

# **A Atenção Primária à Saúde**

**Maria Emi Shimazaki**



SHIMAZAKI,M.E. (Org). A Atenção Primária à Saúde. In: MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: Oficina 1 – Análise da atenção primária à saúde. Guia do Participante. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte: ESPMG, 2009. 104 p. P. 38-43. Disponível em: <[http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/PDAPS-2e3\\_050609\\_BAIXA1.pdf](http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/PDAPS-2e3_050609_BAIXA1.pdf)>. Acesso em 28 de fevereiro de 2013

# A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Maria Emi Shimazaki

## 1.O conceito de Atenção Primária

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2004, p. 7) define

[...] a Atenção Primária é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território processo) bem delimitadas, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A Atenção primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos ou sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável.

Para Starfield (2002, p. 28)

A Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns e raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros.

## 2.As funções

A Atenção Primária à Saúde deve cumprir três funções especiais (MENDES, 2002):

- Resolução: visa resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população;
- Organização: visa organizar os fluxos e os contra fluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde;
- Responsabilização: visa responsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam.

## 3.Os princípios

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser orientada pelos seguintes princípios (STARFIELD, 2002): primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; abordagem familiar; enfoque comunitário.

### Primeiro contato

Para Starfield (2002), a APS deve ser a porta de entrada, ou seja, o ponto de entrada de fácil acesso ao usuário para o sistema de serviços de saúde.

O acesso foi definido por Millman (1993) como “o uso oportuno de serviços de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde”.

A acessibilidade possibilita que os cidadãos cheguem aos serviços, ou seja, é o elemento estrutural necessário para a primeira atenção. Portanto, o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível para não postergar e afetar adversamente o diagnóstico e manejo do problema de saúde.

Para Donabedian (1973), o acesso pode ser classificado em sócio-organizacional e geográfico. O primeiro diz respeito aos recursos que facilitam ou atrapalham (barreiras) os esforços dos cidadãos de chegarem ao atendimento. O segundo envolve as características relacionadas à distância e ao tempo necessário para alcançar e obter os serviços.

A **acessibilidade** pode ser analisada através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários:

- a **disponibilidade** diz respeito à obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família, tanto nas situações de urgência/emergência quanto de eletividade.
- a **comodidade** está relacionada ao tempo de espera para o atendimento, a conveniência de horários, a forma de agendamento, a facilidade de contato com os profissionais, o conforto dos ambientes para atendimento, entre outros.
- a **aceitabilidade** está relacionada à satisfação dos usuários quanto à localização e à aparência do serviço, a aceitação dos usuários quanto ao tipo de atendimento prestado e, também, a aceitação dos usuários quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento.

O acesso à atenção é importante na redução da morbidade e mortalidade. Evidências demonstram que o primeiro contato, pelos profissionais da APS, leva a uma atenção mais apropriada e melhor resultados de saúde e custos totais mais baixos.

### A Longitudinalidade

A **longitudinalidade** deriva da palavra longitudinal e é definida como “lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos” (STARFIELD, 2002).

É uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e usuários em suas unidades de saúde, independente do problema de saúde ou até mesmo da existência de algum problema.

Está associada a diversos benefícios: menor utilização dos serviços; melhor atenção preventiva; atenção mais oportuna e adequada; menos doenças preveníveis; melhor reconhecimento dos problemas dos usuários; menos hospitalizações; custos totais mais baixos.

Os maiores benefícios estão relacionados ao vínculo com o profissional ou equipe de saúde e ao manejo clínico adequado dos problemas de saúde, através da adoção dos instrumentos de gestão da clínica - diretrizes clínicas e gestão de patologias.

## A integralidade da Atenção

A integralidade exige que a APS reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las.

A APS deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e agir como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devem ser atendidas em outros pontos de atenção.

A integralidade da atenção é um mecanismo importante porque assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população. Para tanto, faz-se necessário:

- O **diagnóstico adequado da situação de saúde** da população adscrita;
- O **atendimento pela unidade básica de saúde**, prevenção de doenças e agravos, restauração e manutenção da saúde - para dar conta dos problemas mais comuns ou de maior relevância;
- A **organização das redes de atenção à saúde**, para prestar atendimento às demais necessidades: a identificação de outros pontos de atenção necessários, o sistema de apoio (diagnóstico e terapêutico), o sistema logístico (transporte sanitário, central de agendamento de consultas e internamentos, prontuário eletrônico, etc.).

## A Coordenação

Coordenação é, portanto um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum. (STARFIELD, 2002).

É um desafio para os profissionais e equipes de saúde da APS, pois, nem sempre têm acesso às informações dos atendimentos de usuários realizados em outros pontos de atenção e, portanto, há dificuldade de viabilizar a continuidade do cuidado.

A essência da coordenação é a disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados. Os prontuários clínicos eletrônicos e os sistemas informatizados podem contribuir para a coordenação da atenção, quando possibilitam o compartilhamento de informações referentes ao atendimento dos usuários nos diversos pontos de atenção, entre os profissionais da APS e especialistas.

## A centralização na família

Remete ao conhecimento, pela equipe de saúde, dos membros da família e dos seus problemas de saúde.

Na história da humanidade, as organizações familiares vêm se diferenciando por meio dos tempos (dependendo do contexto socioeconômico, dos valores, dos aspectos culturais e religiosos da sociedade, em que se encontram inserido) fazendo com que haja mudanças no conceito, na estrutura e na composição das famílias.

No Brasil, atualmente, tem se adotado um conceito ampliado e a família é reconhecida como um grupo de pessoas que convivam sob o mesmo teto, que possuam entre elas uma relação de parentesco primordialmente pai e/ou mãe e filhos consanguíneos ou não, assim como as demais pessoas significativas que convivam na mesma residência, qualquer que seja ou não o grau de parentesco.

Para o Ministério da Saúde, a família é entendida como o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residem na mesma unidade domiciliar. Inclui empregado (a) doméstico (a) que reside no domicílio, pensionistas e agregados (BRASIL, 1998).

No Brasil, a centralização na família é implementada a partir da estratégia de Saúde da Família, desde 1994. Esta estratégia é entendida como uma reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde.

Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

A centralização na família requer mudança na prática das equipes de saúde, através da abordagem familiar. A equipe de saúde realiza várias intervenções personalizadas ao longo do tempo, a partir da compreensão da estrutura familiar.

A abordagem familiar deve ser empregada em vários momentos como, por exemplo, na realização do cadastro das famílias, quando das mudanças de fase do ciclo de vida das famílias, do surgimento de doenças crônicas ou agudas de maior impacto. Estas situações permitem que a equipe estabeleça, de forma natural, um vínculo com o usuário e sua família, facilitando a aceitação quanto à investigação e intervenção, quando necessária.

A associação da equipe com o usuário e sua família é um requisito básico para a abordagem familiar e fundamenta-se no respeito à realidade e às crenças da família, por parte da equipe de saúde.

## **A orientação comunitária**

A APS com orientação comunitária utiliza habilidades clínicas, epidemiológicas, ciências sociais e pesquisas avaliativas, de forma complementar para ajustar os programas para que atendam as necessidades específicas de saúde de uma população definida.

Para tanto, faz-se necessário:

- Definir e caracterizar a comunidade;
- Identificar os problemas de saúde da comunidade;
- Modificar programas para abordar estes problemas;
- Monitorar a efetividade das modificações do programa.

No Brasil, os agentes comunitários de saúde reforçam a orientação comunitária e possibilitam maior vínculo entre as equipes de saúde e as respectivas comunidades.

A orientação comunitária diz respeito também ao envolvimento da comunidade na tomada de decisão em todos os níveis de atenção. No País, este princípio tem se viabilizado através do controle social, com instituição de conselhos locais e municipais de saúde, além das conferências de saúde.

## 4. As condições crônicas

Um dos problemas centrais da crise dos modelos de atenção à saúde contemporâneos consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, através de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos - normalmente, momentos de agudização das condições crônicas, autopercebidos pelas pessoas - através da atenção à demanda espontânea, principalmente, em unidades de pronto atendimento ou de internações hospitalares de urgência ou emergência. E desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos dos agravos quando as condições crônicas, insidiosamente, evoluem.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003), um sistema de Atenção Primária incapaz de gerenciar, com eficácia, o HIV/Aids, o diabetes e a depressão, irá tornar-se obsoleto em pouco tempo.

Hoje, as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano 2020, será responsável por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento e, nestes países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20% (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003)

Por este motivo, no sistema integrado, a Atenção Primária deve estar orientada para a atenção às condições crônicas, com o objetivo de controlar as doenças/agravos de maior relevância, através da adoção de tecnologias de gestão da clínica, tais como as diretrizes clínicas e a gestão de patologias.

# REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1101** de 12 de junho de 2002. Art. 1º Estabelecer, de forma do anexo desta portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de saúde - SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria /GM nº 2.488** de 21 de outubro de 21 de 2011. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 399** de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 493/GM** de 13 de março de 2006. Aprova a relação de indicadores da Atenção Básica-2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre os municípios, estados e Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 698/GM** de 20 de março de 2006. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2001.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Atenção Primária. Seminário para a estruturação de consensos. Série CONASS Documenta. **Caderno de informação técnica e memória de Progestores**. Brasília: CONASS. Documenta 2, 2004.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1973.

MILLMAN, M. **Acess to health care in America**. Washington, DC: National Academy Press, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Relatório mundial/Organização Mundial de Saúde: Brasília, 2003.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.