

UNIDADE 4

MÓDULO 2

4 ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE, ATENÇÃO BÁSICA DA SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Nesta unidade, proporcionaremos a você a possibilidade de fazer uma reflexão crítica sobre o conceito, as características, os eixos e as diretrizes da Atenção Primária da Saúde (APS) e sua relação com a Estratégia Saúde da Família (ESF). Para tal, apresentaremos as concepções de APS, Atenção Básica de Saúde (ABS) e ESF.

4.1 Hora de Brincar com as Palavras

Antes de qualquer descrição sistemática da Estratégia Saúde da Família, seria prudente categorizar o conceito em que essa atividade se localiza, a Atenção Primária da Saúde (APS). O termo é uma tradução habitual do que a língua inglesa chamou de *Primary Care*. Vamos iniciar nossa jornada visitando o dicionário inglês-português (MICHAELIS, 2000). *Primary* significa **primordial, principal, fundamental, essencial**. A língua portuguesa não tem sido tão generosa com a tradução correntemente utilizada no Brasil, primário quer dizer **elementar, rudimentar, acanhado, limitado, medíocre**.

Faz diferença? Suponho que sim!

Façamos um exercício:

Digam em voz alta as duas possibilidades de tradução de *Primary Care*. Digam Atenção Fundamental da Saúde para, em seguida, dizer Atenção Elementar da Saúde. Para que não sejamos injustos com os demais significados, digam, também, Atenção Principal da Saúde, Atenção Primordial da Saúde, Atenção Essencial da Saúde, para em seguida, também em voz alta, dizer Atenção Rudimentar da Saúde, Atenção Limitada da Saúde, Atenção Medíocre da Saúde. E agora, faz diferença?

Uma enorme diferença. Não que se esteja partindo de uma simples erudição semântica, mas, sim, do puro respeito com as palavras, seus significados, suas conseqüências. Sim, suas conseqüências! As palavras são expressões da cultura, mas ao mesmo tempo são dotadas de dons. A palavra tem um dom, um peso, uma propriedade, gera fluxos.

É curioso notar o sentido que tem sido expresso em documentos oficiais do Ministério da Saúde em relação à APS. Fala-se em **Atenção Básica da Saúde** (ABS). Vamos ao dicionário novamente? Básico

significa: **o que serve de base, essencial, principal, fundamental**. Curioso, não é? Parece que estamos chegando mais perto. É preferível o significado da palavra básico, do que, propriamente, a palavra básico em si (FERREIRA, 2009).

Parece que nem Atenção Básica da Saúde, nem Atenção Primária da Saúde expressam a essência do significado. Discute-se com colegas que sugerem: **Atenção Ampliada da Saúde, Atenção Integral da Saúde**. Parece que também são expressões que não caracterizam fielmente seus sentidos. Claro que não há consenso.

A palavra *Care* da expressão *Primary Care* carrega, provavelmente, menos polêmica, mas não se apostaria nem um centavo nesta afirmação. Ora traduzido como **cuidado**, ora traduzido como **atenção**, outra, talvez mais equivocadamente, como **assistência**. O conceito atual e a discussão contemporânea da área parecem apontar para que **cuidado** é a palavra que melhor traduziria o que se pretende em termos de construção teórico-prática da APS.

Por puro comodismo, mas, sobretudo, por respeito à forma como a Saúde Coletiva tem tratado o assunto, assumiremos, apesar das críticas descritas anteriormente, a APS como expressão do que desenvolveremos a seguir.

4.2 Tudo Bem! Mas o Que é APS, Afinal?

Adiantamos que tão pouco a APS tem um sentido único. Várias apropriações, usos e sentidos têm sido utilizados, tanto por forças conservadoras quanto por forças progressistas. Parece claro que, mais uma vez, uma questão epistemológica está posta: não existe um sentido de APS que não esteja impregnado de uma concepção saúde-doença como pressuposto. Lembram do “I3” e do “B”?

Poder-se-ia dizer que toda concepção saúde-doença tem uma ação consequente. Ou, de outra forma, que toda atenção (ou cuidado) em saúde expressa uma concepção saúde-doença. Esse aforismo se aplica muito bem à APS e a qualquer conjunto de conhecimentos e práticas na área da saúde.

Forças conservadoras e progressistas que atualmente se sentam na mesma mesa de negociações. **17** Observe que, aqui, quando nos referimos às **forças conservadoras e progressistas**¹⁷, que os primeiros estão preocupados com os custos do setor saúde e enxergam a APS como a possibilidade de barateá-los, enquanto os progressistas estão ocupados com as desigualdades sanitárias e a possibilidade de construir cidadania pelo enfoque da saúde.

Classicamente, reconhece-se que o *Relatório Dawson*, de 1920, na Grã-Bretanha, carrega em sua estrutura uma sistematização do conceito de APS. O texto deve ser relativizado e contextualizado dentro do seu tempo, mas é impressionante notar certas semelhanças com o que, contemporaneamente, está sendo discutido.

Sir Dawson divide um sistema de saúde em três níveis:

- a) **Primário** - composto por generalistas em comunidades;
- b) **Secundário** - com especialistas atuando em ambulatórios;
- c) **Terciário** - com especialistas vinculados à atenção hospitalar.

Segundo o mesmo autor, a APS caracterizaria a delimitação de um Distrito, com atenção baseada em necessidades locais, desenvolvida por um médico generalista que promoveria ações de prevenção de doenças e recuperação da saúde. Não parece incrível pensar que isso tenha sido escrito em 1920? A base territorial, a relação entre os níveis de atenção, a integração das concepções curativista e preventivista fundamentaram as discussões na formação de vários sistemas de saúde.

Parece lógico que devemos entender esta teoria dentro do contexto histórico em que foi desenvolvida. Não podemos esperar, para a época, algo que não fosse médico-centrado, tão pouco podemos exigir de Dawson um discurso pró-Promoção da Saúde.

Apesar de esses pressupostos terem, de certa forma, repercutido, apenas em 1978, na 1ª Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, ocorrido em Alma Ata (antiga URSS), que a Organização Mundial da Saúde (OMS) sistematizou os princípios da APS. Pode-se dizer que Alma Ata conseguiu sistematizar e sintetizar um movimento que está sendo dinamizado em todo o mundo, inclusive no Brasil (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978). O relatório desse encontro não criou uma nova realidade, mas retratou as lutas de diversos movimentos sanitários. Também não seria errado concluir que o documento trouxe um aparente acolhimento ao Movimento da Reforma Brasileira, tanto no âmbito acadêmico como no campo da gestão em saúde.

Segundo o relatório, APS seria uma atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978). É parte integral

do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

Consideramos leitura obrigatória o relatório final, tanto pela sua relativa atualidade quanto por sua importância histórica. A base territorial de adscrição populacional, a participação social, a educação, a intersetorialidade, os medicamentos essenciais, o trabalho em equipe, dentre outros elementos, são abordados no documento.

*Community-oriented Primary
Care.* 18

Os pressupostos contidos no documento indicam uma filiação formal aos princípios do que chamamos **Atenção Primária Ampliada**. Outra aproximação teórica possível é com o conceito de **Atenção Primária Orientada na Comunidade**¹⁸, desenvolvida por Starfield (2002).

Já sei! Você provavelmente está pensando: existe uma APS que não seja ampliada ou orientada para a comunidade? Pois é! Existe.

A imagem de APS está intrinsecamente relacionada com aqueles princípios que entendem saúde-doença como processo determinado socialmente. Não nega os condicionantes ecológico-ambientais, mas entende-os como hierarquicamente subjugados à forma como nossa sociedade se organiza. Tão pouco nega os desencadeadores etiológicos, mas situam-nos como componentes dos condicionantes e esses como servís do determinante social.

Vale ressaltar que há outras formas de pensar APS. Existe, por exemplo, a APS seletiva que se caracteriza basicamente por programas de impacto a comunidades específicas. Um exemplo poderia ser o Programa de Terapia de Reidratação Oral em região com alta mortalidade por doença diarreica. Também seria considerada APS seletiva um programa de Saúde Indígena.

Outra forma de ver a APS é apenas como um nível de atenção, baseado em prevalência, centrada no atendimento clínico, ou seja, centrada nas doenças mais comuns, no indivíduo e na figura do médico (APS Clássica).

A construção política que se pretende claramente não se afina com nenhum dos dois modelos anteriores, mas com o primeiro. Estamos nesse momento assumindo integralmente os princípios da APS ampliada, ou seja, orientada à comunidade. Esse posicionamento, apesar de ser político, tem uma base epistemológica, está profundamente relacionado com uma visão de mundo e, conseqüentemente, com uma concepção saúde-doença.

Retome as diferentes formas de pensar a APS e reflita sobre suas principais características, buscando exemplos que você conheça.

4.3 Características, Eixos e Diretrizes da APS

Existem várias opções teóricas que poderiam ser usadas como pontos de partida. Poderíamos dizer, por exemplo, que a APS está baseada na Vigilância da Saúde. Outro ponto de partida poderia ser o Cuidado Transversal. Outros poderiam argumentar que seria a Integralidade das Ações, ou seja, não se pode negar nem a legitimidade de qualquer um desses elementos, nem a relação intrínseca que eles guardam. Bem! Estamos falando, é claro, da APS ampliada, orientada à comunidade. Que fique bem claro, também, que, quando nos referimos à comunidade, estamos assumindo que nela há famílias e nessas famílias existem pessoas. Comunidade tem vida, pulsa.

4.3.1 Orientação para a Comunidade

Quem sabe, partimos, então, da comunidade? Partiremos do princípio de que a APS ampliada está **Orientada para a Comunidade** e a ela deve ser servil. Essa expressão (comunidade) carrega em seus sentidos estruturas não menos complexas, como cultura e suas representações, grupos sociais, etnias, religiões, saberes, identidades, micropoderes, modos de vida, relações no trabalho, formas particulares de organização, distribuição de renda, educação, características ambientais, e segundo Starfield (2002, p. 23), “características comportamentais da sua população e o senso de conexão e de graus de coesão social na comunidade”. Ou seja, a comunidade e seu território são expressões da sociedade organizada.

É a Epidemiologia crítica (social) a ferramenta que subsidiará a vigilância da saúde. Cabe à equipe de APS a adscrição dos usuários e sistematização do conhecimento da prevalência dos problemas comunitários e o arsenal que a comunidade dispõe para seus enfrentamentos. A aplicação de

métodos epidemiológicos favorece o reconhecimento dos problemas comunitários, bem como suas relações causais e de determinação, colaborando com o planejamento local de saúde.

Dentro do contexto da orientação comunitária, outra categoria se insinua, a **participação social**. A participação democrática dos usuários do sistema nos processos decisórios, como nos Conselhos Locais de Saúde (CLS), são premissas da APS ampliada. Mas, seria a participação nos conselhos locais de saúde a única forma de participação social?

É claro que na elaboração da pergunta já esteja baseada a resposta. Infere-se que os Movimentos Sociais podem ser instrumento de empoderamento tão legítimo quanto os CLSs. Ousariamos afirmar que, talvez, o usuário empoderado nos movimentos sociais tenha mais condições de empreender nos CLSs.

É importante que se diga que a construção de uma nova cidadania não está na simples elaboração de um CLS, mas podemos entender o seu papel não apenas como um instrumento regulador. O CLS deve ser visto como um potente instrumento de planejamento, de ouvidoria, de corresponsabilização e de democracia participativa.

4.3.2 Primeiro Contato

Outra característica da APS é o **Primeiro Contato**. Partindo-se do princípio da **Universalidade**, espera-se que a APS seja a porta de entrada do sistema. É a partir da adscrição que o usuário se coloca tanto para acompanhamento de suas demandas de saúde quanto para as situações de agravos. A ideia de porta de entrada funciona mais como uma referência de cuidado para o usuário. É na sua comunidade, na sua unidade de APS, na sua equipe de saúde, que ele busca “abrigo” quando precisa. Essa referência é necessária, mesmo porque o usuário não conhece os fluxos do sistema de saúde.

Bem! Mais três conceitos aqui se colocam, sem os quais não podemos ir adiante: Universalidade, Acessibilidade e Acolhimento.

O primeiro, a **Universalidade**, parte da “garantia da atenção à saúde, por parte do sistema a todo e qualquer cidadão” e repercute a máxima de que saúde é direito de cidadania e dever do Estado (BRASIL, 1990). Parece místico, não é? Acredita-se que o fortalecimento do sistema passa pela atenção universal de qualidade. Pode parecer um sonho pensar que um dia ninguém precisará de UNIMED ou qualquer plano ou seguro de saúde, mas é um sonho possível.

A APS não pode ser pensada como uma “medicina de má qualidade e para pobres”, mas como um “cuidado de saúde para todos”, que tem que atingir a classe média também, quer dizer, tem que prever cobertura a todos.

Assistam ao filme documentário de Michael Moore “SICKO” (Figura 12), traduzido para o Brasil como “SOS Saúde”. Vejam os exemplos de países ricos como Canadá, Grã-Bretanha, Suécia (não aparece no filme), que têm seus sistemas centrados na APS. Lá, todos se beneficiam desse fundamento de cidadania que é o direito à saúde. Bem! Não precisamos ir muito longe, Sérgio Arouca dizia que “a Reforma Sanitária brasileira é um projeto civilizatório”.

4.3.3 Acessibilidade

Passemos agora à acessibilidade; a APS deve ser acessível ao usuário cadastrado. Universalidade é a garantia legal, o direito à atenção à saúde, já acessibilidade é a facilitação dos fluxos ao direito da universalidade. Por exemplo:

Todo cidadão tem direito a uma ressonância magnética?
Sim, tem. (**universalidade**)

Todo brasileiro tem acesso a uma ressonância magnética?
Não, não tem. (**acessibilidade**).

O usuário cadastrado tem direito ao atendimento clínico na APS?
Sim, tem.

Tem acesso?
Sim e não, depende. É aí que entra o **acolhimento**.

Poderíamos dizer que a acessibilidade é a facilitação da universalidade e o **acolhimento** é um dos instrumentos da acessibilidade. De acordo com Merhy (1997, p. 67), acolhimento significa:

[...] humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas (acessibilidade universal). Diz respeito, ainda, à escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando com a solução do problema. Por consequência, o acolhimento deve garantir a resolubilidade, que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário.

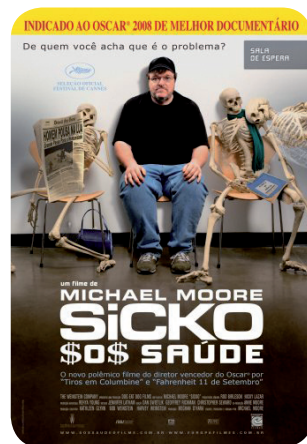


Figura 12: SOS Saúde
Fonte: SICKO, 2007.

4.3.4 Longitudinalidade

A **longitudinalidade**, que, muitas vezes, e não apropriadamente, é chamada de continuidade, refere-se ao conjunto de mecanismos estabelecidos no cuidado, que dá uma dimensão de transversalidade na relação entre a equipe de saúde e o usuário do sistema. Melhor dizendo, longitudinalidade implica uma relação de corresponsabilização de atenção aos indivíduos em seus ciclos de vida (eixo temporal), quer seja na proteção e promoção da saúde, ou no tratamento de suas demandas clínicas (eixo processo saúde-doença).

Conforme Starfield (2002), “a essência da longitudinalidade é uma relação pessoal ao longo do tempo, independente do tipo de problemas de saúde ou até mesmo da presença de um problema de saúde, entre um paciente e uma equipe de saúde”. Essa relação, por consequência, gera vínculo, responsabilização, confiança e otimização da resolubilidade.

Você pode estar pensando: longitudinalidade, vínculo, segmento em certo espaço de tempo? Como resolver isso se as relações trabalhistas na ESF são tão frágeis e a rotatividade é tão grande.

Para um profissional de saúde se estabelecer em uma comunidade, além de gostar muito do que faz e entender que aquela opção profissional tem relação com a concepção de mundo que ele carrega, deve ter uma relação trabalhista que implique vínculos fortes e um bom salário, além de boas condições logísticas de trabalho.

Rotatividade é a antilongitudinalidade, pois não favorece a essência da relação interpessoal ao longo do tempo.

4.3.5 Integralidade

Integralidade seria o quinto atributo que vamos discutir. O termo é uma tentativa de tradução da palavra de língua inglesa *comprehensiveness*, que significa habilidade de compreender um amplo aspecto de determinado objeto, ou como sinônimo de *entireness*, *entirety*, *totality*. Teria algumas aproximações da língua inglesa: *integrity*, *unity*, *wholeness*, *completeness*. Nenhuma dessas palavras expressa o sentido, e a palavra *integrality* pode ser encontrada no sentido de “estado de ser total e completo”. (STARFIELD, 2002), mas é usada com mais frequência como categoria de álgebra.

O espectro de seu sentido é bastante amplo e abrange desde a noção ampliada da concepção saúde-doença; passa pela compreensão do indivíduo como ser biográfico, familiar e social; potencializa a oferta integrada de serviços de **promoção e proteção da saúde**, e vai até a **prevenção de doenças** e a **recuperação e reabilitação da saúde**. De qualquer forma, poderíamos afirmar que a integralidade tem um sentido que pode ser considerado como nuclear e primordial: o reconhecimento da necessidade do outro. A integralidade exige que a APS reconheça a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize recursos para abordá-las (STARFIELD, 2002).

A integralidade parte também de outro pressuposto, que é o da complexidade do entendimento saúde-doença. A complexidade deve ser colocada não como produto final, mas como processo. Por consequência, Integralidade não é Totalidade, Integralidade não é produto, é processo. Não podemos ser puristas a ponto de inferir que toda a malha de complexidade que envolve o entendimento de saúde possa ser compreendida em sua íntegra. Nem que todas as necessidades do usuário possam ser satisfeitas em sua totalidade. Isso não existe; integralidade, repito, não é totalidade. Portanto, essa não pode ser usada como desculpa, pois parece que a totalidade não é “palpável”, mas a Integralidade o é.

Integralidade se constrói, se vivencia no dia a dia dos profissionais de saúde.

Vamos retornar agora ao conceito mais pragmático da Integralidade, estou falando das **Ações Integradas da Saúde**. Parte-se do pressuposto de que toda ação em saúde é derivada de uma concepção saúde-doença. Então, se falamos de ações integradas, estamos falando de uma concepção integrada de saúde-doença. Vamos explicar melhor:

A concepção saúde-doença **Biologicista**, ou seja, causada por um desencadeador biológico (unicausal), nos leva a agir na **Recuperação e Reabilitação da Saúde**. Um modo de ver multicausal, com seus condicionantes, é o **Ecológico-Ambiental**, que nos leva a agir na **Proteção da Saúde e Prevenção de Doenças**. Um entendimento de saúde-doença como processo e sua **Determinação Social** tem como consequência a **Promoção da Saúde**.

Ficou claro agora?

Então o que seriam as Ações Integradas da Saúde?

Seria intervir articulando as ações de Promoção, Proteção, Prevenção, Recuperação e Reabilitação. Voltemos ao pressuposto de que toda ação em saúde é consequente a uma concepção saúde-doença. Ora, as ações integradas implicam uma concepção saúde-doença da Integralidade, reconhece a determinação social, o condicionante ecológico-ambiental e o desencadeador biológico. Não significa negar o biológico, mas contextualizá-lo, localizá-lo dentro de outra perspectiva, que não reduz, mas amplia, segundo Cutolo (2001). Outras aproximações são possíveis conforme o quadro 13 a seguir.

| CONCEPÇÃO DE SAÚDE E DE DOENÇA | AÇÕES DE SAÚDE | EPIDEMIOLOGIA | EDUCAÇÃO |
|--------------------------------|--|---------------------------|---|
| Biológica, unicausal | Recuperação e Reabilitação da saúde | Clínica | Orientação ao paciente |
| Multicausal, higienista | Proteção da saúde e prevenção de doenças | Clássica | Educação sanitária |
| Determinação social | Promoção da saúde | Crítica (social) | Educação em saúde |
| Integralidade | Recuperação, reabilitação, proteção, prevenção, promoção | Clínica, clássica, social | Orientação ao paciente Educação sanitária, Educação em saúde |

Quadro 13: Relações entre concepção saúde-doença e ações em saúde, epidemiologia e educação.

Fonte: Cutolo, 2001.

4.3.6 Coordenação do Cuidado

Passaremos agora a discutir a **Coordenação do Cuidado**. Assim é chamada a organização dos atributos da APS: a gestão do processo de trabalho da equipe que otimiza os demais atributos e que dinamiza os fluxos. Isto é, que cadastra, investiga, determina, acompanha, encaminha, produz ações integradas, acolhe e promove resolubilidade.

Por opção teórica, não seria previsível localizar a coordenação do cuidado e entendê-la dentro de uma perspectiva de gestão da **Vigilância da Saúde**? Então a vigilância da saúde seria o esforço como proposta metodológica de gestão:

[...] para integrar a atuação do setor saúde sobre as várias dimensões do processo saúde/doença, especialmente do ponto de vista da determinação social. A partir daí busca desenvolver propostas de operacionalização dos sistemas de saúde, de forma a se respeitar uma visão mais totalizadora. (CAMPOS, 2003, p. 577).

A vigilância da saúde, como eixo estruturante de gestão local, parte do sentido de território, da identificação dos riscos e seus determinantes e condicionantes, e do planejamento das ações de cuidado.

4.4 APS Para Quê? Por Que APS?

Por que tudo isso? Quais as vantagens da APS? A quem se destina? Por que mudar o modelo de atenção?

Existem indicativos de que países com desenvolvimento econômico aproximado podem ter indicadores sanitários diferenciados. Esta afirmação é sustentada na premissa de ter ou não ter um Sistema Nacional de Saúde baseado na APS (STARFIELD, 1994). Outros resultados são encontrados: menor gasto *per capita* em saúde; maior grau de satisfação do usuário; menor quantidade de medicamentos consumidos.

Em outra pesquisa, Shi (1994) conclui que, quanto maior a proporção de médicos de APS por população e menor a proporção de especialistas, melhores são as chances de vida, independentemente do efeito de outros fatores de influência, como a renda per capita.

Os EUA não têm um sistema de saúde organizado na APS e, apesar de ser o país que mais gasta no setor saúde, têm indicadores de saúde mais pobres do que outros doze países, comparativamente. Maior taxa de baixo peso ao nascer, maior taxa de mortalidade infantil e em anos potenciais de vida perdidos (STARFIELD, 2000).

O acesso a serviços de saúde estruturados na APS melhora o indicador sanitário. Tanto a privação do acesso quanto a retirada dos serviços oferecidos é seguida, num período de tempo relativamente curto, por declínio da saúde (STARFIELD, 2002).

É interessante notar que, apesar da importância do determinante social e dos condicionantes ecológico-ambientais no desencadeamento dos processos de adoecimento, a APS pode dar uma resposta satisfatória, melhorando esses indicadores.

Pode-se observar ainda:

- a) menor taxa de mortalidade pós-natal;
- b) melhor sobrevivência à meningite bacteriana;
- c) menores taxas de hospitalização por complicações pela diabetes;

- d) menores índices de gravidez na adolescência;
- e) maior cobertura vacinal;
- f) maior expectativa de vida;
- g) maior disponibilidade de tratamento efetivo.

Reflexão: Como podemos ver, os argumentos para se organizar um Sistema Nacional de Saúde baseado na APS são convincentes. Você percebe estas características no sistema de saúde do seu município? Veja a responsabilidade que nos é colocada. Reflita um pouco sobre a importância do trabalho que você desenvolve em sua unidade. Todos vocês fazem parte dessa história e com ela estão comprometidos.

4.5 E o Que o Brasil Tem a Ver Com Isso? E a Estratégia Saúde da Família?

Vamos analisar agora esta questão, focando a realidade brasileira e a Estratégia Saúde da Família. Fique atento a todo o percurso e sua complexidade.

4.5.1 A Estratégia Saúde da Família como Atenção Primária da Saúde Ampliada

Dos tipos de APS discutidos anteriormente (Seletiva, Clássica e Ampliada), poderíamos afirmar que a **Atenção Primária da Saúde Ampliada** é a opção teórica escolhida pelo Ministério da Saúde (MS). Na busca de uma identidade que caracterizasse uma opção política, e para diferenciar essa opção, o MS assumiu que APS ampliada será chamada de **Atenção Básica de Saúde**, a forma estruturante de organização do modelo. Já a **Estratégia Saúde da Família** é a opção operacional de implantação e consolidação da Atenção Básica de Saúde no Brasil.

Confuso? Vamos começar de trás para frente.

A ESF é a estratégia operacional da ABS, que é a personificação brasileira da APS Ampliada, ou seja, orientada para a comunidade.

Inicialmente chamado Programa Saúde da Família (PSF), como já vimos, foi desenhado em 1993, no final da gestão do então ministro da Saúde Henrique Santillo, cuja iniciativa buscava um impacto em sua administração em vias de se encerrar. Como sugestão, recebeu uma proposta de implementação da APS.

Embora aparentemente despreziosa, essa mudança de nome está carregada de ideologia. A primeira questão que se coloca é por que Saúde Comunitária é uma nomenclatura diretamente relacionada ao Movimento de Medicina Geral Comunitária, que, por sua vez, foi uma das sementes do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, germinadas na primeira metade da década de 1970. A segunda é que, uma vez estabelecida a família como objeto de atenção, a determinação social perde sua força como produtora de saúde e doença e, conseqüentemente, a intervenção sobre ela perde sentido.

O fato é que, da maneira como foi concebido, o PSF tem como princípio atender muito mais à comunidade do que à família propriamente dita. A base é territorial, não é familiar, porém não se trata de negar a família como estrutura social, mas colocá-la em seu lugar, submetida à organização da sociedade.

Curiosamente, a associação do programa com o nome da família trouxe outra confusão. Alguns estudiosos sobre saúde familiar criticam tanto a falta de ineditismo no foco familiar (já que se ocupam disso desde a primeira metade da década de 1980) como a falta de densidade teórica do PSF relacionado aos referenciais de família. Não há como procurar um marco teórico da saúde familiar no PSF, ele não existe, a base do PSF é o território onde vivem famílias compostas por pessoas.

Embora a família não seja o foco central no PSF, é importante conhecer alguns conceitos e as tendências atuais no Brasil. Para tanto, convidamos você à leitura e reflexão da unidade complementar A FAMÍLIA CONTEMPORÂNEA.

Retornando ao foco principal, alguns autores reconhecem que o PSF tinha a intenção de incidir sobre a organização do SUS e na municipalização da Integralidade atendendo, prioritariamente, aos 32 milhões de cidadãos identificados no Mapa da Fome do IPEA (SANTANA e CARMAGNANI, 2001, ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2007). É interessante pensar que essa priorização, de fato, caracterizaria um programa que, por sua vez, esboçava contornos de uma APS seletiva. Poderia ser diferente? Não sei! Há argumentos para se pensar que o programa deveria ser iniciado atendendo mais ao princípio da equidade do que ao da universalidade.

De qualquer forma, não se pode negar o fato de que o objetivo político de se efetivar a universalidade através da descentralização inspirou a implementação e difusão do PSF a partir de 1994.

Segundo Sampaio e Lima (2004), as competências das Secretarias Municipais de Saúde são:

- a) a operacionalização do PSF, inserindo o mesmo em sua rede de serviços, visando à organização descentralizada do Sistema Único de Saúde;
- b) garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades de Saúde da Família, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações preconizadas pelo Programa;
- c) selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais, conforme legislação vigente.

4.5.2 De Programa à Estratégia Saúde da Família

Essa forma de pensar ganhou corpo e pensar em um programa passava a não atender aos anseios do projeto político. Queria-se mais! Então, a operacionalização deixa de ser apenas um programa e ganha a autoridade de estratégia de reorganização do modelo de atenção, a Estratégia Saúde da Família (ESF). O PSF deixou de ter as limitações de um programa focal, setorial e expandiu limites, mudou a forma de ver o cuidado em saúde, reorganizou a APS e consolidou os princípios do SUS, portanto não poderia mais ser lido como um programa.

O Ministério da Saúde promoveu a mudança de programa para estratégia, com todas as implicações que essa mudança abrangia, em documento de 1997 (BRASIL, 1997).

Em 2006, o Ministério da Saúde, mediante a Portaria nº 648, de 28 de março, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, assumindo um posicionamento claro sobre o que considera ABS:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato

preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006, p. 1).

Essa forma de ver a APS está baseada na denominada APS ampliada e parte dos seguintes princípios:

- a) estratégia de organização do modelo assistencial;
- b) universalidade;
- c) territorialidade e adscrição;
- d) integralidade como princípio eixo;
- e) promoção da Saúde como ação nuclear;
- f) resposta à determinação social;
- g) interdisciplinaridade na relação da equipe;
- h) intersetorialidade;
- i) participação social.

Eis a síntese da ESF. Esses são os princípios norteadores da ESF, que é a possibilidade concreta de operacionalização dos atributos da APS tanto discutidos anteriormente.

4.5.3 A Equipe de Saúde da Família e suas Atribuições

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) conceitua a Estratégia Saúde da Família (ESF) como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no nível de atenção básica do sistema de saúde, voltadas à: ampliação da cobertura e melhoria da qualidade do atendimento; organização do acesso ao sistema; integralidade do atendimento; conscientização da população sobre as principais enfermidades locais e seus determinantes; incentivo à participação da população no controle do sistema de saúde. (Figura 14).



Figura 14 - Equipe de saúde da família
Fonte: Santos Neto, 2009

O MS orienta que as Equipes de Saúde da Família devem:

- a) planejar ações que produzam impacto sobre as condições de saúde da população em sua área de abrangência, orientadas por um diagnóstico participativo, capaz de identificar a realidade local e o potencial da comunidade na resolução dos problemas de saúde;

- b) conceber saúde como um processo de responsabilidade compartilhada entre vários setores institucionais e a participação social, o que implica buscar parceria intersetorial e conscientização dos indivíduos como sujeitos no processo de vigilância à saúde;
- c) pautar suas ações entendendo a família como espaço social e respeitando suas potencialidades e limites socioeconômicos e culturais, e buscar, nesse contexto, estratégias que otimizem as abordagens médicas e terapêuticas tradicionais.

Assim, são atribuições comuns a todos os profissionais que compõem as equipes de saúde da família:

- a) conhecer a realidade das famílias de sua área de abrangência. Para isso, devem participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, e atualizar continuamente as informações necessárias ao diagnóstico e acompanhamento das situações priorizadas no planejamento local;
- b) identificar problemas de saúde e situações de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos;
- c) realizar o cuidado em saúde da população adscrita, no âmbito da unidade de saúde, prioritariamente, e no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando necessário;
- d) garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas, respondendo, de forma contínua e racionalizada, à necessidade de saúde da população local, bem como às ações previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- e) realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos, de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- f) realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- g) responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado, mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- h) participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

- i) promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- j) identificar, na comunidade, parceiros e recursos que possam potencializar ações inter-setoriais com a equipe, sob coordenação da Secretária Municipal de Saúde (SMS);
- k) garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
- l) participar das atividades de educação permanente;
- m) realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades no planejamento local.

4.5.4 Requisitos para a formação da Equipe de Saúde da Família

A Política Nacional de Atenção Básica estabelece ainda as condições para a formação da Equipe de Saúde da Família:

- a) equipe multiprofissional responsável por, no máximo, quatro mil habitantes, sendo recomendável a média de três mil;
- b) regime de trabalho de quarenta horas;
- c) equipe mínima composta por Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem ou Técnico de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- d) o número de ACS deve ser de, no máximo, 12 por equipe, com, no máximo, um ACS para cada 750 pessoas;
- e) a incorporação das Equipes de Saúde Bucal na modalidade 1 deve incluir um Cirurgião Dentista e um Auxiliar em Saúde Bucal;
- f) a incorporação das Equipes de Saúde Bucal na modalidade 2 deve incluir, além dos mencionados na modalidade 1, um Técnico em Saúde Bucal.

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), atualizados até maio de 2009, 29.500 equipes foram implantadas em 5.208 municípios, cobrindo 49,7% da população brasileira, o que corresponderia a 94,2 milhões de pessoas. Além disso, já foram implantadas 18.049 equipes de Saúde Bucal, em 4.614 municípios, com cobertura de 45,9% da população, ou seja, 87,1 milhões de pessoas. No mesmo período, até maio de 2009, 229,1 mil ACSs estavam em atividade, cobrindo 59,8% da população, em 5.325 municípios.



Saiba mais

No site do Ministério da Saúde, você pode acessar a publicação da Portaria MS N° 648/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ali você encontra, além das atribuições comuns à equipe, aquelas relativas a cada categoria profissional. Sua leitura é fundamental para que você cumpra efetivamente a sua parte. Vá lá! Acesse: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/publicacoes.php>

Pense na realidade da área territorial de abrangência de sua unidade de saúde e compare com as diretrizes e os parâmetros de organização da ESF preconizados na Política Nacional de Atenção Básica, buscando refletir sobre as fragilidades presentes no seu cotidiano e as potencialidades possíveis de serem acionadas para a transformação dessa realidade.

Os desafios são muitos. Muito foi feito! Muito há por fazer. Algumas superações são necessárias como mudanças na forma de ver saúde e doença. Listamos, a seguir, alguns pressupostos fundamentais:

- a) toda ação em saúde é conseqüente a uma concepção saúde-doença;
- b) a ESF se dinamiza através do processo de trabalho que legitima os atributos da APS ampliada;
- c) esse processo de trabalho se dá por meio das ações;
- d) portanto, a ESF encerra uma concepção saúde-doença.

São grandes os desafios: mudar a forma de pensar a saúde, romper com o Modelo Biomédico, pensar a saúde como produção social, trabalhar a determinação social, promover saúde, integrar ações, cuidar, empoderar a população, construir cidadania, reduzir iniquidades.

A Reforma Sanitária pretende ser uma possibilidade de construção de cidadania nesse país, mas sem negligenciar o macrocontexto. Devemos entender suas próprias limitações, mas não hesitar em sermos contra-hegemônicos.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, apresentamos a você as concepções de APS, ABS e ESF, o conceito de APS e sua importância para a política pública de saúde no Brasil. Você estudou também as características, eixos e diretrizes da Atenção Primária da Saúde e a Estratégia Saúde da Família como modelo de APS no SUS. Nosso objetivo, com esta organização de temas, foi propiciar uma reflexão sobre o conceito, as características, eixos e diretrizes da Atenção Primária da Saúde e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. Você conseguiu chegar a esta reflexão? Atingiu os objetivos propostos?

CAROS ESPECIALIZANDOS

Encerramos aqui a apresentação do conteúdo completo deste módulo Saúde e Sociedade. Isso não significa que seus estudos acabaram. Você deve acessar os links externos (web) sugeridos e todo o material de estudo complementar que disponibilizamos no Ambiente Virtual de Aprendizagem.

Você tem agora uma atividade sugerida, que é a autoavaliação. Quando concluir realmente seus estudos referentes a esta unidade, então acesse o link “Autoavaliação” e verifique seu aprendizado. Se perceber que surgiram algumas dúvidas, procure seu tutor para orientá-lo.

Faça todas as atividades sugeridas, revise os conteúdos e prepare-se para a avaliação final do módulo. Sugerimos, ainda, que leia a Unidade Complementar que encontra-se a seguir. Fique atento às instruções de sua tutoria.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária da saúde e a estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. de S. et al (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 783-836.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, 1990.

_____, Portaria no 648/2006 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 28 mar. 2006.

_____, **Resultados alcançados na ABS**. 2009. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#numeros>>. Acesso em: 23 jul. 2009.

_____, **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232003000200018&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 fev. 2010.

CUTOLO, L. R. A. **Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC**. 2001. 208 f. Tese (Doutorado em Educação)–Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário Aurélio básico de língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.

MERHY, E. Em busca do tempo perdido: a micro política do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. cap. 2.

MICHAELIS. **Moderno dicionário inglês-português, português-inglês**. São Paulo: Melhoramentos, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório da conferência internacional sobre cuidados primários em saúde**. Brasília, 1978.

SAMPAIO, L. F. R.; LIMA, P. G. A. **Apoio ao programa saúde da família**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2004. Disponível em: <http://www.saudedafamilia.rs.gov.br/v1/conteudo/index.php?p=p_10>. Acesso em: 15 abr. 2009.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 1, jan./jul., 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/04.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2010.

SHI, L. Primary care, specialty care, and life chances. **International Journal of Health Services**, Nova York, n. 24, p. 431-458, 1994.

SICKO - S.O.S. Saúde. Produção de Michael Moore; Meghan O'Hara. Roteiro de Michael Moore. Direção de Michael Moore. Intérpretes: Michael Moore; Reggie Cervantes; John Graham; William Maher; Linda Peeno. Estados Unidos da América, 2007. 1 DVD (113 min).

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

_____, Is primary care essential? **Lancet**, Nova York, n. 334, p. 1129-1133, out. 1994.

_____, Is us health really the best in the world? **Jama**, Chicago, n. 284, p. 483-485, jul. 2000.