

Atenção Primária da Saúde, Atenção Básica da Saúde e a Estratégia Saúde da Família

Luiz Roberto Agea Cutolo

I. Hora de Brincar com as Palavras.

Antes de qualquer descrição sistemática da ESF, penso que seria prudente categorizar o conceito em que essa atividade se localiza, digo 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-português¹. *Primary* significa **primordial, principal, fundamental, essencial**. Já 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 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 creio que se esteja partindo de uma simples erudição semântica, mas 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.

Parece-me que as Ciências da Educação estão em vantagem em relação às Ciências da Saúde no que se refere a reajustar suas traduções. Lembro que o que no passado chamávamos de Ensino Primário, hoje nos referimos a Ensino Fundamental, como tradução da referência da atividade da *Primary School*.

¹ Michaelis: Moderno Dicionário Inglês-Português, Português-Inglês. São Paulo, Companhia Melhoramentos, 2000.

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 dicionário² novamente? Básico significa: **o que serve de base, essencial, principal, fundamental**. Curioso, não é? Parece que estamos chegando mais perto. Confesso que prefiro o significado da palavra **Básico**, do que, propriamente, a palavra básico em si.

Não sei se concordam, mas parece que nem **Atenção Básica da Saúde**, nem **Atenção Primária da Saúde** expressam a essência do significado. Tenho discutido isso 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 eu não apostaria nem um centavo na minha afirmação. Ora traduzido como **Cuidado**, ora traduzido como **Atenção**, outras, talvez mais equivocadamente, como **Assistência**. O conceito atual e a discussão contemporânea da área parece apontar 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, assumirei, apesar das críticas descritas anteriormente, a APS como expressão do que desenvolverei a seguir.

II. Tudo bem! Mas o que é APS, afinal?

Já me adianto que tão pouco a APS têm um sentido único. Várias apropriações, usos, sentidos têm sido utilizados, tanto por forças conservadoras, quanto por forças progressistas. Parece-me 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 “13” e do “B”? Poderia dizer que toda concepção saúde-doença tem uma ação conseqüente. Ou, de outra forma, toda atenção

² Ferreira, Aurélio Buarque de Holanda: Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro. Editora Nova Fronteira, 1988.

(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.

Lembro também, quando me refiro às forças conservadoras e progressistas, que atualmente se sentam na mesma mesa de negociações, que os primeiros estão preocupados com o custo do setor saúde e enxergam a APS como a possibilidade de barateá-los, enquanto que 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 em 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: **Primário** composto por generalistas em comunidades; **Secundário** com especialistas atuando em ambulatórios; **Terciário** com especialistas vinculados à atenção hospitalar. Segundo o mesmo autor, caracterizaria a APS 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 da concepção 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, foi apenas em 1978 em Alma Ata que a Organização Mundial de Saúde³ sistematizou os princípios da APS. Pode-se dizer que Alma Ata conseguiu

³ Organização Mundial de Saúde – Ministério da Saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Brasília. OPAS/MS, 1978.

sistematizar, sintetizar um movimento que está sendo dinamizado em todo mundo, inclusive no Brasil. Não seria errado inferir que esse encontro entendeu o que estava sendo processado e produziu uma síntese do que as condições da realidade estavam operando. O relatório não criou uma nova realidade, mas retratou as lutas de diversos movimentos sanitários. Também não seria errado concluir que o documento trouxe um aparente aconchego 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. 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 saúde⁴.

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

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 Comunidade⁵, desenvolvida por Starfield (2002)⁶.

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

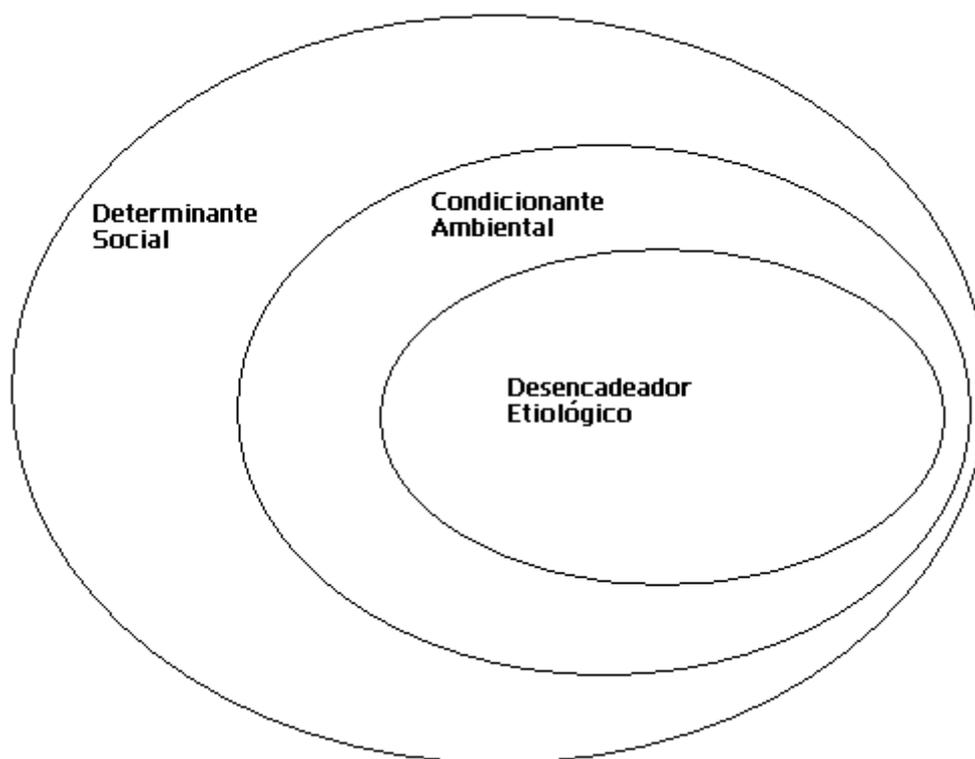
⁴ Organização Mundial de Saúde – Ministério da Saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Brasília. OPAS/MS, 1978, p. 4.

⁵ Community-oriented Primary Care.

⁶ STARFIELD, BARBARA: Atenção Primária – Equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília. UNESCO/MS, 2002.

APS está intrinsecamente relacionada com aqueles princípios para quem entende saúde-doença como processo determinado socialmente. Não nega os condicionantes ecológicos-ambientais, mas entende-os como hierarquicamente subjugado à forma como nossa sociedade se organiza. Tão pouco nega os desencadeadores etiológicos, mas situam-nos como componentes dos condicionantes e esses como servis do determinante social.

A figura 1 ilustra esquematicamente as relações de causalidade:



Fonte: Cutolo, 2006⁷

Fig. 1 Representação das relações de causalidade

Vale ressaltar que existem outras formas de pensar APS. Existe, por exemplo, a APS seletiva que basicamente se caracteriza 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 diarréica. Também seria considerada APS seletiva um programa de Saúde Indígena.

⁷ CUTOLO, L. R. A. : Modelo Biomédico, Reforma Sanitária e Educação Pediátrica. Arquivos Catarinenses de Medicina. Vol. 35, número 4, 2006.

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.

III. Características, eixos, 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 digo comunidade estou assumindo que na comunidade há famílias e nessas famílias existem pessoas. Comunidade tem vida, pulsa.

III. 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, micro-poderes, modos de vida, relações no trabalho, formas particulares de organização, distribuição de renda, educação, características ambientais e segundo Starfield⁸ “características

⁸ STARFIELD, BARBARA: Atenção Primária – Equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília. UNESCO/MS, 2002, p. 23.

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. Tanto a determinação social, quanto seus elementos de expressão devem ser rigorosamente apreciados pela APS.

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 minha pergunta eu já esteja baseado na minha resposta. Minha inferência é que os Movimentos Sociais podem ser instrumento de empoderamento tão legítimo quanto os CLS. Ousaria até a afirmar que talvez o usuário empoderado nos movimentos sociais tenha mais condições de empreender nos CLS. Um CLS construído a partir do empoderamento me parece mais legítimo do que um CLS que empodera. É importante que se diga que a construção nova não está na simples elaboração de um CLS, mas entender o seu papel não apenas como um instrumento regulador. O CLS deve ser visto como um potente instrumento de planejamento, de ouvidoria, de co-responsabilização, de democracia participativa.

III. 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 às situações de agravos. A idéia 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”⁹ e repercute a máxima de que saúde é direito de cidadania e dever do estado. Parece místico, não é? Eu acredito 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. APS não pode ser pensada como uma “medicina de má qualidade e para pobres”, mas como um “cuidado de saúde para todos”, tem que atingir a classe média, quer dizer, tem que prever cobertura a todos. Certa vez ouvi uma palestra do Eugênio Vilaça Mendes que me desconsertou, dizia ele: “O SUS vai dar um grande salto quando a classe média se utilizar dele” É possível? Claro que é! Recomendo que assistam ao filme documentário de Michael Moore “SICKO”, 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”.

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 (universalidade)? Sim, tem. Todo brasileiro tem acesso a uma ressonância magnética (acessibilidade)? Não, não tem. O usuário cadastrado tem direito ao atendimento clínico na APS? Sim, tem. Tem acesso? Sim e não, depende. É aí que entra o **acolhimento**.

⁹ BRASIL – Ministério da Saúde: ABC do SUS Doutrinas e Princípios. Brasília, 1990, p. 9.

Poderíamos dizer que a acessibilidade é a facilitação da universalidade e o **acolhimento** é um dos instrumentos da acessibilidade. Segundo Merhy¹⁰ 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.

III. 3. Longitudinalidade

A **longitudinalidade**, muitas vezes, e não apropriadamente, chamada de continuidade¹⁰, 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 numa relação de co-responsabilização de atenção aos indivíduos em seus ciclos de vida (eixo temporal) quer seja na proteção e promoção da saúde, seja no tratamento de suas demandas clínicas (eixo processos saúde-doença). “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”¹¹ 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 em vínculos fortes e um bom salário, além de boas condições logísticas de trabalho. Rotatividade é a anti-longitudinalidade, pois não favorece a essência da relação interpessoal ao longo do tempo.

¹⁰ MERHY, Emerson: Em busca do tempo perdido: a micro política do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (org) Agir em Saúde: Um Desafio Para o Público. São Paulo. Ed. HUCITEC, 1997, p. 71.

¹¹ STARFIELD, BARBARA: Atenção Primária – Equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília. UNESCO/MS, 2002, p. 246.

III. 4. Integralidade

Integralidade seria o quinto atributo que eu gostaria de 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” ². 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” ¹², mas é usada com mais frequência como categoria de álgebra.

O espectro de seu sentido é bastante amplo e parte desde a noção ampliada da concepção saúde-doença; passa pela compreensão do indivíduo enquanto ser biográfico, familiar e social; e potencializa a oferta integrada de serviços de **promoção e proteção de saúde**, 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: **reconhecimento da necessidade do outro**. “A integralidade exige que a APS reconheça adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las” ¹³.

A integralidade parte também de outro pressuposto que é o da complexidade do entendimento saúde-doença. A complexidade deve ser colocada, do ponto de vista epistemológico como não podendo ser entendida como produto final, mas como processo. Por conseqüência, 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

¹² Ou como sinônimo de *entireness, entirety, totality*.

¹³ STARFIELD, BARBARA: Atenção Primária – Equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília. UNESCO/MS, 2002, p. 314.

Integralidade o é. Integralidade se constrói, se vivencia no dia a dia do cotidiano dos profissionais de saúde.

Vamos retornar agora ao conceito mais pragmático da Integralidade, estou falando das **Ações Integradas da Saúde**. Parto do pressuposto de que toda ação em saúde é derivada de uma concepção saúde-doença. Por conseqüência, se estou falando de ações integradas estou falando de uma concepção integrada de saúde-doença. Ok! Explico melhor.

Uma concepção saúde-doença **Biologicista**, ou seja, através do desencadeador biológico (unicausal) me leva a agir na **Recuperação e Reabilitação da Saúde**. Um modo de ver multicausal com seus condicionantes **Ecológicos-Ambientais** me leva a agir na **Proteção da Saúde e Prevenção de Doenças**. Um entendimento de saúde-doença enquanto processo e sua **Determinação Social**, tem como conseqüência 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, Reabilitação. Voltemos ao pressuposto de que toda ação em saúde é conseqüente a uma concepção saúde-doença. Ora, as ações integradas implicam numa 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 ¹⁴. Outras aproximações são possíveis conforme quadro.

Concepção de Saúde e de Doença	Ações de saúde	Epidemiologia	Educação
Biológica, Unicausal	Recuperação e Reabilitação da Saúde	Clínica	Orientação ao paciente
Multicausal, Higienista e	Proteção da Saúde e	Clássica	Educação Sanitária

¹⁴ CUTOLO, LUIZ ROBERTO AGEA: Estilo de Pensamento em Educação Médica. Tese de Doutorado. CED/UFSC. 2001.

preventivista	Prevenção de Doenças		
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: Relações entre concepção saúde-doença e ações em saúde, epidemiologia e educação.

III. 5. Coordenação do Cuidado

Passaremos agora a discutir a **Coordenação do Cuidado** que é “essencial para a obtenção dos outros aspectos. Sem ela, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função de primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa”¹⁵. Coordenação é a organização dos atributos da APS, é uma gestão do processo de trabalho da equipe que otimiza os demais atributos, que dinamiza os fluxos. Enfim, que cadastra, que investiga determinante, que acompanha, que encaminha, que produz ações integradas, que acolhe, que 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**? Seria a vigilância da saúde o esforço, enquanto 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.¹⁶

¹⁵ STARFIELD, BARBARA: Atenção Primária – Equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília. UNESCO/MS, 2002, p. 365.

¹⁶ CAMPOS, CARLOS EDUARDO AGUILERA: O Desafio da Integralidade Segundo as Perspectivas da Vigilância da Saúde e da Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (2): 569-584, 2003, p.577.

A vigilância da saúde, enquanto 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

IV. APS para o quê? Por que APS?

Pois é, boa pergunta. 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 aproximados podem ter indicador sanitário diferenciado, sustentado na premissa de ter ou não ter um Sistema Nacional de Saúde baseado na APS ¹⁷. Outros resultados são encontrados: menor gasto *per capita* em saúde; maior grau de satisfação do usuário; menor quantidade de medicamentos consumidos.

Em outra pesquisa Shi¹⁸ conclui que quanto maior a proporção de médicos de APS por população e menor a proporção de especialistas, melhores são as chances de vida independente 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 gastam 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 de vida potencial perdidos ¹⁹.

O acesso a serviços de saúde estruturados na APS melhora indicador sanitário. “A privação do acesso, como pela retirada de serviços oferecidos anteriormente, é seguida, num período de tempo relativamente curto, por declínio da saúde” ²⁰.

¹⁷ STARFIELD, BARBARA: Is Primary Care Essential? Lancet, 334: 1129-1133, 1994.

¹⁸ SHI, L.: Primary care, specialty care, and life chances. Int. Journal Health Service, n. 24, p. 431-458, 1994.

¹⁹ STARFIELD, BARBARA: Is US health really the best in the world? JAMA, 284: 483-485, 2000.

²⁰ STARFIELD, BARBARA: Atenção Primária – Equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília. UNESCO/MS, 2002, p. 533.

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

Pode-se notar ainda, uma [...]

- menor taxa de mortalidade pós-natal,
- melhor sobrevivência à meningite bacteriana,
- menores taxas de hospitalização por complicações a diabetes,
- menores índices de gravidez na adolescência,
- maior cobertura vacinal,
- maior expectativa de vida,
- maior disponibilidade de tratamento efetivo.

Como podem ver, os argumentos para se organizar um Sistema Nacional de Saúde baseado na APS são convincentes. Vejam a responsabilidade que nos é colocada. Entenderam a importância do trabalho que vocês desenvolvem em suas unidades? Vocês estão fazendo parte dessa história e com ela estão comprometidos.

V. E o que o Brasil tem a ver com isso?

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, foi desenhado em 1993, no final da gestão do ministro da saúde Henrique Santillo. O professor Marco Aurélio da Ros foi testemunha, como participante dos encontros que se sucederam em Brasília, do processo de elaboração do programa. Segundo ele, a iniciativa do ministro buscava um impacto em sua administração em vias de se encerrar. Como sugestão recebeu uma proposta de implementação da APS.

Segundo o professor Da Ros, concebido inicialmente como um Programa de Saúde Comunitária, negociações políticas que incluíam o organismo financiador, levaram à mudança de nome para Programa Saúde da Família. Embora, aparentemente, despreziosa, essa mudança de nome está carregada de ideologia. Primeiro porque Saúde Comunitária é uma cunhagem 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 setenta. A segunda questão que se coloca 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 a maneira como foi concebido, o PSF tem como princípio muito mais a comunidade do que a 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 oitenta), tanto 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 moram famílias compostas por pessoas.

Alguns autores²¹ reconhecem que o PSF tinha a intenção de incidir sobre a organização do SUS e na municipalização da Integralidade, mas atenderia prioritariamente aos 32 milhões de cidadãos identificados no Mapa da Fome do IPEA. 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 1994²².

Às Secretarias Municipais de Saúde compete a operacionalização do PSF, inserindo o mesmo em sua rede de serviços, visando a organização descentralizada do Sistema Único de Saúde. Também compete aos municípios garantir infra-estrutura 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 e selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais, conforme legislação vigente. Enfim, o "jeito de fazer" deve ser próprio em cada município e adaptado à sua realidade local, desde que observadas e mantidas as diretrizes emanadas do Ministério da Saúde.²³

Essa forma de pensar ganhou corpo e pensar em um programa passava a não atender aos anseios do projeto político. Queria-se mais! A operacionalização deixa de ser 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, expandiu limites, mudou a forma de ver o cuidado em saúde, reorganizou a APS, consolidou os princípios do SUS, portanto não poderia

²¹ SANTANA, MILENA LOPES & CARMAGNANI, MARIA ISABEL: Programa Saúde da Família no Brasil: Um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. Saúde e Sociedade. Vol. 10, n. 1, jan-jul, 2001.

²² ANDRADE, LUIZ ODORICO MONTEIRO; BARRETO, IVANA CRISTINA DE HOLANDA CUNHA & BEZERRA, ROBERTO CLÁUDIO: Atenção Primária da Saúde e a Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, GASTÃO WAGNER DE SOUSA; MINAYO, MARIA CECÍLIA DE SAOUZA; AKERMAN, MARCO; DRUMOND JÚNIOR, MARCOS & CARVALHO, YARA MARIA (ORGANIZADORES): Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo e Rio de Janeiro. Editora HUCITEC e Editora FIOCRUZ, 2007.

²³ SAMPAIO, LUIA FERNANDO ROLIM & LIMA, PEDRO GILBERTO ALVES: Apoio ao Programa Saúde da Família. 2004. Acessado em 15 de abril de 2009:
http://www.saudedafamilia.rs.gov.br/v1/conteudo/index.php?p=p_10

mais ser lido como um programa²³. O MS promove a mudança de programa para estratégia, com todas as implicações que essa mudança encerraria, em documento de 1997²⁴.

Em 2006 o Ministério da Saúde em portaria que aprova a Política Nacional de Atenção Básica assume 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 social²⁵.

Essa forma de ver a APS está baseada no que chamei anteriormente de APS ampliada e parte dos princípios:

1. Estratégia de organização do modelo assistencial.
2. Universalidade.
3. Territorialidade e adscrição.
4. Integralidade como princípio eixo.
5. Promoção da Saúde como ação nuclear.
6. Resposta à determinação Social.
7. Interdisciplinaridade na relação da equipe.
8. Intersetorialidade.
9. Participação social.

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

²⁴ BRASIL – Ministério da Saúde: Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

²⁵ BRASIL- Ministério da Saúde: Portaria 648 de 28 de março de 2006. Diário Oficial da União. Brasília, 2006.

A portaria ministerial estabelece as condições para a formação da Equipe de Saúde da Família:

- Equipe multiprofissional responsável por, no máximo 4.000 habitantes, sendo recomendável a média de 3.000.
- Regime de trabalho de 40 horas.
- Equipe mínima composta por Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem ou Técnico de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
- O número de ACSs deve ser de no máximo 12 por equipe, máximo um ACS para cada 750 pessoas.
- A incorporação das Equipes de Saúde Bucal na modalidade 1 deve incluir um Cirurgião Dentista, e um Auxiliar de Consultório Dentário.
- A incorporação das Equipes de Saúde Bucal na modalidade 2 deve incluir, além dos mencionados na modalidade 1, um Técnico de Higiene Dental.

Dados do MS²⁶ atualizados até 2007 dão conta de que 27.324 equipes foram acionadas em 5.125 municípios, cobrindo 46,6% da população brasileira, o que corresponderia a 87,7 milhões de pessoas.

Já foram implantadas 15,7 mil equipes de Saúde Bucal em 4,3 mil municípios, com cobertura de 40,9% da população, ou seja, 77 milhões de pessoas.

No mesmo período, 2007, 211 mil ACSs estavam em atividade cobrindo 56,8% da população em 5,3 mil municípios.

Os desafios são muitos. Muito foi feito? Muito há por fazer. Algumas superações são necessárias como mudanças na forma de ver saúde e doença. Seguem fortes os pressupostos de que:

²⁶ BRASIL – Ministério da Saúde: Resultados alcançados na ABS. 2007. Acessado em 16 de abril de 2009: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#numeros>.

- Toda ação em saúde é conseqüente a uma concepção saúde-doença.
- A ESF se dinamiza através do processo de trabalho que legitima os atributos da APS ampliada.
- Esse processo de trabalho se dá através das ações.
- Portanto a ESF encerra uma concepção saúde-doença.

Esse é um grande desafio: mudar a forma de pensar saúde, romper com o Modelo Biomédico, pensar saúde como produção social, trabalhar a determinação social, promover saúde, integrar ações, cuidar, empoderar, construir cidadania, reduzir iniquidades. A Reforma Sanitária pretende ser uma possibilidade de construção de cidadania nesse país, mas sem negligenciar o macro-contexto. Entender suas próprias limitações, mas não hesitar em ser contra-hegemônico.