Atenção Primária à Saúde: ideias estruturantes*

Atención Primaria de Salud: ideas estructurantes

Primary Health Care: structuring ideas

Marcelo Lamy
Doutor, PPGD em Direito da Saúde (UNISANTA)

Danilo de Oliveira
Doutor, PPGD em Direito da Saúde (UNISANTA)

Francisco Carlos Bernal
Mestrando, PPGD em Direito da Saúde (UNISANTA)

RESUMO: Contextualização: há 45 anos, foi moldado um modelo de atenção primária à saúde para solucionar as grandes defasagens de qualidade dos sistemas nacionais de atenção à saúde. **Problema**: esse modelo se desvelou exitoso e, simultaneamente, de difícil implementação em todas as suas dimensões. **Objetivo**: a percepção profunda dos eixos estruturantes desse modelo de atenção à saúde, possível hoje em razão do amadurecimento cultural e experimental sobre a questão, permitirá identificar que desafios devem conduzir o aperfeiçoamento dessa proposta. **Método**: a presente pesquisa restou ancorada em material documental e bibliográfico submetido à revisão crítico-narrativa. **Resultados**: como modelo de atenção eficaz, é preciso assegurar a proximidade do usuário, a compatibilidade com a ciência, a participação comunitária, a aceitabilidade social e a atenção aos vulneráveis; entre os eixos estruturantes, é preciso assegurar que a atenção primária esteja integrada com os demais níveis de atenção; que a atenção à saúde integre as demais políticas e que toda política sanitária preveja a interação dos outros setores públicos; que a atenção à saúde veja-se conduzida não apenas pelos governos, mas por todas as pessoas e grupamentos sociais. **Conclusões**: embora os rumos do modelo 'atenção primária" sejam de alguma forma previsíveis, pois o passar desses 45 anos desvelaram ser esse um modelo eficiente e adequado para o fim de mitigar a desigualdade de acesso, a comunidade internacional parece hoje compreender que esse modelo, potencializado pelo enraizar de seus eixos estruturantes, pode ser o instrumental que permitirá o almejado acesso universal à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Acesso à Atenção Primária; Níveis de Atenção à Saúde; Determinantes Sociais da Saúde; Empoderamento.

***RESUMEN**: **Antecedentes**: hace 45 años se desarrolló un modelo de atención primaria para resolver las principales deficiencias de calidad de los sistemas nacionales de salud. **Problema**: este modelo ha demostrado ser a la vez exitoso y difícil de aplicar en todas sus dimensiones. **Objetivo**: conocer en profundidad los ejes estructurantes de este modelo de atención sanitaria, lo que es posible hoy en día debido a la madurez cultural y experimental de la cuestión, permitirá identificar los retos que deben abordarse para mejorar esta propuesta. **Método**: Esta investigación se basó en material documental y bibliográfico que fue sometido a una revisión crítico-narrativa. **Resultados**: como modelo efectivo de atención, es necesario asegurar la proximidad al usuario, la compatibilidad con la ciencia, la participación comunitaria, la aceptabilidad social y la atención a los vulnerables; entre los ejes estructurantes, es necesario asegurar que la atención primaria esté integrada con los demás niveles de atención; que la*

* Esse trabalho foi apresentado originalmente no V Congresso Internacional de Direito da Saúde, realizado em 19, 20 e 21 de outubro de 2023 na Universidade Santa Cecília (UNISANTA). Em função da recomendação de publicação da Comissão Científica do Congresso, fez-se a presente versão.

atención a la salud integre las demás políticas y que toda política de salud prevea la interacción de los demás sectores públicos; que la atención a la salud sea conducida no sólo por los gobiernos, sino por todas las personas y grupos sociales. ***Conclusiones****: aunque el rumbo del modelo de "atención primaria" es en cierto modo previsible, ya que el paso de 45 años ha revelado que se trata de un modelo eficaz y adecuado para mitigar las desigualdades de acceso, la comunidad internacional parece darse cuenta ahora de que este modelo, potenciado por el arraigo de sus ejes estructuradores, podría ser el instrumento que permitiera el deseado acceso universal a la salud.*

PALABRAS CLAVE*: Acceso a Atención Primaria; Niveles de Atención de Salud; Determinantes Sociales de la Salud; Empoderamiento.*

ABSTRACT*:* ***Background****: 45 years ago, a primary health care model was developed to solve the major quality gaps in national health care systems.* ***Problem****: this model has proved to be both successful and difficult to implement in all its dimensions.* ***Objective****: an in-depth understanding of the structuring axes of this health care model, which is possible today due to the cultural and experimental maturity of the issue, will allow us to identify the challenges that need to be addressed in order to improve this proposal.* ***Method****: This research was based on documentary and bibliographic material that was subjected to a critical-narrative review.* ***Results****: as an effective model of care, it is necessary to ensure proximity to the user, compatibility with science, community participation, social acceptability and attention to the vulnerable; among the structuring axes, it is necessary to ensure that primary care is integrated with the other levels of care; that health care integrates the other policies and that every health policy provides for the interaction of the other public sectors; that health care is conducted not only by governments, but by all people and social groups.* ***Conclusions****: although the direction of the "primary care" model is somewhat predictable, since the passage of 45 years has revealed that it is an efficient and appropriate model for mitigating inequality of access, the international community now seems to understand that this model, strengthened by the rooting of its structuring axes, could be the instrument that will enable the desired universal access to health.*

KEYWORDS*: Access to Primary Care; Health Care Levels; Social Determinants of Health; Empowerment.*

Introdução

A Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários celebra seus 45 anos. Em 1978, em Alma-Ata no Cazaquistão – URSS, os 134 países participantes da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde produziram esta declaração que estabeleceu um tipo prioritário de atenção médica que se alastrou em boa parte dos países deste planeta. Em 1986, durante a 8.ª Conferência Nacional de Saúde, o Brasil formalmente alinhou-se a tal modelo para o sistema de saúde brasileiro.

Ocorre que a Declaração Alma-Ata possui diversos contributos para a efetividade da saúde e do direito à saúde que importam destacar. É preciso evidenciar todas as dimensões que integram tal modelo de atenção médica.

O presente estudo teve como objetivo principal o de desvelar esses contributos presentes na Declaração Alma-Ata que precisam ser totalmente percebidos do ponto de vista teórico ou implementados do ponto de vista prático.

Exemplo disso, pode ser apresentado pelo que a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem destacado como pilares da atual atenção primária (WHO, 2023): (a) o acesso à atenção médica depende do nível integração dos níveis de atenção; (b) a atenção médica tem de considerar os determinantes da saúde e, por isso, depende da intersetoriedade; (c) a tenção médica tem de visar o empoderamento dos usuários e, por isso, tem de capacitar os usuários.

O texto aqui apresentado ancora-se em pesquisa ancorada em material documental e bibliográfico submetido à revisão crítico-narrativa (Lamy, 2020, pp. 337-340).

Os documentos são normativos: o texto da própria Declaração de Alma-Ata[1], as normas jurídicas primárias (levantadas junto ao sítio oficial do Planalto brasileiro[2]) e secundárias (levantadas junto ao SLEGIS - Sistema de Legislação da Saúde do Ministério da Saúde[3]) concernentes ao tema "atenção primária" (valendo-se também da expressão "atenção básica").

A bibliografia foi levantada junto ao site da Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS (no tópico Atenção Primária à saúde[4]), ao site da Organização Mundial da Saúde - OMS (no health topics "Primary health care"[5]), ao site da Rede de Pesquisa APS[6], no portal brasileiro da Scielo[7], no portal Biblioteca Virtual da Saúde[8] e nas duas revistas nacionais de referência na área do Direito à saúde (Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário da Fiocruz[9] e Revista de Direito Sanitário da USP[10]).

Pela delimitação do espaço para a apresentação dos resultados da investigação, nesse texto apresenta-se apenas uma parte dos resultados, qual seja: as considerações críticas relacionadas a algumas das ideias centrais explicitadas pela própria Declaração, as que hoje a OMS considera os seus três pilares, tendo em vista o relatório da conferência internacional que a produziu.

1 Cuidados primários

No texto final da declaração (WHO, 1978), consta a seguinte conceituação dos cuidados primários:

> VI - Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação [...] Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

Os "cuidados primários" devem ser o "primeiro" e o "continuado" ponto de contato dos usuários com o sistema de saúde, quando precisam de cuidados de saúde. Por

[1] Link de acesso: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471
[2] Link de acesso: https://legislacao.presidencia.gov.br/
[3] Link de acesso: https://saudelegis.saude.gov.br/saudelegis/secure/norma/listPublic.xhtml
[4] Link de acesso: https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude
[5] Link de acesso: https://www.who.int/europe/health-topics/primary-health-care#tab=tab_2
[6] Link de acesso: https://redeaps.org.br/
[7] Link de acesso: https://www.scielo.br/
[8] Link de acesso: https://bvsms.saude.gov.br/
[9] Link de acesso: https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos
[10] Link de acesso: https://www.revistas.usp.br/rdisan

esse tipo de contato, o Estado presta a assistência essencial à saúde, perto do usuário, compatível com a ciência, socialmente aceita e condicionada pela autodeterminação.

A atenção primária, segundo o relatório da conferência, tem de concentrar-se nos principais problemas sanitários da comunidade. Mas, tem de abraçar, pelo menos as seguintes atividades: (1) informação sobre os problemas de saúde mais frequentes e os métodos para os identificar, prevenir e combater; (2) promoção de alimentos e nutrição apropriados, do abastecimento de água potável, de medidas de saneamento básico; (3) assistência materno-infantil, incluindo o planejamento familiar; (4) imunização contra as principais enfermidades infecciosas; (5) prevenção e combate contra as enfermidades endêmicas locais; (6) tratamento apropriado das enfermidades e traumatismos comuns; (7) promoção da saúde mental; (8) fornecimento dos medicamentos essenciais (WHO, 1978b, recomendação 4.5).

De outro lado, a cobertura das populações tem de dar prioridade às necessidades especiais das mulheres, crianças, trabalhadores muito expostos e a qualquer setor desfavorecido da sociedade (WHO, 1978b, recomendações 4.8 e 4.19).

Vê-se, então, que a atenção primária é um meio de possibilitar que todos os indivíduos recebam a assistência indispensável, aceitável e proporcional aos recursos disponíveis.

As suas notas conceituais (sua proximidade do usuário, compatibilidade com a ciência, participação comunitária, aceitabilidade social, atividades que tem de a integrar, atenção aos vulneráveis) revelam o que se considera internacionalmente indispensável, ou, em outras palavras, inegociável.

Mas, de outro lado, o seu condicionamento aos recursos disponíveis desvela que se trata de um modelo de atenção pública à saúde realista.

Foge dos propósitos do presente texto, mas convém destacar que há diversos estudos que identificaram que os sistemas de saúde com forte referencial na atenção primária acabam por desvelar-se mais efetivos e equitativos, pois chegam a atender de 80% a 90% das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo de sua vida (OPAS, 2023).

2 Integração dos níveis de atenção

No texto final da declaração (WHO, 1978), constam as seguintes afirmações:

> VI - Os cuidados primários de saúde [...] Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade.
>
> VII - Os cuidados primários de saúde: [...] devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados
>
> VII - Os cuidados primários de saúde: [...] baseiam-se, aos níveis local e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar,

> social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e para responder às necessidades expressas de saúde da comunidade.

De um lado, a declaração destaca que a atenção primária tem de ser o foco de todo sistema de saúde, inclusive dos outros níveis de atenção. Em outras palavras, que todas as escalas do sistema sanitário têm de apoiar a atenção primária, facilitando, inclusive, ajuda logística e de recursos (WHO, 1978b, recomendação 4.7); que a atenção primária precisa ter em conta todos os outros níveis de atenção disponíveis, pois, ela é quem tem de conduzir ordinariamente os usuários que tenham necessidade de outros níveis de atenção para as respectivas assistências.

De outro lado, a declaração destaca que é preciso re-orientar o sistema de atenção à saúde para que a comunidade aumente sua capacidade de resolver os seus próprios problemas, em estreita colaboração com o pessoal do sistema de atenção, em cada zona de atuação, para que os profissionais da saúde aumentem sua capacidade de interagir positivamente com os demais profissionais da saúde, bem como com os praticantes tradicionais.

3 Determinantes da saúde e intersetoriedade;

No texto final da declaração (WHO, 1978), constam as seguintes afirmações:

> I – [...] a consecução do mais alto nível possível de saúde [...] requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde.
>
> VII - Os cuidados primários de saúde: [...] incluem pelo menos: educação no tocante a problemas prevalecentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico.
>
> VII - Os cuidados primários de saúde: [...] envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores.
>
> VIII - Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação, para lançar e sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores.

No relatório dos debates da conferência vê-se a percepção de que há uma estrita relação e interdependência entre a saúde e o desenvolvimento social e econômico. A saúde melhora as condições e a qualidade da vida e, ao mesmo tempo, a saúde depende da melhora progressiva das condições de vida. Em razão dessa estreita relação e interdependência que as atividades do setor da saúde precisam estar coordenadas com os outros setores (WHO, 1978b, item 18), pois disso depende o êxito de "qualquer" estratégia de atenção primária (WHO, 1978b, item 27).

O setor sanitário tem de tomar a iniciativa e velar para que todos os fatores relacionados com a saúde recebam a atenção que merecem, ao mesmo tempo que tem de colaborar estreitamente com os demais setores (WHO, 1978b, item 27).

Em razão desses pressupostos, a conferência recomendou que todos os planos de desenvolvimento sociais e econômicos dos países incorporem a atenção primária (WHO, 1978b, recomendação 4.1) e que todas as políticas sanitárias tenham em contas os aportes necessários dos outros setores (WHO, 1978b, recomendação 4.4).

É lógico que o verdadeiro desenvolvimento social e econômico traria, por si só, a melhoria da saúde, independente da previsão da atenção à saúde. Mas, é necessário assegurar que o desenvolvimento seja verdadeiro. Ou seja, que o desenvolvimento econômico almejado não seja o desenvolvimento de alguns setores, de alguns privilegiados, mas de todos. Por isso, os planos de desenvolvimento têm de prever aquilo que se considera necessário para assegurar a justiça social, o benefício de todos. Assim como têm de prever os impactos negativos que não podem produzir. Por essas razões, exige-se a saúde em todos os planos (WHO, 1978b, item 18 das generalidades).

Na prática, o setor sanitário, por si só, não pode proteger a saúde. A saúde depende de muitos fatores não exclusivamente sanitários sem os que a luta pela saúde se torna inviável: medidas contra a miséria, pela instituição de um sistema de produção, distribuição e comercialização de alimentos saudáveis, de ampliação da rede de fornecimento de água potável e de saneamento básico, de proibição de atividades poluidoras, de restrição de trabalhos insalubres etc.

4 Saúde e desenvolvimento

No texto final da declaração (WHO, 1978), constam a seguinte afirmação, no momento que conceitua os cuidados primários: "VI - Os cuidados primários de saúde [...] Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. "

É preciso compreender que a saúde e o desenvolvimento são realidades imbricadas.

Nesse ponto, a consulta ao relatório da conferência é muito esclarecedora, pois exemplifica essa realidade.

A luta contra a malária, a doença do sono e a cegueira dos rios pode abrir novas zonas de ocupação econômica, se mantido o controle dessas doenças. Uma nutrição adequada e a diminuição das enfermidades são fatores que aumentam a produtividade laboral. Romper o círculo vicioso da desnutrição e das infecções melhora o desenvolvimento físico e mental das crianças. A diminuição da mortalidade das crianças e dos adultos faz-nos planejar o futuro (WHO, 1978b, item 27 das generalidades).

A percepção de realidades como essas faz-nos perceber a relevância de os sistemas de saúde concentrar suas atenções e recursos nas camadas vulneráveis, nos riscos sanitários que direta ou indiretamente acompanham a pobreza.

A percepção dessa realidade fez que a Organização das Nações Unidas tenha integrado a saúde como um dos objetivos do desenvolvimento do milênio e, depois, como um dos objetivos do desenvolvimento sustentável. Além de inserir algum aspecto da saúde como meta de praticamente todos os demais 16 objetivos.

A consolidação do conceito amadurecido de desenvolvimento e de direito ao desenvolvimento passou a molda um vetor hermenêutico para os demais direitos (Oliveira, 2020), inclusive para a saúde. Não há saúde verdadeira sem o desenvolvimento, não há desenvolvimento sem a saúde.

5 Empoderamento e capacitação dos usuários

No texto final da declaração (WHO, 1978), consta a seguinte afirmação:

> IV - É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde.
>
> VII - Os cuidados primários de saúde: [...] requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades.

No relatório dos debates da conferência vê-se o contexto desse empoderamento necessário. Cada país deve moldar os aspectos concretos de sua atenção primária, em função do seu contexto peculiar social, político e de desenvolvimento. É em esse moldar que as pessoas têm o direito e o dever de participar (WHO, 1978b, item 16), o que deve ser, inclusive, monitorado pelo Estado (WHO, 1978b, item 24).

Essa realidade depende, de alguma forma, de as pessoas sentirem-se mais responsáveis por sua própria saúde (WHO, 1978b, item 19), de os cidadãos assumirem o compromisso com a atenção primária (WHO, 1978b, item 25) e com as estratégias de sua implantação (WHO, 1978b, item 26).

Em razão desses pressupostos, a conferência recomendou que os governos "estimulassem" e "garantissem" a participação comunitária, valendo-se, para tanto, de uma difusão eficaz da informação e da alfabetização sanitária (WHO, 1978b, recomendação 4.2).

Na prática, importa "possibilitar", "incentivar" e "garantir" que as pessoas busquem e encontrem o que se fizer necessário (notadamente, conhecimentos e habilidades) para cuidar de sua própria saúde.

Todos os indivíduos têm de participar das ações de promoção da saúde, pelo menos escolhendo, por si mesmos, estilos saudáveis de vida e seus cuidados de saúde.

Ademais, as pessoas têm de ser envolvidas na concepção, no planejamento e na gestão dos sistemas públicos de saúde. Somente assim ganha sentido dar-lhes a oportunidade de responsabilizar os gestores pelos resultados.

Considerações finais

Embora os rumos do modelo "atenção primária" sejam de alguma forma previsíveis, pois o passar desses 45 anos desvelaram ser esse um modelo eficiente e adequado para o fim de mitigar a desigualdade de acesso, a comunidade internacional

parece hoje compreender que esse modelo, potencializado pelo enraizar de seus eixos estruturantes, pode ser o instrumental que permitirá o almejado acesso universal à saúde.

Hoje, a compreensão dos eixos estruturantes da atenção primária torna-se o foco de preocupação teórico dessa temática; assim como a implementação justamente dessas dimensões (notadamente, a integração de todos os níveis de atenção à saúde, o enfrentamento intersetorial dos determinantes sociais da saúde e o empoderamento dos usuários) torna-se o desafio central para as políticas públicas de desenvolvimento.

Referências

LAMY, Marcelo. Metodologia da Pesquisa: técnicas de investigação, argumentação e redação. 2ª ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Matrioska Editora, 2020.

OLIVEIRA, Danilo de. Direito ao Desenvolvimento: conteúdo, natureza jurídica, vinculações estatais e efetividade. Curitiba: Brazil Publishing, 2020. pp. 114-115, 120-124.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Atenção primária à saúde. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude Acesso em: 16 ago 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Atención primaria de salud: informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Disponível em: https://iris.who.int/handle/10665/39244?&locale-attribute=pt. Acesso em: 16 ago 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6 al 12 de septiembre de 1978. Disponível em: https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata. Acesso em: 16 ago 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Understanding primary health care, 28 August 2023. Disponível em: https://www.who.int/europe/news-room/questions-and-answers/item/questions-and-answers-understanding-primary-health-care. Acesso em: 8 out. 2023.