

## **Texto extraído do livro: A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SUS, Eugênio Vilaça Mendes, 2002**

A Atenção Primária à Saúde vem sendo adotada, na história recente de diversos países, para organizar e ordenar os recursos do sistema de saúde para que respondam de maneira apropriada às necessidades de suas populações. Essa concepção de Atenção Primária como pilar da estruturação dos sistemas de saúde tende a superar visões mais restritas que a compreendem como um meio para ofertar serviços a populações marginalizadas ou unicamente como um nível de assistência. O reconhecimento da Atenção Primária reflete-se numa produção científica, no campo internacional, direcionada para discriminar seus princípios e funções essenciais, propor e avaliar estratégias para sua organização e avaliar resultados por ela obtidos.

No Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF), lançado em 1994, representa certamente a proposição de mais largo alcance para organização da Atenção Primária no Brasil. A rápida expansão do programa e ampliação do acesso aos serviços básicos especialmente para as populações mais carentes, por ele proporcionadas, garantiu um reconhecimento de sua importância. Ao longo dos últimos anos, o PSF foi incorporado aos discursos e às agendas daqueles envolvidos com a gestão do setor saúde no país. A compreensão do seu caráter estratégico torna ainda mais crucial uma análise de sua concepção e implantação, uma avaliação das lacunas e deficiências a serem superadas, uma proposição dos caminhos a serem seguidos para que o PSF venha efetivamente possibilitar a organização da Atenção Primária no Brasil.

O correto entendimento do conceito da atenção primária à saúde dar-se-á pelo conhecimento e operacionalização de seus princípios ordenadores: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária (*Starfield apud MENDES, 2002*). Só haverá uma atenção primária à saúde de qualidade quando esses seis princípios estiverem sendo obedecidos, em sua totalidade.

Há várias formas para organização dos sistemas de serviços de saúde no âmbito microeconômico, mas contemporaneamente eles agregam-se em duas opções alternativas: os sistemas fragmentados ou os sistemas integrados de serviços de saúde (Mendes, 2002b). Os sistemas fragmentados de serviços de saúde, ainda fortemente hegemônicos, são aqueles que se (des)organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicáveis entre si, com débil atenção primária à saúde, e, por consequência, incapaz de prestar uma atenção contínua às pessoas e de responsabilizar-se por uma população determinada. Contrariamente, os sistemas integrados de serviços de saúde são aqueles organizados através de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde, organizada pela atenção primária à saúde, que presta uma assistência contínua a uma população definida – no lugar certo, no

tempo certo, na qualidade certa e com o custo certo – e se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários relativos a essa população.

Será mesmo que prestar serviços de qualidade na atenção primária à saúde, buscando promover a saúde de indivíduos, famílias, grupos sociais – o que envolve um amplo conjunto de conhecimentos interdisciplinares, além de atitudes e habilidades altamente especializadas, é menos complexo do que realizar certos procedimentos de maior densidade tecnológica em hospitais quaternários? Será mesmo que os procedimentos da atenção à saúde, intensivos em conhecimento, são menos complexos que os procedimentos dos níveis de atenção terciário e quaternários mais intensivos em tecnologia de produto?

Essa visão distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, a uma banalização da atenção primária à saúde e a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que exigem maior densidade tecnológica e são exercitadas nos níveis de “maior complexidade”. Nos sistemas integrados de serviços de saúde, a concepção de sistema piramidal hierarquizado é substituída por uma outra, de uma rede horizontal integrada. Aqui, não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas, sem hierarquia entre eles.

As mudanças demográficas que estão se dando, com um incremento relativo da carga das doenças crônicas e de população mais idosa, apontam no sentido de uma valorização crescente da atenção básica à saúde, estratégia imprescindível para um sistema de serviços de saúde voltado para as condições crônicas.

Não há parâmetros estaduais, regionalizados, que sirvam de referencia para uma política salarial minimamente concertada entre os municípios. Estabeleceu-se um sistema de quem dá mais, o que é muito funcional num mercado onde a oferta é baixa em relação a demanda. E que penaliza aqueles municípios mais pobres porque são menos atrativos para os profissionais e dispõem de menos recursos. O resultado é uma grande rotatividade de profissionais, o que dificulta a estabilização das equipes de PSF.

As formas de contratação refletem uma extrema precariedade das relações de trabalho. A forma mais comum é o pagamento contra-recibo, seguida dos contratos temporários que se arrastam no tempo.

**Texto extraído do guia do aluno do curso de introdutório em Saúde da Família ESP-MT, 2007.**

**O papel da estratégia de saúde da família na reorganização da atenção básica.**

Para orientar a lógica assistencial do SUS, na perspectiva da construção do modelo da vigilância da saúde, uma etapa fundamental é a reorganização da atenção básica.

Investimentos neste nível de atenção têm impacto positivo, não só sobre a saúde da população, mas na reorientação dos serviços de saúde de média e alta complexidade.

Neste sentido há que se trabalhar com a idéia de atenção básica como atenção resolutive a situação e problemas sanitários extremamente complexos, e não com a proposta de atenção primária centrada na assistência de baixo custo, simplificada e equipamentos (SCHRAIBER & MENDES GONÇALVES 1996).

No nível de atenção básica, embora muitas tratemos com doenças simples, do ponto de vista clínico, a maioria dos problemas de saúde possui diversos fatores determinantes ( sociais, econômicas, culturais, biológicas, etc.). Por exemplo, embora a diarreia na infância seja um problema simples do ponto de vista do diagnóstico e tratamento médico, muitas crianças padecem e morrem por esta doença porque no cotidiano de suas vidas imperam a fome, a falta de saneamento básico e outras condições de vidas que levam ao adoecimento.

Para enfrentar estes problemas é preciso ampliar as práticas de saúde. Ou seja, além da consulta médica e dos procedimentos de diagnóstico e tratamento, é necessário o desenvolvimento das ações e práticas de outros profissionais da equipe de saúde, de profissionais de outros setores (educação, ação social, saneamento) e da comunidade.

Atuar sobre os processos de saúde- doença da população implica no desenvolvimento de três grandes tipos de ação: a promoção da saúde, prevenção das enfermidades e acidentes e atenção curativa e reabilitadora, pensando uma atenção básica resolutive como parte de um sistema que possibilite o acesso aos usuários de serviços de nível de complexidade necessário para a resolução de seus problemas de saúde.

A atenção básica ao mesmo tempo deve servir de porta de entrada para um sistema de saúde hierarquizado, mas também constituir, no sistema, um nível próprio de atendimento, resolvendo necessidades que englobam demandas sanitárias de várias ordens, como a intervenção curativa individual, medidas tradicionais de saúde pública, como o saneamento do meio, o desenvolvimento nutricional, a vacinação, a profilaxia de doenças, até a atenção a problemas sanitários de forte caráter social, como violência, os transtornos mentais, o uso de drogas na adolescência, etc.

A nível local e municipal, a estratégia de saúde da família tem demonstrado seu potencial de reorientação da atenção básica. Este potencial relaciona-se com as

características desta proposta que apontam para uma ruptura com os modelos assistenciais tradicionais, buscando o fortalecimento dos princípios do SUS na construção de modelos de atenção mais resolutivos e humanizados.

O objetivo do PSF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para cura das doenças realizado principalmente no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas.

A unidade de saúde da família com equipe multiprofissional assume a responsabilidade pelo acompanhamento permanente e sistemático de um número determinado de famílias que residem num território delimitado. A adscrição de clientela possibilita o estabelecimento de vínculos de compromisso e corresponsabilidade entre equipe de saúde e comunidade, permite a caracterização do território e o conhecimento das condições de vida, aumentando a capacidade de resposta às necessidades básicas de saúde da população.

#### **A unidade de saúde da família atua com base nas seguintes diretrizes**

1-Eleição da família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde.

2-trabalho de equipes multiprofissionais- integralidade da assistência, humanização das práticas, estabelecimentos de vínculos, respeito aos valores crenças, democratização do saber e estímulo a participação social.

3-Adscrição da clientela-mapeamento das áreas de atuação das equipes e cadastramento das famílias, seu significado é de que a população seja capaz de reconhecer seu serviço, enquanto o serviço possa identificar sua população.

4-Caráter substitutivo, complementaridade e hierarquização: a unidade de saúde da família é destinada a realização de atenção contínua nas especialidades básicas. Deve fazer parte do sistema local como porta de entrada, substituindo as práticas convencionais, por uma nova prática, centrada nos princípios da vigilância da saúde, voltada para o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação. A unidade de saúde da família não deve estar isolada, e sim representar um dos componentes de uma política de complementaridade do sistema local de saúde. Um sistema local deve ser hierarquizado garantindo a referência e a contra referência para os demais níveis, conforme a necessidade de maior complexidade de ações para a resolução dos problemas identificados.

### **A atuação da equipe de saúde da família tem como principais linhas:**

- Cadastro de todas as famílias residentes em sua área de abrangência;
- Diagnóstico das condições socioeconômicas e de saúde da população sob sua responsabilidade;
- Identificação das pessoas e famílias que necessitam de atenção especial, por mostrarem sujeitas a situações de maior risco de adoecer ou morrer;
- Priorização das ações a serem desenvolvidas para enfrentamento dos problemas identificados. Por exemplo, ações voltadas para a saúde das crianças, das gestantes, da mulher, do idoso, para tratamento e recuperação de portadores de doenças endêmicas, infecciosas e degenerativas, como malária, tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras.
- Ênfase no enfoque da promoção à saúde, facilitado pelo vínculo estabelecido entre a equipe e as famílias, que cria um espaço privilegiado para a incorporação de hábitos saudáveis.
- Atuação intersetorial por meio de parcerias com os diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor e que tem efeitos determinantes sobre as condições de vida, e conseqüente, de saúde dos indivíduos.

### **Cartilha – Pacto pela Saúde possibilidade ou realidade? 2ª Edição (FIBRE/CEAP 2009)**

É preciso superar o conceito equivocado de que Atenção Básica no SUS é saúde barata e sem qualidade para pessoas pobres. Pelo contrário, ela deve ser universal e integral, envolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A atenção Básica deve ser porta de entrada do cidadão ao Sistema. Por isso, a sua importância estratégica para a organização geral do SUS, visto que os profissionais trabalham em contato direto com as realidades locais e conhecem suas especificidades, essas informações que eles levantam – e que depois são consolidadas no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, são fundamentais para a organização do SUS.

Quando a atenção Básica não é bem estruturada e não é reconhecida como estratégica, acaba ganhando força a lógica hospitalocêntrica, em que o cidadão

estabelece relação direta com o hospital. Esse ainda é um dos grandes problemas do SUS e por isso a Atenção Básica precisa ser qualificada.

Com a proposta do Pacto pela Saúde, a organização da Atenção Básica tem como foco principal o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, que é importante para a ampliação e a promoção da integralidade. A Estratégia da Saúde da Família busca promover a reorientação das práticas e ações de saúde que passa a acontecer de forma contínua e próxima da família, com a humanização e acolhimento, fortalecendo assim o vínculo entre os profissionais e os usuários, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais e ampliando o acesso da população em situação de desigualdade.

Esse papel da Estratégia Saúde da Família fará mudar o seu status, deixando de ser um simples programa, para captar recursos e se transformar numa Estratégia da Atenção Básica. Gradativamente, todos os cidadãos e cidadãs (inclusive o padre, o prefeito e o juiz) devem estar vinculados a um território definido e sob os cuidados de uma equipe de saúde. Esta equipe deve ter boas condições de trabalho e salários condizentes com a profissão. Os profissionais devem atender bem ao cidadão, cumprindo integralmente a carga horária contratada.

Outro componente importante para o fortalecimento da Atenção Básica é a assistência farmacêutica e as ações de vigilância. O Pacto reafirma que os municípios devem estruturar a assistência farmacêutica, em conjunto com as demais esferas de governo. Além disso, os municípios devem assumir as ações de vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental).

O Pacto também define claramente as principais responsabilidades de cada esfera de governo na Atenção Básica. Se a União (esfera federal) tem a responsabilidade de elaborar as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica em seu território. Ao Estado compete a responsabilidade de apoiar técnica e financeiramente a gestão da atenção básica. É importante ressaltar mais uma vez a autonomia do Município em definir sua política a partir das diretrizes nacionais.

Entretanto, não se pode confundir “autonomia” com “irresponsabilidade,” pois todos têm o dever de se preocupar e qualificar cada vez mais a Atenção Básica. Se essa política não está organizada, aumenta o custo das ações em saúde; as pessoas sofrem mais e perdem qualidade de vida, enquanto o mercado da saúde aumenta os lucros em detrimento dos nossos direitos.

A comunidade deve estar atenta e exigir que o gestor construa uma proposta de atenção Básica integrada ao Sistema. E esta proposta deve resolver as demandas a partir dos princípios do SUS, sempre tendo como base o Plano de Saúde. Aprovar essa proposta significa muito mais que simplesmente concordar ou não. É preciso discuti-la

a partir de critérios bem definidos, que levem em conta os problemas da saúde da população e o atual estágio de implantação do Sistema naquele local.

Depois de construída a proposta, é fundamental um acompanhamento sistemático para que o projeto se traduza num sistema de saúde mais organizado e humanizado.

## **“Agora Mais Que Nunca”**

### **Eugênio Vilaça Mendes**

A atenção primária à saúde, seja na experiência nacional, seja na experiência internacional, não tem a prioridade que deveria ter. As razões são várias: a sua decodificação como programa para regiões e para populações pobres, constituído por tecnologias simples e baratas; a sua baixa valorização, tanto material quanto simbólica, que deriva de uma expressão ideológica de uma atenção simplificada; o conceito equivocado de que é de baixa complexidade tecnológica; a sua menor densidade, o que afasta dela os interesses mais estruturados dos prestadores de serviço e do complexo industrial da saúde; a sua menor valorização pelos profissionais de saúde em função do paradigma flexneriano prevalecente; o seu distanciamento das soluções mais espetaculares que se dão, especialmente, no nível terciário do sistema; e a desconfiança de que a atenção primária à saúde não apresenta os resultados propalados pelos seus defensores, em termos econômicos e sanitários.

No Brasil, a introdução da atenção primária à saúde foi feita no início do século XX pelo Prof. Paula Souza, na USP, mas consolidou-se, no início dos anos 90, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF). Não obstante avanços inegáveis verificados no PSF, em termos de estrutura, processos e resultados, pode-se perceber um certo desencanto, de alguns setores do SUS, com esse modelo de atenção primária à saúde.

Algumas propostas ameaçam as conquistas indiscutíveis do PSF como uma valorização exagerada de soluções com base na atenção não programada em unidades de pronto-atendimento (UPA's), as propostas de flexibilização do PSF, as tentativas de volta ao modelo da atenção primária seletiva ofertando a atenção primária à saúde sem médicos ou com médicos em tempo parcial, a incorporação de médicos especialistas na equipe etc.

É certo que o PSF tem problemas: a concepção hierárquica do SUS que leva a uma banalização da atenção primária à saúde; a infra-estrutura física inadequada; o foco na atenção às condições e aos eventos agudos; as deficiências dos sistemas de assistência farmacêutica e de apoio diagnóstico e terapêutico; os problemas dos

recursos humanos: a fragilidade da graduação, a ausência de políticas consequentes de educação permanente e a precarização das relações de trabalho; e a ausência de uma profissionalização da gestão.

Como substrato desses problemas está uma dificuldade dos gestores do SUS em perceber que se há problemas inegáveis de financiamento desse sistema público de atenção à saúde, os recursos seriam suficientes para dar um choque de qualidade na atenção primária à saúde. Basta que esses gestores se convençam de que investir no PSF produz eficiência alocativa no SUS e gera valor para os cidadãos brasileiros.

As propostas que se fazem como alternativas ao PSF são frágeis por várias razões: baseiam-se em idéias de senso comum que não encontram respaldo nas evidências sobre a atenção primária à saúde, como se conclui nesta revisão; trazem a ameaça de volta ao falido modelo da atenção primária seletiva; e aguça o modelo fragmentado de atenção às condições e aos eventos agudos que é o cerne da crise mundial dos sistemas de atenção à saúde.

Diante de dificuldades há sempre alternativas. Dentre elas, destacam-se duas: a alternativa de andar para trás, a alternativa conservadora ou reacionária, que busca o abandono de uma proposta que tem efeitos positivos inequívocos, o PSF, e a volta a modelos de atenção primária seletiva ou de atenção não programada às condições e aos eventos agudos que nunca geraram valor para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde, em nenhuma parte do mundo. Outra, a alternativa de superação para frente, a alternativa progressista, que reconhece os problemas do PSF, analisa-os desde uma perspectiva global e propõe um conjunto de soluções integradas de radicalização do modelo do PSF.

Essa alternativa assenta-se na convicção de que problemas complexos não podem ser resolvidos com soluções simples; ao contrário, exigem soluções complexas e sistêmicas. Essa é a solução que o SUS deveria adotar. Esse documento tem, propositadamente, o nome de “agora mais que nunca”. Esta consigna é a resposta da Organização Mundial da Saúde (OMS) à crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde no mundo. A OMS reconhece que esses problemas só serão superados se instituírem sistemas de atenção à saúde com base numa atenção primária à saúde forte e de qualidade (World Health Organization, 2008).

Também no Brasil, a atenção primária deve ser reformada, num movimento progressista, que reconhecendo os problemas do PSF irá buscar soluções potentes e integradas, aprofundando o modelo - um modelo nacional muito criativo -, e não o descaracterizando por meio de propostas que não encontram respaldo nas melhores evidências produzidas, aqui e internacionalmente. Será, dessa forma, que se concretizará, no SUS, a convocação da OMS de uma nova atenção primária à saúde que é, também do Brasil, mais necessária agora que nunca.