reformas neoliberais implementadas, a partir da década 1970, para o enfrentamento das recorrentes e profundas crises estruturais do modo de produção capitalista ampliaram, continuamente, as desigualdades sociais e as disparidades de renda dentro das nações e entre elas, produzindo um quadro social marcado pela pobreza e miséria em todo o planeta, sobretudo, nos países em desenvolvimento.

¹⁴² Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Bolsista da Faperj – Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro.

Nos anos 1990, quando o neoliberalismo ainda encontrava-se em franca expansão, a pobreza já atingia um contingente populacional mundial sem precedentes, colocando a questão no centro dos debates políticos e acadêmicos. No meio acadêmico difundiu-se e consolidou-se o entendimento de que a pobreza é um fenômeno cultural e multidimensional que não decorre apenas da insuficiência de renda, mas também de outros tipos de privações (tais como o não acesso aos direitos fundamentais, a negligência do Estado, o envelhecimento desamparado, entre outros), que se manifesta de diversos modos e assume diferentes faces e dimensões, reproduzindo-se e perpetuando-se historicamente (CONNELL, 2000; SEN, 2010). No âmbito político, sob a direção hegemônica do grande capital, o Banco Mundial e os Organismos Internacionais Multilaterais passaram a orientar e a recomendar, aos países dependentes, políticas públicas de enfrentamento à pobreza extrema (MOTTA, 2008).

Para fazer frente a esse quadro social marcado pela precarização das condições e das relações de trabalho e pela intensa concentração da renda e da riqueza e numa tentativa de romper com esse processo cíclico de reprodução da pobreza, entendida não apenas como insuficiência de renda, de um modo geral, os países periféricos passaram a implementar Políticas de Transferência de Renda vinculadas ao acesso aos serviços públicos elementares de direito, tais como a educação e a saúde (CONNELL, 2000).

Naquele contexto, no Brasil, foram implementados vários programas sociais destinados às populações pobres¹⁴³, a partir da segunda metade dos anos 1990, dentre eles três eram condicionados à educação: o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (1996), o Bolsa-Escola (2001) e o Programa Bolsa-Alimentação (2001). Em 2003, foi implementado o Programa Bolsa Família (PBF), que substituiu o Bolsa-Escola e o Bolsa-Alimentação e incorporou o PETI. Dentre as principais mudanças decorrentes da criação do PBF podemos citar a consolidação e o aperfeiçoamento do sistema de Cadastro Único para programas sociais do governo federal, os ajustes nos critérios de focalização, a expansão da cobertura populacional, a ampliação de condicionalidades e o aprimoramento do sistema de gestão, informação, pagamento e controle social.

¹⁴³ Dentre eles podem ser mencionados: o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti), o Programa Bolsa Escola e o Programa Bolsa Alimentação, eram transferências de renda condicionadas a ações da família em prol de sua educação, além outros dois que eram de transferência não condicionada: o Auxílio Gás e o Programa Nacional de Acesso à Alimentação (PNAA), conhecido como Cartão Alimentação.

Cabe ressaltar que, no que diz respeito às condicionalidades, o PBF ampliou as exigências de contrapartida das famílias pobres e extremamente pobres contempladas pela transferência de renda. Além da frequência escolar de crianças e adolescentes entre 0 e 17 anos de idade, o programa também instituiu condicionalidades na área da saúde, passando a exigir que as famílias beneficiárias frequentem regularmente as Unidades Básicas de Saúde para o acompanhamento da saúde materno-infantil (avaliação de desenvolvimento e estado vacinal dessas crianças menores de 2 anos, à realização do pré-natal e de acompanhamento de nutrizes). Na área da assistência social, passou a ser exigida a participação das famílias em atividades sócio-educativas, normalmente, dirigidas às famílias das crianças e adolescentes vinculados ao PETI.

Ao estudar sobre os Programas de Transferência de Renda Condicionada nos deparamos com o seguinte questionamento: em que medida que esse tipo de política social contribui para ampliar o acesso das populações pobres e extremamente pobres, historicamente excluídas, ao atendimento básico de saúde? Afinal, apesar da previsão constitucional de que a saúde é um direito de todos e de o Sistema Único da Saúde ter sido criado com a pretensão de universalizar o acesso à saúde no Brasil, sabe-se que, na prática, o sistema ainda não está estruturado e equipado para atender a toda a população. Além disso, entende-se que a situação de pobreza e miséria, na qual vive grande parte da população brasileira, resulta da distribuição desigual da riqueza socialmente produzida, expressa não apenas pela insuficiência de renda, mas também pelo não acesso aos direitos sociais elementares como saúde, educação, moradia, emprego, informação, etc. Acredita-se que, especialmente, as populações extremamente pobres (indigentes) que, historicamente, foram invisíveis para o Estado, acostumadas a essa indiferença, de certo modo, tornaram-se incapazes de buscar por si próprias os seus direitos. Desse modo, entende-se que localizar e identificar essas populações é o primeiro passo que deve ser dado pelo Estado, caso se pretenda resgatar a dívida social histórica com essas populações.

Diante disso, neste trabalho buscou-se discutir, especificamente, a partir de uma pesquisa documental e bibliográfica, o papel atribuído e desempenhado pela Atenção Básica em Saúde, junto as populações pobres e extremamente pobres nos municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná¹⁴⁴-Brasil. Para isso, serão analisados os indicadores de cobertura da atenção básica à saúde,

¹⁴⁴ Para organizar a gestão da assistência à saúde no estado do Paraná, a Secretaria de Estado de Saúde (SESA) divide seus 399 municípios em 22 regiões administrativas. Assim, cada uma dessas regiões possui um núcleo administrativo, que é a Regional de Saúde. A 9ª Regional de Saúde corresponde à região de Foz do Iguaçu, é sediada no mesmo mu-

bem como, a cobertura das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família pelos serviços de atenção básica à saúde. Cabe acrescentar que enquanto a cobertura da Atenção Básica nos indica a capacidade instalada para o atendimento da população, a cobertura do Acompanhamento de Condiionalidades do PBF na Saúde refere-se ao número de famílias beneficiárias (pobres e extremamente pobres) que foram acompanhadas pelas equipes de Atenção Básica.

1. Seguridade Pública e Saúde no Brasil: um breve retrospecto histórico

Os marcos iniciais de constituição de um sistema de proteção social no Brasil situam-se na década de 1930 e início dos anos 1940. O período foi marcado por grandes transformações socioeconômicas, com destaque tanto para a passagem do modelo de desenvolvimento agroexportador para o modelo urbano-industrial quanto por mudanças significativas nas funções do Estado, que passou a assumir, mais extensivamente, a regulação e a provisão direta de serviços sociais como a educação, saúde, previdência, habitação, saneamento, etc (SILVA, YASBEK E GIOVANNI, 2011). Vale destacar que, apesar de não podermos falar de uma “sociedade salarial” nos moldes daquela que se constituiu na Europa, a partir da década de 1930, e a qual se refere Castel (2010) em seu livro “As metamorfoses da questão social”, naquela época ter carteira de trabalho assinada era a condição necessária para ter acesso aos serviços elementares, hoje entendidos como direitos universais.

Durante os governos militares, de acordo com Silva, Yasbek e Giovanni (2011), de um modo geral, o “sistema de proteção social”, implementado nas décadas de 1930 e 1940, consolidou-se, funcionando como uma forma de “compensação” pela forte repressão aos movimentos sociais. Na área da saúde, mais especificamente, assistiu-se a instauração do grande capital e a adoção de modelos de gestão pública que privilegiaram a consolidação e o fortalecimento de uma “economia privada de saúde” voltada, prioritariamente, à saúde curativa em detrimento da promoção da saúde e da prevenção.

BUSS e CARVALHO (2009) destacam que os marcos legais e institucionais da saúde preventiva, no Brasil, são da década de 1980, quando, no contexto da redemocratização do país, veri-

nicípio. A 9ª Regional de Saúde é formada por 9 municípios, a saber: Foz do Iguaçu, Itaipulândia, Matelândia, Medianeira, Missal, Ramilândia, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu.

ficou-se a rearticulação de diferentes segmentos da sociedade brasileira, que se reorganizou em novos movimentos sociais que se mobilizaram em favor do resgate da dívida social histórica, mediante a ampliação dos direitos sociais. Mais especificamente no âmbito da saúde, Bravo (2006) ressalta que ganharam força os debates sobre a concepção de saúde como direito social universal e dever do Estado; a criação de um sistema unificado de saúde voltado para a saúde coletiva e preventiva, a descentralização do processo decisório para as esferas estaduais e municipais, o financiamento público e a democratização do poder local por meio dos Conselhos Municipais de Saúde.

Ainda, pode-se destacar a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, com a participação de profissionais, gestores e cidadãos de todo o país, que propôs as bases do que veio a ser denominado de “reforma sanitária brasileira” e que fundamentou os conceitos centrais de “promoção da saúde”, posteriormente, incorporados pela Constituição Federal do Brasil de 1988, que instituiu um “novo sistema de proteção social pautado na concepção de Seguridade Social que universaliza os direitos sociais concebendo a Saúde, Assistência Social e Previdência como questão pública, de responsabilidade do Estado” (BRAVO, 2006, p. 1).

Cabe ressaltar que além da forte mobilização social e da organização de grupos que lutavam em favor da reforma sanitária brasileira, também participaram intensamente da Assembléia Constituinte, no âmbito da saúde, grupos empresariais liderados pela Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e pela Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais) que buscavam preservar seus interesses. O texto constitucional, com relação à Saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitarista, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica (BRAVO, 2006).

Convém destacar que a Constituição Federal de 1988 (CF/1988) trouxe importantes avanços para o setor da saúde, dedicando-lhe uma seção exclusiva, compreendida em seus artigos 196 a 200, pondo fim ao ‘modelo de cidadania regulada’ (SANTOS, 1987), reconhecendo a saúde como um direito universal, igualitário e solidário e criando um sistema unificado de saúde, orientado pelas diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da participação popular (BRASIL, 1988).

Em seu artigo 198, a CF/1988 explicita a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), composto por unidades subordinadas e hierarquizadas, prevendo desde ações de atendimento básico à saúde até intervenções de alta complexidade, que foi posteriormente regulamentado pela Lei

Orgânica da Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1988). É importante acrescentar que no modelo assistencial anterior, o foco da atenção à saúde dava-se no ambiente médico-hospitalar, enquanto no novo modelo em vigor a partir de 1988, a porta de entrada para o atendimento à saúde são as unidades de atenção básica, equipadas com profissionais da saúde generalistas e multidisciplinares que atuam na promoção da saúde, prevenção, identificação e tratamento de doenças e seus agravos, em um âmbito primário. Cabe acrescentar que, segundo o Ministério da Saúde (MS), o serviço de atenção primária à saúde é realizado em unidades básicas de saúde, por equipes multiprofissionais, constituídas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (MS/DAB, 2014a).

Assim, diante da necessidade de ampliar os serviços de atenção básica, preconizados pela nova legislação, em 1992, inicia-se o primeiro programa, conhecido como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), visando implementar ações de acompanhamento básico de saúde junto às populações pobres, com o objetivo fundamental de reduzir a mortalidade materno-infantil. Em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), depois transformado em uma ação pública estruturada que passou a operar como uma política pública voltada à universalização do acesso à saúde enquanto bem social e de direito (PEREIRA *et al*, 2005).

Com isso, a partir da segunda metade dos anos 1990, verifica-se uma expansão da Atenção Básica de Saúde, na medida em que o Estado avança na reorganização da lógica assistencial prevista pelo Sistema Único de Saúde. Cabe acrescentar que, a partir de 1997, esse processo se intensifica com a consolidação do PSF.

O referido programa foi formulado e implementado pelo Ministério da Saúde, como uma “estratégia” de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, com vistas a promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade (BUSS e CARVALHO, 2009).

Contudo, cabe ressaltar que paralelamente a este processo, ao longo da década de 1990, ocorreu no Brasil a implementação de reformas e políticas econômicas neoliberais que promoveram uma redução do aparelho estatal e dos gastos e investimentos públicos na área social.

A drástica redução das ações e investimentos públicos na área social aliada aos efeitos da política econômica recessiva sobre o emprego e a renda produziu um esfacelamento daquela sociedade – na qual “ser um trabalhador” representava a possibilidade de integração à vida social, na

medida em que “o emprego com carteira assinada” atribuía aos indivíduos o status “de alguém que tem funções e é útil” no meio em que vivia e que, por isso mesmo, tinha direito a um conjunto de proteções sociais vinculadas ao regime salarial. Essa realidade potencializou o processo de acumulação do capital e a concentração de poder econômico e político, produzindo o empobrecimento e a exclusão das parcelas mais pobres da sociedade.

Cabe ressaltar que apesar dos avanços sociais conquistados e incorporados à Constituição Federal do Brasil de 1988, as populações mais pobres permaneceram excluídas do acesso e do usufruto dos bens e serviços sociais e de direito. Inclusive, no caso específico da saúde, que foi declarada “direito de todos e dever do Estado”, a garantia constitucional não foi suficiente para assegurar o atendimento de saúde necessário a toda a população.

De acordo do Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, em 1998, o PSF contava com 2.054 equipes, que atendiam 4,40% da população brasileira, o que correspondia a um pouco mais que 7 milhões de pessoas. Em 2013, exatamente 15 anos depois, o programa contava com 34.715 equipes, que atendiam 56,37%% da população nacional, atingindo aproximadamente 109,3 milhões de pessoas (MS/DAB, 2014a).

Esses dados revelam um grande déficit no atendimento da saúde básica no Brasil. Não se trata de negar os avanços, mas de reconhecer que o projeto neoliberal adotado no Brasil, sobretudo a partir dos anos 1990, contribuiu para reduzir os gastos e investimentos públicos diretos em saúde e para aumentar as transferências de recursos do Estado para prestadores de serviços terceirizados, sobretudo, em média e alta complexidade (MENDES e MARQUES, 2014).

Concomitantemente, a esse processo de “privatização” dos serviços de saúde da média e alta complexidade, percebe-se um aumento do financiamento direto dos programas e políticas voltadas à Atenção Básica tais como a PSF e o PACS. Isso significa que, a princípio, o Estado passa a gerir prioritariamente a saúde básica, com o dever de universalizar o seu acesso, enquanto a iniciativa privada amplia sua participação na oferta de serviços especializados e de alto custo para o usuário, reforçando, desse modo, um modelo de saúde pública dual que interessa mais ao capital do que à sociedade como um todo. Com isso, a população pobre que, teoricamente, passa a ter direito aos serviços de saúde, recebe atendimento mínimo, muitas vezes, precarizado, tendo em vista que os recursos destinados à atenção básica, pelo Estado, estão muito aquém da real necessidade da população. Enfim, os dados do Ministério da Saúde apresentados acima, demonstram que

o Estado brasileiro, depois de 25 anos da promulgação da CF/88, ainda não tem conseguido assegurar o acesso universal nem mesmo aos serviços de saúde mais elementares.

2. Alguns indicadores da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da pobreza nos municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, ocorreu uma importante redução do percentual da população vivendo em situação de pobreza e extrema pobreza nos municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná, entre 2000 e 2010. Como é possível observar na Tabela 1, em 2000, em média, 40,63% da população da regional vivia em situação de pobreza, sendo que desta população, aproximadamente, 17,2% vivia em situação de indigência. Dez anos depois, verifica-se que a população pobre nos referidos municípios reduziu-se, significativamente, chegando, em média, a 24,13% da população da 9ª Regional. Percebe-se ainda que a população indigente caiu em torno de 50%, chegando a pouco mais de 8% da população total da região analisada (MS/DATASUS, 2014b).

Tabela 1. População total, população pobre e população extremamente pobres nos municípios da 9ª Regional de Saúde em 2000 e 2010.

Regional de Saúde/ de/Município	População Total	População Pobre		População Extremamente Pobre	
		Em 2000	Número	%	Número
Foz do Iguaçu	258.543	97.496	38,71	42.452	16,42
Itaipulândia	6.836	3.431	50,19	1.485	21,41
Matelândia	14.344	6.413	44,71	2.883	20,1
Medianeira	37.827	14.079	37,22	4.721	12,48
Missal	10.433	4.850	46,49	1.982	19
Ramilândia	3.868	2.916	75,38	1.536	39,7

Santa Terezinha de Itaipu	18.368	7.639	41,59	3.655	19,9
São Miguel do Iguaçu	24.432	12.604	51,59	5.785	23,68
Serranópolis do Iguaçu	4.740	2.345	49,48	915	19,31
Total	379.391	154.146	40,63	65.255	17,2

Regional de Saúde/Município	População Total	População Pobre		População Extremamente Pobre	
		Em 2010	Número	%	Número
Foz do Iguaçu	256.088	65.302	25,5	24.866	9,71
Itaipulândia	9.026	1.992	22,07	446	4,94
Matelândia	16.078	3.672	22,84	1.174	7,3
Medianeira	41.817	5.436	13,0	1.581	3,78
Missal	10.474	2.456	23,45	1.108	10,58
Ramilândia	4.134	1.826	44,17	823	19,91
Santa Terezinha de Itaipu	20.841	4.973	23,86	1.657	7,95
São Miguel do Iguaçu	25.769	7.581	29,42	2.904	11,27
Serranópolis do Iguaçu	4.568	560	12,25	118	2,59
Total	388.795	93.816	24,13	34.677	8,92

Fonte: Tabela elaborada pelos autores a partir de dados extraídos do Ministério da Saúde - DATASUS (2014b).

Acredita-se que essa redução da pobre e da extrema pobreza, em todos os municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná, deveu-se a vários fatores, dentre os quais destacam-se a expansão

do mercado de trabalho, a política salarial que corrige o salário mínimo acima da taxa de inflação, o que tem permitido aos trabalhadores acumularem ganhos reais na renda e no poder de compra além das políticas sociais de transferência de renda que, além de proporcionarem um alívio imediato das privações básicas, também propiciam melhorias na qualidade de vida dessas populações extremamente pobres a medida que as mesmas passam a ter acesso a direitos sociais elementares como educação, atendimento básico à saúde, orientação e encaminhamento profissional, moradia, emprego, etc.

Tabela 2. Cobertura das equipes da Atenção Básica à Saúde, por município, na 9ª Regional de Saúde no período de 1998-2013.

Município	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Foz do Iguaçu	0,03	4,15	13,50	6,56	6,09	6,59	3,72	14,39
Itaipulândia	-	-	-	-	-	47,47	79,73	121,5
Matelândia	22,16	34,84	88,36	94,44	95,16	98,53	100,4	105,6
Medianeira	0,01	5,25	14,45	15,02	40,40	40,42	31,00	23,34
Missal	-	-	-	23,49	39,54	39,65	41,11	36,01
Ramilândia	-	5,83	68,67	68,36	84,73	91,11	97,63	96,19
Santa Terezinha de Itaipu	-	-	-	47,84	46,97	45,98	48,31	46,53
São Miguel do Iguaçu	-	-	-	-	-	0,41	18,52	54,41
Serranópolis do Iguaçu	22,69	22,56	34,96	75,47	83,07	83,33	87,24	87,81
Média da Região	1,15	5,00	15,12	14,03	16,74	18,02	17,11	26,62
Município	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013

Foz do Iguaçu	23,1	38,5	47,56	43,23	48,9	53,89	56,27	41,82
Itaipulândia	124,2	175,4	100,0	100,0	96,27	99,71	65,25	100,0
Matelândia	120,5	108,0	80,62	74,74	74,00	74,64	74,02	84,46
Medianeira	39,79	33,06	37,09	37,78	37,63	35,87	35,61	40,66
Missal	38,94	46,53	57,26	55,87	83,64	85,93	85,89	98,75
Ramilândia	99,40	90,97	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Santa Terezinha de Itaipu	45,63	53,19	41,89	44,22	43,82	43,18	42,79	48,79
São Miguel do Iguaçu	62,57	33,61	54,41	57,07	45,37	69,85	57,98	66,42
Serranópolis do Iguaçu	88,17	88,90	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Média da Região	35,26	44,71	50,29	47,28	51,14	56,25	56,15	75,65

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS (2014b)

Segundo dados do Ministério da Saúde, entre os anos 1998 e 2013, observam-se realidades bem diversas no que diz respeito a cobertura das equipes de atenção primária a saúde nos municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná. Apenas dois municípios com menos de cinco mil habitantes (Ramilândia e Serranópolis do Iguaçu) atingiram e mantiveram 100% de cobertura dos serviços de atenção primária à saúde, garantido, pelo menos teoricamente, o acesso e o atendimento à saúde, em nível de atenção básica, a toda a sua população (TABELA 2). O Ministério da Saúde recomenda uma equipe para cada 4.500 habitantes. Isso, a princípio, significa que esses municípios, possivelmente, necessitem de apenas uma equipe de atenção básica para atender tal recomendação do Ministério da Saúde (MS/DATASUS, 2014b).

Contudo, essa não é a realidade de todos os demais municípios. Com exceção dos municípios de Foz do Iguaçu e Missal que expandiram a cobertura das equipes de atenção básica, praticamente, durante todos os anos do período analisado, os demais municípios tiveram seus percentuais de cobertura de suas equipes oscilando de um ano para outro, com uma tendência à queda no

período de 2008 a 2012, apesar de alguns desses municípios terem apresentado uma elevação desse indicador no ano de 2013.

No entanto, o que mais chama a atenção são os casos dos municípios de Itaipulândia e de Matelândia que já tiveram uma cobertura de mais de 100% da sua população pelas equipes da atenção básica, indicando que o município mantinha mais equipes ou profissionais do que o necessário para atender a toda a sua população, segundo os critérios do Ministério da Saúde, mas que apresentaram uma drástica redução desse percentual a partir do final dos anos 2000. Conforme pode-se observar, os dois municípios chegaram ao ano de 2012 com uma cobertura de pouco mais de 65% da população em Itaipulândia e de 74% da população em Matelândia (TABELA 2), refletindo que o crescimento populacional não foi acompanhado de uma expansão do número de equipes de atenção básica ou, então, que as equipes foram desfalcadas em relação a algum dos profissionais da equipe mínima, em decorrência da falta de profissionais na região ou da falta de contratação dos mesmos, seja por insuficiência de recursos ou por ingerência municipal da demanda pública voltada à saúde. Cabe salientar que tanto Itaipulândia quanto Matelândia apresentaram um aumento da cobertura da Atenção Básica em Saúde no ano de 2013.

É necessário mencionar que, em 2013, foram criados dois programas federais para melhorar o atendimento na atenção básica. Um deles, o Programa Mais Médicos, que prevê a ampliação de médicos na atenção básica, recursos financeiros adicionais para os municípios que aderirem ao programa e a ampliação dos cursos de medicina a nível nacional. O outro, denominado Programa de Valorização Profissional da Atenção Básica – PROVAB, que tem como objetivo levar médicos, enfermeiros e dentistas para municípios que tenham dificuldade para contratar esses profissionais (MS/DAB, 2014a). Vale lembrar que esses dois programas federais podem ter contribuído para que os municípios analisados voltassem a ampliar a cobertura da Atenção Básica à Saúde, no ano de 2013.

Relembrando que o objetivo deste estudo é discutir o papel atribuído e desempenhado pela Atenção Básica à Saúde no enfrentamento da pobreza e da extrema pobreza e considerando que as equipes de atenção básica atuam na localização, no cadastramento, na visitação e no acompanhamento de famílias, tanto nas Unidades Básicas de Saúde quanto nos domicílios, entende-se que um importante indicador da atuação das equipes de atenção básica junto às populações pobres e extremamente pobres é a cobertura de acompanhamento das condicionalidades em saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. Conforme já foi mencionado nesse trabalho, o Bolsa

Família é um programa de transferência direta de renda às famílias pobres e extremamente, condicionado à educação, à saúde e à assistência social.

No âmbito da saúde, o programa tem como objetivo assegurar um acompanhamento básico da saúde materno-infantil dessas populações, por entender que essa é uma condição essencial para superar a miséria e a pobreza, uma vez que a Atenção Básica à Saúde atua não apenas no diagnóstico e tratamento de doenças mas, especialmente, prevenção do adoecimento e na educação elementar dessas populações extremamente pobres. Se por um lado, a condicionalidade impõe ao Estado a obrigação de ofertar esse atendimento, por outro lado, também atribui responsabilidade as famílias que devem demandar esse atendimento, dirigindo-se à Unidades Básicas de Saúde para fazer pré-natal e acompanhamento vacinal e nutricional das crianças beneficiárias pelo programa, sob pena de ter a suspensão e, até mesmo, o cancelamento do benefício.

De acordo com os dados do MS/DATASUS (2014b), apresentados na Tabela 3, de um modo geral, os municípios têm aumentado ano após ano, o acompanhamento das condicionalidades da saúde junto famílias beneficiárias.

Ao relacionar a cobertura da Atenção Básica com o indicador de acompanhamento das condicionalidades em saúde do PBF, é possível verificar que, em alguns casos, apesar de uma alta cobertura da Atenção Básica ocorreu baixo acompanhamento da saúde das populações pobres e extremamente pobres. Isso, de certo modo, revela que a simples existência de equipes não garante o atendimento a esses grupos vulneráveis, requerendo um comprometimento dos profissionais envolvidos e da gestão local para que a capacidade instalada se transforme efetivamente em atendimento. Cabe mencionar que, em alguns municípios, o aumento da cobertura da Atenção Básica refletiu diretamente em maiores índices de acompanhamento de saúde das populações beneficiárias do PBF.

Tabela 3. Cobertura de Acompanhamento das Condicionalidades em Saúde do PBF, nos municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná, no período de 2007 a 2012.

Município	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Foz do Iguaçu	53,9	72,94	70,35	76,31	79,42	94,68	81,2
	0						
Itaipulândia	29,4	51,24	67,44	73,57	77,42	56,88	72,82

	3						
Matelândia	92,9	54,82	76,27	63,49	61,09	86,13	91,59
	2						
Medianeira	71,2	78,12	73,06	78,38	81,37	72,48	83,54
	1						
Missal	34,4	41,39	54,84	75,42	78,71	81,51	85,84
	6						
Ramilândia	27,0	57,14	92,17	89,56	88,83	94,22	92,88
	8						
Santa Terezinha de Itaipu	43,1	63,10	59,05	85,89	85,64	95,35	56,2
	8						
São Miguel do Iguaçu	7,01	1,09	78,77	89,91	95,54	87,80	85,92
Serranópolis do Iguaçu	88,3	88,77	91,16	81,46	91,79	93,79	86,4
	7						
Média da Região	51,8	64,17	70,91	77,50	80,61	91,47	81,32
	9						

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS (2014b).

Nesse caso, é necessário salientar a dificuldade que os municípios tem para fazer o acompanhamento da condicionalidade na saúde junto a 100% das famílias beneficiárias, tendo em vista que essas populações pobres e indigentes, muitas vezes, não possuem endereço fixo nem recursos para o deslocamento até sua Unidade Básica de Saúde. Essa situação além de impedir que uma mesma equipe acompanhe a família regularmente, exige um grande esforço das equipes que se obrigam a fazer uma busca ativa e permanente dessas populações, no sentido de localizá-las e dar continuidade ao acompanhamento de sua saúde. De qualquer modo, percebe-se o papel fundamental que as equipes de Atenção Básica à Saúde podem desempenhar no processo de localização, cadastramento e acompanhamento da saúde dessas populações pobres e indigentes que durante centenas de anos foram tratadas como se fossem “invisíveis” pelo Estado, restituindo-lhes, em alguma medida, as condições de cidadania e pertencimento social.

Contudo, a despeito dos avanços no atendimento dessas populações pobres e extremamente pobres, é necessário destacar que o modelo de territorialização da Atenção Básica à Saúde associado à baixa cobertura populacional desse serviço, decorrente de um grande déficit no número de

equipes, impõe sérios limites ao seu alcance no enfrentamento da pobreza, visto que parcelas significativas da população encontram dificuldades no acesso e no atendimento. Parece-nos que, nesse caso, as populações pobres e extremamente que são mais vulneráveis, de certo modo, necessitam mais da presença do Estado e das políticas sociais elementares, dentre as quais merecem destaque a saúde, a educação e a moradia.

Considerações Finais

O objetivo deste trabalho é discutir o papel atribuído e desempenhado pela Atenção Básica em Saúde, no enfrentamento da pobreza e da pobreza extrema, nos nove municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná. Entendendo que a pobreza é um fenômeno multidimensional, que assume diversas formas e expressa diferentes tipos de privações, os formuladores de políticas públicas de enfrentamento da pobreza vinculam a sua superação à educação e à saúde. Partem do pressuposto, por exemplo, de que o acesso e o atendimento dessas populações pela Atenção Básica em Saúde são fundamentais para a redução da pobreza, na medida em que a mesma se ocupa não apenas com o diagnóstico e o tratamento de doenças mas, especialmente, com a prevenção e a promoção da saúde. Esse foi o caso do Programa Bolsa Família, criado e instituído no Brasil, em 2003, que condiciona o recebimento do benefício à frequência escolar de crianças e adolescentes e ao acompanhamento da saúde de gestantes, lactantes e crianças beneficiárias.

Observa-se que o monitoramento das condicionalidades tem como objetivo a ampliação do acesso ao sistema educacional e de saúde, a fim de melhorar as condições de vida das famílias beneficiárias e assim, romper com o ciclo intergeracional da pobreza.

Nesse sentido, entende-se que as equipes de Atenção Básica a Saúde podem desempenhar um papel fundamental no acolhimento e na reinserção dessas populações na vida social, restituindo-lhes algumas condições mínimas de saúde e qualidade de vida, uma vez que as populações pobres tendem a ter maior dificuldade em utilizar os serviços de saúde e educação. Desse modo, as condicionalidades funcionariam como um mecanismo de incentivo para aumentar o acesso a estes serviços, garantindo assim, o exercício dos direitos sociais. Contudo, a efetivação desse direito depende basicamente da oferta de serviços públicos em cada região, com qualidade adequada e com custo de deslocamento acessível para que a família possa utilizá-lo (custo com transporte e tempo de espera).

Tendo em vista que o Sistema Único de Saúde é universal, entende-se que a cobertura da Atenção Básica em Saúde, apesar de ter sido crescente ao longo do período de 1998 a 2013, ainda é baixa nos municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná, chegando, no máximo, a 75,65%, em 2013. Isso nos mostra que, a princípio, os municípios analisados ainda não estão equipados para atender a toda a sua população. Contudo, se considerarmos apenas a população pobre perfil bolsa família, observa-se que a cobertura tem sido maior. Comparando os dados da cobertura da Atenção Básica com o percentual de acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF, no período de 2007 a 2013, observa-se que as famílias pobres tem tido maior acesso aos serviços básicos de saúde. Por fim, destaca-se que a expansão da cobertura da atenção primária somente será possível mediante a ampliação do número de equipes de saúde da família.

Referências

BRASIL. Constituição. “Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988”. Rio de Janeiro: Forense, 2003.

BRASIL. “Lei Orgânica da Saúde 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.

BRASIL. “Ministério da Saúde”. Departamento de Atenção Básica. Disponível em:<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>. Acessado em out/2014(a).

BRASIL. “Ministério da Saúde”. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Disponível em:< <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acessado em out/2014 (b).

BRAVO, Maria Inês Souza. “Política de saúde no Brasil”. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional, p. 1-24, 2006.

BUSS, Paulo M.; CARVALHO, Antonio Ivo de. “Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008)”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(6). p. 2305-2316, 2009.

CASTEL, Robert. “As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário”. Trad. Iraci D. Poleti. 9ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes. 611p, 2010.

CONNELL, Raewyn W. “Pobreza e Educação”. In: GENTILI, P.A.A. (org). *Pedagogia da exclusão: crítica ao neoliberalismo em educação*. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes. p. 11-42, 2000.

MENDES, Aquilas; MARQUES, Rosa Maria. “O Financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no SUS”. *Saúde em Debate*: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. Disponível em <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2247>. Acesso em: out/2014, 2014.

MOTTA, Vânia Cardoso da.; “Ideologia do capital social”. In: FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M.; RAMOS, M. (coords). *Anais do III Seminário de Pesquisa: o tempo do capital e do trabalho no Brasil de 2008; entre o pré-sal e a crise globalizada – 16 e 17 de dezembro de 2008*. Rio de Janeiro: EPSJV. pp. 09 – 20.

PEREIRA, ADRIANA L. et al. “Programas de Atenção à Saúde”. In: FIGUEIREDO, NÉBIA M. A. de (org.). *Ensinando a cuidar em saúde pública*. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora. p. 255-339, 2005.

SANTOS, Wanderley Guilherme. “Cidadania e justiça: a política social na ordem”. Brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e; YASBEK, Maria Carmelita; GIOVANNI, Geraldo di. “A política social brasileira no século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda”. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.