

Atenção primária em Saúde, por Marli Appel e Guilherme Wendt

Planejamento, prevenção e gestão em saúde pública

Introdução

A história da Saúde se confunde com a história da humanidade, haja vista que temos inúmeros relatos acerca de métodos que o ser humano tem desenvolvido para curar ou amenizar seus males físicos. Em grande parte, percebe-se que a prevenção emerge como alternativa eficaz no combate de problemas sérios.

Nesse contexto, observa-se também uma própria transformação do conceito de saúde que, conforme aponta Mendes (1999), abrange tópicos negativos, como doenças, prejuízos e morte, até aspectos mais saudáveis, como qualidade de vida, promoção de melhores condições de saúde, etc.

Segundo Chiapinotto, Fait e Mayer-Júnior (2007), no Brasil do século XX, as práticas assistenciais nacionais estavam pautadas pelo modelo higienista, que visava o controle de epidemias e adequação de residências aos modelos sanitários considerados ideais. Nesse sentido, as intervenções se davam, em sua maioria, no meio urbano, que experienciou um profundo alargamento a partir da emigração para grandes centros, constituindo os primeiros cortiços e esboçando as primeiras grandes favelas no Brasil.

Nesses espaços, diferentemente da elite, alocada em suas confortáveis residências, a população menos capitalizada estava à mercê de condições insatisfatórias de saúde, estando suscetíveis a uma série de doenças infecto-contagiosas, como febre amarela, tuberculose e outras afecções (SANTOS, 2006). A esse respeito, é destaque na literatura mundial o livro O Cortiço, de Álvares de Azevedo, que data de 1890 e retrata realisticamente as condições de vida nesses espaços.

A partir dos anos XX, o poder público passou a entender que a população deveria ser informada sobre o risco de viver em condições precárias. Assim, conforme aponta a literatura, o cidadão passa a ser responsabilizado por suas escolhas, sendo papel do governo “corrigir” condutas errôneas referentes ao autocuidado (CHIAPINOTTO, FAIT e MAYER-JÚNIOR, 2007).

Ainda com base nos mesmos autores citamos acima, nesse período começa a ganhar força o chamado “modelo biomédico”, que pressupunha um entendimento de saúde como sendo apenas a ausência de doenças. Até os anos 1970, aproximadamente, a saúde era pautada sob este prisma; a partir de então, outras dimensões passaram a ser agregadas ao entendimento de pessoa saudável, como a importância da prevenção e articulação de políticas em sintonia com a comunidade na qual se insere a instituição de saúde.

A política de atenção primária em Saúde

De modo a dar conta dos preceitos de assistência integral, em voga nesse período de transição do modelo biomédico ao modelo vigente, surgiu a necessidade novos dispositivos de ação e gestão em saúde, considerando dimensões como moradia, acesso a saneamento básico, trabalho e renda, dentre outros aspectos. Tais variáveis foram sendo articulados na busca de um serviço mais próximo da população que utilizava os serviços, tanto geograficamente quanto de uma proximidade relacional, modificando também os aspectos ligados a relação médico-paciente.

Discussões em diversos âmbitos propiciaram a formatação do Sistema Nacional de Saúde, no ano de 1975, que procurava integrar os preceitos de acesso à saúde, promoção e recuperação tanto em rede pública quanto privada. Temos ainda como exemplo da efervescência desse período, a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, em 1976, e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, no ano de 1979.

Em 1983/1984, conforme aponta Spink e Motta (2007), formatou-se o projeto de Ações Integradas em Saúde, que criara então os compromissos da União com Estados e Municípios no que tange ao acesso integral e descentralizado aos serviços de saúde.

Outro aspecto relevante nessa trajetória data do ano de 1986, quando realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo produto final foi um relatório contendo dados norteadores de ações em saúde, que resultou no artigo 196 da Constituição Federal de 1988. Formata-se, então, o Sistema Único de Saúde, de concepção moderna e que visa atender às demandas de saúde de modo descentralizado, gratuito, universal e integral.

Tal fato ocorreu não somente em decorrência da falência do modelo individualizante com que a saúde era encarada até então, mas, conforme aponta Spink e Matta (2007), de uma

“revitalização do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde, executoras das diretrizes fixadas por esse Ministério” (p. 37). Com vistas às demandas impostas pelo SUS, houve uma reorganização das macropolíticas empreendidas pela reforma sanitária, passando a compreender o acesso a saúde como direito de todos e de responsabilidade do Estado.

Do mesmo modo, os hospitais delinearão-se como espaços nos quais se deve buscar auxílio em casos mais complexos ou emergentes. Assim, criam-se as unidades de atenção básica (primária) em saúde, as quais são descritas como possuidoras de metodologias avançadas e férteis em saúde, na medida em que dialogam com a comunidade na qual estão inseridas, tornando a pessoa participativa em seu próprio processo de cuidado, numa caminhada efetiva na promoção da vida (STARFIELD, 2002). A autora define que:

“a atenção primária envolve o manejo de pacientes que, geralmente, têm múltiplos diagnósticos e queixas confusas que não podem ser encaixadas em diagnósticos conhecidos e a oferta de tratamentos que melhorem a qualidade global da vida e de seu funcionamento” (p. 20)

Esse tipo de atenção se diferencia da atenção secundária (consultas médicas) e terciária (tratamentos a longo prazo) por diversas razões, como a localização geográfica, geralmente acessível à população da comunidade; por não possuir uma hierarquia tão definida, propiciando trocas contínuas de informações; pela demanda geralmente mais vaga e abstrata apresentada pelos usuários em comparação aos que procuram especialistas e, portanto, já possuem uma pré-definição do quadro, entre outros. O preceito de atenção primária operacionalizou práticas que, em teoria, se mostravam mais eficientes do que um modelo puramente intervencionista, agregando geralmente uma equipe multidisciplinar. Dados estatísticos revelam uma resolução de até 90% dos casos em nível primário, o que significa uma excelente otimização de custos (MENDES, 1999a)

Contudo, Starfield (2002) aponta que existem em menor escala proporcional profissionais qualificados em empreender cuidados em atenção básica do que especialistas, como cardiologistas, obstetras, etc. Segundo a mesma autora, tal fato deve ser repensado, na medida em que a prevenção transcende enfermidades específicas. Além disto:

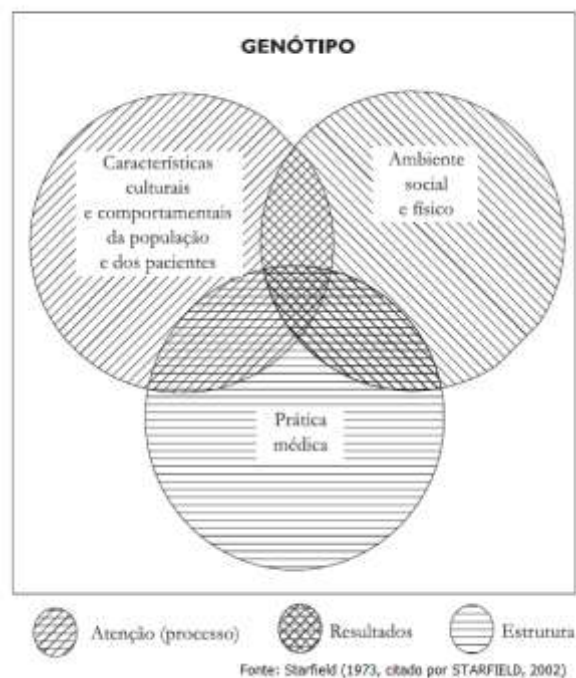
“A atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas (como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção. Em vez disso, a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde (...) oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela [atenção primária] integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde” (p 28).

Ou seja, em tese, a atuação primária seria um primeiro contato na maioria dos casos, no qual ocorre a acolhida e entendimento mais preciso acerca da demanda que o usuário expõe. E, a partir da relação usuário-profissional, serão norteados os próximos passos, decididos muitas vezes em conjunto. Assim, o usuário ou paciente torna-se mais ativo em prol de si mesmo, e muitos casos que possivelmente resultariam em internações hospitalares são filtrados e resolvidos primariamente.

A esse respeito, são desejáveis os movimentos que temos observado nos últimos anos de formação de programas para qualificação em residência multiprofissional em saúde, programas de saúde da família e comunitária, além de inclusão dessas disciplinas em cursos de graduação de médicos, odontólogos e demais técnicos em saúde. Além disto, para um desfecho eficaz dos serviços realizados nesse nível, são necessários também investimentos constantes, para projetos de instalações adequadas e corpo técnico permanentemente capacitado.

São objetivos e desafios para os profissionais que trabalham nessa área de atenção compreender as dimensões expostas na figura I, para promover condições de melhor global do funcionamento da pessoa e de sua qualidade de vida.

Figura 1
Determinantes do estado de saúde.



Avaliação de programas

Há de se considerar, ainda, que tais políticas também são passíveis de reorganização, na medida em que se tornam dinâmicas e construídas, muitas vezes, no dia-a-dia das equipes e unidades de saúde. A esse respeito, Starfield (2002) coloca que avaliações dos serviços de atenção primária são fundamentais, tanto a nível de prognóstico individual quanto a nível de sistemas de saúde. Contudo, a autora comenta que os principais estudos a esse respeito não indicaram resultados precisos, e levanta como hipótese a variável renda, uma vez que muitas das ações em ação primária envolvem classes sociais menos favorecidas.

Desta forma, uma metodologia viável envolve: aspectos básicos do processo de investigação científica - metodologia rigorosa; mas também um aspecto mais colaborativo e sistêmico - possibilidade de informar-se junto à comunidade, para obter um retrato mais nítido do(s) problema(s), para um aprimoramento constante das práticas.

Duas metodologias de análise usadas comumente são as do tipo normativo – quando são estabelecidas metas e são verificados os alcances das mesmas; e as do tipo empíricas – em casos possíveis de comparação com demais instituições. Ambas as metodologias apresentam

limitações e facilitadores, e devem ser pensadas após minucioso estudo do contexto no qual está inserido a unidade de saúde, recursos financeiros e técnicos disponíveis, capacidade de execução dos processos de pesquisa, entre outros (MORAES, 1994; STEFFEN, 1998).

Considerações finais

Nesse artigo, foi discutido o caráter particular da ação primária em saúde. Conforme aponta a literatura, os profissionais envolvidos nesse ramo de atividade estão sujeitos à demandas contínuas, e geralmente devem empreender um relacionamento mais estreito com os usuários de saúde.

Assim, subentende-se que a atuação nesse contexto exige dos profissionais e do próprio Sistema de Saúde um esforço grande, bem como uma capacidade de adaptação e evolução constantes. Contudo, os resultados percebidos até então indicam que estamos no caminho certo na conquista de condições melhores de saúde, de modo a tornar-se, de fato, acessível integralmente a todos os cidadãos.

Os dados epidemiológicos são animadores, pois evidenciam resultados satisfatórios nas ações empreendidas a nível primário. Dessa maneira, políticas como foco na implementação, qualificação e ampliação dessas ações são benéficas a toda população, em maior ou menor escala.

Referências

- CHIAPINOTTO, L.; FAIT, C. S.; MAYER-JÚNIOR, M. O modo de fazer saúde: reflexões sobre o cotidiano de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre – RS. *Saúde Soc.*, v. 16, n. 1, p. 155-164, jan-abr., 2007.
- MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- MENDES, E. V. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde (4ª ed.)*. São Paulo: Hucitec, 1999a.
- MORAES, I. H. S. *Informações em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- SANTOS, D. S. O cortiço: higienização das casas e formação de almas. *História e Perspectivas*, v. 34, p. 261-294, jan-jun., 2006.
- SPINK, M. J.; MATTA, G. C O SUS no contexto histórico da atenção à saúde no Brasil. Em: SPINK, M. J. (org). *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (p. 36-38), São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde, 2002.
- STEFFEN, G. E. Quality Medical Care. *Jama*, v. 260, n. 1, p. 56-62, jul. 1998.