

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL: UMA APROXIMAÇÃO CONCEITUAL

Flavio Goulart

As origens da atenção à saúde do grupo familiar remontam, como se sabe, aos primórdios da medicina. Durante muitos séculos, com efeito, na vigência do modo artesanal de prática médica, o *locus* preferencial da atenção era o consultório dos médicos que, não raro, se situava no âmbito da própria residência destes profissionais. Alternativamente, o cuidado era prestado nos domicílios dos pacientes, sob as vistas diretas das famílias e, não raramente, com sua participação direta no processo de cura.

No Brasil, a implantação da política de saúde denominada de Saúde da Família a partir de meados dos anos 90 teve como substrato conceitual a noção de Atenção Primária à Saúde (APS), nos termos que é definida em documentos da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1978).

É preciso definir, de início, os diversos elementos conceituais que distinguem o que se chama hoje de práticas em “Saúde da Família”, demonstrando, ao mesmo tempo sua vinculação conceitual com a APS.

Assim, obrigatória referência é a Conferência de Alma-Ata , realizada em 1978 sob os auspícios da OMS e da UNICEF. Em termos textuais, em livre tradução do original, a APS é conceituada como:

Atenção à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente demonstrados e socialmente aceitáveis, cujo acesso esteja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade, de maneira que possam sustentá-la, a um custo que tanto a comunidade como cada país possam manter, em cada estágio de desenvolvimento em que se encontrem, com espírito de auto-confiança e auto-determinação. Representa parte integrante do sistema sanitário do país, no qual desempenha uma função central, constituindo-se também o foco principal do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato das pessoas, das famílias e da comunidade com o sistema de saúde do país, levando a assistência à saúde o mais perto possível do lugar onde reside e trabalha a população, representando ainda o primeiro elo de uma atenção continuada à saúde.

Starfield (2001), autora que constitui referência obrigatória no tema da APS, a define como o “centro da política sanitária”, ou seja, um nível do sistema de saúde de amplo acesso para todo novo problema ou necessidade, de efeito temporal duradouro, centrado mais na pessoa do que na doença, coordenado e integrado em termos de lugares e profissionais que nele atuam e além do mais capaz de oferecer atenção à

maioria dos agravos à saúde, com exceção daqueles mais raros ou pouco habituais. A APS representaria, além disso, a base do sistema de saúde e um enfoque que determinaria o modo de atuar dos níveis restantes do sistema.

A mesma Organização Mundial de Saúde (WHO, 1984), em abordagem mais recente (*Carta de Liubliana*), define que a APS deve ser um dos princípios em que se baseiam os sistemas de saúde, ao lado dos conceitos e valores de dignidade humana, equidade, solidariedade, ética, promoção da saúde, participação, qualidade e sustentabilidade. Tais aspectos estão em consonância com o que aquela entidade define contemporaneamente como *saúde*, ou seja, “o grau em que uma pessoa ou grupo é capaz de realizar suas aspirações e de satisfazer suas necessidades e de enfrentar adequadamente seu ambiente”, o que resulta que a mesma (saúde) deve ser considerada como um recurso a mais na vida cotidiana, e não um objetivo da vida; um “conceito positivo”, que engloba tanto os recursos materiais e sociais como capacidade física para alcançá-lo.

Para Vuori (1985), a APS tem como objetivo a saúde, integrando prevenção, assistência e cura; como conteúdo a promoção da saúde e a atenção continuada e integral; como base organizacional, os médicos generalistas ou de família, além de outros profissionais de saúde integrados em uma equipe; como responsabilidade a colaboração intersetorial, a participação da comunidade e a auto responsabilização. Este autor sintetiza, com estas categorias, as necessidades de mudança no sistema de saúde tradicional, ancorado em objetivos como: a cura de doenças; o conteúdo baseado em terapias e atenção episódica referente a problemas específicos; a organização baseada em médicos e especialistas envolvidos com o trabalho individual e, finalmente, a responsabilidade centrada de forma restrita no próprio setor saúde, com predomínio técnico-profissional nos cuidados de saúde.

Vasconcelos (1999) apresenta diferentes concepções e propostas de APS, que convivem e divergem entre si. São elas, a *assistência médica primária*; a *atenção primária seletiva* e a *atenção primária integral (comprehensive*, conforme o original em língua inglesa). As duas primeiras representam formas mais limitadas de atenção, uma vinda por transplante direto dos consultórios médicos e, a outra, marcada pelo caráter racionalizador e poupadão de custos de sua prática. A última, deriva dos enunciados difundidos a partir de Alma Ata e tem como função principal o “apoio aos indivíduos e grupos sociais para que assumam cada vez mais o controle de suas vidas e de sua saúde”. É dentro desta última categoria que o autor vê a inserção da Saúde da Família no Brasil, mas adverte que o conceito praticado no País ainda se vê fortemente limitado, não só pelas “tradições positivistas e mecanicistas” que rodeiam a assistência à saúde, como, também, pelo “boicote político” e as “exigências de produtivismo numérico”. Assim, encarece, ainda se tornam necessários novas abordagens teóricas e metodológicas, que realizem, de fato, a almejada

integralidade (ou, nas palavras do autor, “alargamento”) de tal conceito de assistência.

Sousa (2001) define alguns dos “conceitos que sustentam” a ideia de Saúde da Família, citando, entre outros, a saúde como direito de acesso a bens e serviços, não apenas assistenciais; a promoção da saúde; a saúde para todos e a atenção primária à saúde; a ação da comunidade para a saúde; a *advocacy* em favor da saúde; os ambientes saudáveis e de apoio à saúde; o envolvimento social; a auto ajuda; o desenvolvimento sustentável, bem como a proposta de *cidades saudáveis*.

Em documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre a Estratégia de Saúde da Família podem ser encontrados algumas das categorias-chave que contribuem para a definição ora procurada, como por exemplo: (a) ser a porta de entrada de um sistema regionalizado e hierarquizado de saúde; (b) ter um território definido com uma população delimitada sob sua responsabilidade; (c) ter como centro de atenção a família, inserida em seu meio social; (d) intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; (e) prestar assistência integral, permanente e de qualidade; (f) realizar atividades de educação e de promoção da saúde; (g) estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre o serviço de saúde e a população; (h) estimular a organização das comunidades para exercer o efetivo controle social das ações e serviços de saúde; (i) utilizar os sistemas de informação para o monitoramento das ações e para a tomada de decisões (Ministério da Saúde Brasil, 2001).

Retornando a Starfield, autora já citada acima, uma APS de qualidade deve conter, no mínimo, os seguintes requisitos: (1) ações de saúde, no âmbito individual e coletivo; (2) abrangência que inclua a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, além da manutenção da saúde; (3) trabalho em equipe, com médico, enfermeiro e pessoal auxiliar, inclusive agentes comunitários de saúde; (4) foco da ação dedicado a populações de territórios bem definidos e explícitos; (5) responsabilização sanitária formal de tal equipe; (6) domínio de tecnologias de complexidade alta e baixa densidade; (7) capacidade de resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância no território (que podem chegar a 90% do total).

Vale lembrar ainda que a Atenção Primária em Saúde/Saúde da Família implantada no Brasil tem sido eficiente em produzir melhorias apreciáveis na saúde do país, nas últimas décadas, traduzida por reduções nas hospitalizações, na redução da mortalidade de algumas condições, entre outros aspectos.

Tentando agora uma síntese, poder-se-ia destacar os componentes essenciais que unem os conceitos de APS e de Saúde da Família, a saber:

1. As práticas de saúde como objeto da *intervenção do Estado*, o que as caracterizaria como partes de um corpo de *políticas sociais*;
2. O processo de trabalho tendo como resultado a intervenção do médico e de outros profissionais dentro de um *âmbito generalista*, ou seja, fora do caráter especializado que recorta e separa o objeto das práticas em saúde em faixas de idade, gênero, sistemas e órgãos, ou mesmo de tipos de doenças;
3. Os modos de pensar e de praticar os cuidados à saúde baseados na *ampliação e superação dos conceitos tradicionais antinômicos* entre individual e coletivo; prevenção e cura; biológico e social; humano e ambiental; oficial e não-oficial;
4. A proteção voltada não apenas para indivíduos-singulares, mas para *coletivos* (famílias, grupos, comunidades), resultando em um novo tipo de *práticas sociais de saúde*;
5. O desenvolvimento de *vínculos* entre a clientela e os prestadores de serviços, de natureza administrativa, geográfica, cultural ou mesmo ética.

Referências:

- MS (Ministério da Saúde), 2001. *Saúde da Família: Uma estratégia para a organização da atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- STARFIELD, B., 2001. *Atención primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson.
- SOUSA, M. F., 2001. *A Cor-Agem do PSF*. São Paulo: Hucitec.
- VASCONCELLOS, M.P., 1998. Reflexões sobre a saúde da família. In: *A organização da saúde no nível local* (E. V. Mendes, org.), pp. 155-172, São Paulo: Hucitec.
- VUORI, H., 1985. The role of schools of public health in the development of primary health care. *Health Police*, 4: 221-230.
- WHO (World Health Organization), 1978. *Primary health care*. Geneve: World Health Organization.
- WHO (World Health Organization), 1984. *Health promotion: A discussion document on the concept and principles*. Copenhagen: World Health Organization Office for Europe, 1984.