

Integralidade na Atenção à Saúde: desafio das comorbidades e das múltiplas portas de entrada

Integrality in Health Care: challenge of comorbidities and multiple gateways

Rosilma Menezes Roldan¹

Marcelo Lamy²

RESUMO: o objetivo desse trabalho exploratório foi demonstrar a importância da abordagem do usuário do SUS na Atenção Primária, a partir do princípio da integralidade, considerando as comorbidades, de acordo com as faixas etárias e vulnerabilidades sociais, com vistas à prevenção de doenças e à redução de riscos, ao tratamento que atenda a todas as suas necessidades, para uma reabilitação eficiente, com maior qualidade e expectativa de vida. A metodologia utilizada foi a da pesquisa bibliográfica, a partir de publicações de artigos em revistas científicas sobre saúde pública e de dados em sites oficiais. As comorbidades dos usuários no SUS, incluindo aqueles referentes aos óbitos evitáveis, apontam a necessidade de treinamento permanente e atualizado dos profissionais de saúde de todo o Sistema para identificar essas comorbidades, visando ao encaminhamento correto do usuário aos especialistas. Concluiu-se pela necessidade de estudar, investigar e conhecer as comorbidades, as fragilidades, as vulnerabilidades dos usuários do Sistema Único de Saúde, conforme as faixas etárias, fundamental, na medida em que os profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária, em qualquer porta de entrada do Sistema, precisam estar capacitados para intervenções visando à prevenção, ao diagnóstico preciso, ao encaminhamento tempestivo e adequado para um tratamento eficaz e eficiente, no nível de atenção requerido para cada caso, a fim de diminuir-se as internações, o tempo de permanência nos hospitais, as readmissões, afastarem-se os óbitos evitáveis e as doenças preveníveis, e possibilitarem-se a recuperação e a reabilitação dos usuários.

PALAVRAS-CHAVE: atenção primária; integralidade; comorbidade; vulnerabilidade social; óbitos evitáveis.

ABSTRACT: *the objective of this exploratory work was to demonstrate the importance of the SUS user approach in Primary Health Care, from the principle of integrality, considering comorbidities, according to age groups and social vulnerabilities, with a view to preventing diseases and risk reduction, treatment that meets all your needs, for an efficient rehabilitation, with higher quality and life expectancy. The methodology used was that of bibliographic research, based on the publication of articles in scientific journals on public health and data on official websites. The comorbidities of users in the SUS, including those referring to preventable deaths, point to the need for permanent and updated training of health professionals to identify these comorbidities, aiming at the correct referral of the users to the specialists. It was concluded that there is a need to study, investigate and know the comorbidities, weaknesses and vulnerabilities of users of the SUS, according to the age groups, is fundamental, as the health professionals who work in Primary Health Care, the any gateway to the*

¹ Advogada, Especialista em Direito Penal e Direito Público pela Escola Superior do Ministério Público do Estado de São Paulo (ESMESP). Mestre em Direito da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas na Universidade Santa Cecília (Unisant). Membro do Grupo de Pesquisa CNPq/Unisant Direitos Humanos, Desenvolvimento Sustentável e Tutela Jurídica da Saúde. Membro do Laboratório de Políticas Públicas na Universidade Santa Cecília (Unisant).

² Advogado, Vice coordenador e Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas na Universidade Santa Cecília (Unisant). Mestre em Direito Administrativo pela Universidade São Paulo (USP). Doutor em Direito Constitucional pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Líder do Grupo de Pesquisa CNPq/Unisant Direitos Humanos, Desenvolvimento Sustentável e Tutela Jurídica da Saúde. Coordenador do Laboratório de Políticas Públicas (Unisant). Professor no Curso de Direito da Unisant e da Faculdade de Direito da ESAMC.

System, they need to be qualified for interventions aimed at prevention, accurate diagnosis, timely and adequate referral for an effective and efficient treatment, at the level of care required for each case, in order to reduce hospitalizations, length of stay in hospitals, readmissions, avoiding preventable deaths and preventable diseases, and enabling the recovery and rehabilitation of users.

KEYWORDS: *primary health care; integrality; comorbidity; social vulnerability; preventable deaths.*

INTRODUÇÃO

A Lei n.º 8.080, de 19.09.1990, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, regulando, em todo o Território Nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (BRASIL, 1990).

A Lei 8.080/90 reconhece a saúde como um direito fundamental do ser humano e determina ao Estado prover as condições indispensáveis a seu pleno exercício, por meio de políticas públicas. O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Segundo a lei supracitada, são determinantes e condicionantes da saúde, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, assim também ações que garantam às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

No artigo 198 da Constituição da República Federativa do Brasil, há as diretrizes do Sistema Único de Saúde: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços essenciais; participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A lei 8.080/90, em seu artigo 7.º, além de reiterar as diretrizes constitucionais, destaca os princípios que regem o Sistema Único de Saúde: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; direito às informações sobre serviços de saúde à disposição do usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; participação da comunidade; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos; organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica, que garanta atendimento, acompanhamento psicológico, cirurgias plásticas reparadoras (BRASIL, 1990).

A Atenção Primária - AP é o principal elemento, nos sistemas de saúde dos países, de acordo com a Conferência de Alma-Ata de 1978, o que fora confirmado, no mesmo ano, pela Conferência Mundial de Saúde, como essencial para a saúde de todos. Trata-se de um conjunto de intervenções de saúde, tanto no âmbito individual quanto no coletivo, que abrange a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É o nível de atenção direcionado ao usuário na sua entrada, no sistema de saúde, com todas as suas necessidades, em todas as suas condições, excetuando-se as raras, coordenando e integrando a atenção ao usuário (BOING, 2012).

A AP é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, e coordena ações clínicas de prevenção, cura e reabilitação, pautadas nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Se o atendimento nesse nível de atenção for comprometido, a eficiência dos demais níveis também o será, o que vai afetar a totalidade do sistema de saúde. Apesar dos avanços na saúde, a partir da criação do SUS, no Brasil, ainda há a necessidade de estudos que possam validar o impacto da AP sobre os níveis de saúde da população (BOING, 2012).

O objetivo desse trabalho é demonstrar a importância da abordagem do usuário do SUS na Atenção Primária - AP, pelos profissionais de saúde, a partir do princípio da integralidade, considerando as comorbidades, e sua maior ou menor incidência, de acordo com as faixas etárias e vulnerabilidades sociais, com vistas à prevenção de doenças e à redução de riscos, ao tratamento por meio de ações integradas, atendendo a todas as suas necessidades, para uma ação eficaz e uma reabilitação eficiente, com maior qualidade e expectativa de vida.

A metodologia utilizada nesse trabalho exploratório foi a da pesquisa bibliográfica, a partir de publicações de artigos em revistas científicas sobre saúde pública e de dados em sites oficiais governamentais (LAMY, 2020).

Pesquisaram-se e analisaram-se dados e comorbidades presentes nos usuários no Sistema Único de Saúde - SUS, incluindo aqueles referentes às doenças preveníveis e aos óbitos evitáveis, como também a necessidade de treinamento permanente e atualizado dos profissionais de saúde para identificar essas comorbidades, visando ao encaminhamento correto do usuário aos especialistas.

1 COMORBIDADES PREVALENTES EM IDOSOS

DEMÊNCIA

A demência é uma das principais causas de incapacidade nos idosos. Em 2010, havia um total estimado de 35,6 milhões de pessoas demenciadas, no mundo, número que duplica a cada 20 anos, e que pode alcançar 65,7 milhões, em 2030, e 115,4 milhões, em 2050 (COSTA et al.2019).

Cerca de 7 milhões de casos novos de demência vêm surgindo, em todo o mundo, todos os anos, um novo caso a cada 4 segundos: 3,6 milhões (46%), na Ásia; 2,3 milhões (31%), na Europa; 1,2 milhões (16%), nas Américas; 500 mil (7%), na África (COSTA et al.2019).

No Brasil, um estudo que teve como objetivo calcular a taxa de prevalência e o crescimento do número de idosos com demências identificou taxa geral de prevalência em torno de 7,6%, maior para a doença de Alzheimer, em torno de 54% dos casos, crescente com a idade e mais elevada entre as mulheres. Em 2020, quando estimada junto com o envelhecimento

populacional, a taxa aumentará para 7,9%. O estudo revelou a incidência de 2,7 casos novos de demência em cada 1.000 idosos/ano (COSTA et al.2019).

DEPRESSÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão estava, em 2004, em 1º lugar, no ranking das principais doenças que mais causam incapacitação não fatal, em 3º lugar, em carga global de incapacidade, e a projeção é que ocupe o 1º lugar, em 2030, entre as doenças com maior carga global (GONZALEZ, 2016).

Segundo Gonzalez e outros pesquisadores (2016), a depressão em idosos é um transtorno psiquiátrico frequente. Trata-se de uma condição patológica incapacitante, com prejuízos significativos à vida funcional e social das pessoas por ela acometidas. É importante notar que a depressão é crônica e recorrente, o que pode levar o indivíduo a uma condição de más expectativas, vindo a necessitar de tratamento em serviços de Atenção Terciária (GONZALEZ, 2016).

A depressão pode estar associada a doenças somáticas crônicas e a outros transtornos psiquiátricos, em idosos. O aumento da idade da população implica elevação dos índices de comorbidades, já que traz maior incidência de doenças silenciosas crônicas, que podem vir a ser incapacitantes e demandar alta relevante nos custos com cuidados de saúde (GONZALEZ, 2016).

Gonzalez e outros pesquisadores (2016) relatam sobre a incidência de doenças somáticas, acompanhadas de transtornos psiquiátricos, em uma grande parcela de pacientes tratados na Atenção Primária, que, mascarando os sintomas psiquiátricos, podem vir a prejudicar seu diagnóstico precoce e o tratamento adequado. Em idosos, esse mascaramento pode ser ainda mais importante, já que as doenças somáticas crônicas são mais frequentes, as queixas também, o que pode camuflar os sintomas depressivos. Os sintomas da depressão em idosos são mais somáticos do que aqueles em pessoas mais jovens, o que pode prejudicar o diagnóstico do transtorno. As comorbidades entre depressão e outras doenças somáticas crônicas trazem mais prejuízo ao estado de saúde das pessoas, ampliando o sofrimento, a duração do tratamento e, conseqüentemente, os custos econômicos e sociais.

A depressão pode vir associada ao transtorno distímico, que pode ter início na infância ou na adolescência, mais raro no início da meia-idade ou na velhice. Menos frequente que a depressão, a distímia em idosos causa maior prejuízo social, mais distanciamento de familiares e de amigos, no trabalho e em outros ambientes sociais, assim como diminuição de atividades de lazer e demais atividades sociais. Ainda que seja um transtorno frequente, tanto na Atenção Primária quanto na Secundária (Psiquiatria), a distímia não é de fácil diagnóstico, pela existência da alta frequência de comorbidades psiquiátricas (GONZALEZ, 2016).

A comorbidade com a depressão define-se como depressão dupla (DD), quando um quadro agudo de depressão se sobrepõe ao quadro crônico de distímia. É caracterizada por elevados níveis de sintomas depressivos e maior prejuízo social. Em idosos, a DD é responsável por maior sentimento de desesperança do que os quadros de depressão ou distímia isolados (GONZALEZ, 2016).

A OMS confirma, tanto em dados atuais quanto em projeções para os próximos 50 anos, o aumento da expectativa de vida. Esses dados, juntamente com os estudos que relatam que a depressão ocupa os primeiros lugares entre as doenças mais incapacitantes, com maior carga global e uma das doenças mais preocupantes, devem impulsionar mais pesquisas com a finalidade de identificação clínica e de outras variáveis inerentes aos idosos, que possam

contribuir para o tratamento mais adequado e precoce possível e a melhora da qualidade de vida da população (GONZALEZ, 2016).

CARDIOPATIAS

A idade também é um fator de risco para cardiopatias. Assim, com a elevação da expectativa de vida, torna-se necessário estudar as doenças cardiovasculares, como também capacitar os profissionais de saúde que atuam na AP para identificar a comorbidade e encaminhar aos outros níveis de atenção, precoce e adequadamente. Há relatos de que as cardiopatias mais frequentes entre os idosos são a doença coronariana, a hipertensão arterial e as valvopatias. Nesse caso, o uso de fármacos deve ser cuidadoso e iniciado com doses menores do que as habituais. (BEZERRA et al., 2012).

QUEDAS

Alguns estudos visam a elencar os fatores que contribuem para a maior prevalência de quedas nos idosos, em relação à população mais jovem, e apresentar caminhos para a prevenção e redução de riscos. Esses estudos concluíram que fatores como a deterioração da visão, o uso de fármacos, como diuréticos e psicoativos, assim também a flexibilidade reduzida, principalmente em relação ao quadril e aos tornozelos, podem estar associados à maior frequência de quedas. Outros estudos também destacaram a depressão e a fraqueza muscular como fatores associados ao risco de queda. Há relatos sobre a relação entre a menor amplitude de movimento da pelve, doenças que alterem o equilíbrio, como o Parkinson, paraparesias espásticas, AVE ou neuropatias, que podem prejudicar a marcha, e a frequência mais alta de queda, nos idosos (BEZERRA et al., 2012).

SINDROME DA FRAGILIDADE

Augusti e alguns pesquisadores (2017) relatam sobre a Síndrome da Fragilidade em Idosos na Atenção Primária (AP). Os autores mencionam pesquisas internacionais e nacionais que mostram maior prevalência de pessoas do sexo feminino na maioria dos estudos. No estudo mencionado pelos autores, as mulheres foram maioria (60,26%) e a idade média foi de 72,62 anos ($\pm 5,71$) entre todos os participantes. Em relação às comorbidades, as principais doenças relatadas são hipertensão arterial (70,3%), diabetes (33,9%), depressão (26,3%), doença cardiovascular (23,4%) e reumatismo (22,9%). A saúde é impactada pelos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais; ou seja, as doenças estão associadas às condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem.

Os autores referem-se a um estudo realizado no Nordeste brasileiro, que relaciona as comorbidades com a prevalência da fragilidade que mostrou relevância estatística entre osteoporose, AVC e depressão. Essa pesquisa demonstrou que a presença de comorbidade está associada à fragilidade, apesar da síndrome da fragilidade também se mostrar presente em indivíduos sem comorbidades. A diminuição da velocidade da marcha esteve presente na maioria dos pacientes deste estudo (86,6%). A fadiga aparece em 28,1% dos pacientes. A perda de peso esteve presente em 21,2% dos idosos. No estudo FIBRA,15 que avalia idosos de sete cidades brasileiras, a fadiga está presente em 22,7% dos pacientes e perda de peso em 19,1%. Na pesquisa mencionada, 21,5% foram considerados frágeis. Pré-frágeis foram 71,5% e 6% não frágeis ou robustos. Em uma revisão sistemática, foi verificada uma ampla variação da prevalência de fragilidade, variando de 6,9 a 21% para o estado frágil e 33 a 55% para o estado pré-frágil. Tendo em vista a prevalência de idosos pré-frágeis e frágeis, torna-se importante o

desenvolvimento de intervenções visando às prevenções primária, secundária e terciária relacionadas à incidência de fragilidade, como: prevenção à hipertensão, tabagismo, dislipidemia, ações de vacinação, realização de exercícios, orientações sobre nutrição. Para os pré-frágeis, as intervenções preventivas seriam o diagnóstico precoce, o tratamento de doenças crônicas, a prevenção de quedas, entre outros. Para os frágeis, importante realizar uma abordagem geriátrica, com enfoque na reabilitação para manter a funcionalidade. (AUGUSTI et al, 2017).

2 CAPACITAÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO

Bezerra e outros pesquisadores (2012) alertam para que, com o aumento da expectativa de vida, os profissionais de saúde devam ser capacitados, permanentemente, quanto aos processos relativos ao envelhecimento, para possibilitar a promoção de saúde, a prevenção de doenças e a redução de riscos, como também o encaminhamento adequado para viabilizar o tratamento precoce.

Para os profissionais de saúde, saber reconhecer os sintomas da doença e encaminhar ao profissional especialista podem agilizar o diagnóstico preciso e o tratamento precoce, evitando desfechos fatais, assim como orientar os cuidadores pode colaborar para diminuir a tensão entre o paciente e os responsáveis pelo cuidado, pelo suporte educacional e emocional do profissional de saúde.

São importantes as propostas de educação permanente, elaboradas pelo Ministério da Saúde, aos profissionais da saúde para que sejam capazes de promover o envelhecimento ativo e saudável. A saúde exige transformações, visando à prevenção de doenças e a um ambiente social e cultural favorável aos mais vulneráveis. A Estratégia Saúde da Família (ESF) prevê atividades em grupo, ações coletivas na comunidade e comunicação nas redes sociais, recursos imprescindíveis para intervenções, tanto na dimensão cultural como na social (COSTA et al.2019).

Para Costa e outros pesquisadores (2019), a qualificação permanente dos profissionais da saúde é primordial para o aprimoramento do conhecimento e da conscientização sobre os efeitos benéficos da abordagem integrada, visando atender à totalidade das necessidades de saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde, com ênfase nos mais vulneráveis.

3 CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pode-se destacar, no cenário internacional, algumas pesquisas sobre indicadores de efetividade da atenção primária à saúde. Um desses indicadores, denominado *ambulatory care sensitive conditions*, foi desenvolvido por Billings et al., na década de 1990, como corolário do conceito de óbitos evitáveis. Chamam-se condições sensíveis à atenção primária alguns problemas de saúde em relação a que a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações. Essas atividades, como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas, o controle e acompanhamento de patologias crônicas, devem ter, como consequência, a redução das internações hospitalares causadas por essas patologias (ALFRADIQUE et al., 2009).

O indicador *ambulatory care sensitive conditions* tem sido adaptado em outros países e introduzido no Brasil como Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP). Considera-se que

uma AP de qualidade, quando posta à disposição e acessada no momento adequado, pode evitar, e até reduzir, o número de hospitalizações por determinadas condições de saúde, contribuindo para a diminuição dos óbitos evitáveis. Altas taxas de internações hospitalares por CSAP podem indicar pouco acesso e baixa utilização dos serviços de AP ou AP de baixa qualidade. Estudos realizados em vários países confirmam e associam deficiências na rede de AP a altas taxas de internações por CSAP (BOING et al., 2012).

Boing e outros pesquisadores (2012), em seu estudo, concluíram que as internações por CSAP podem ser evitadas e até diminuídas por intervenções de qualidade realizadas pela AP. Podem ser evitadas, nas doenças imunizáveis ou que permitem diagnóstico e tratamento de precursores (como tétano e febre reumática), enquanto em problemas crônicos, o atendimento de qualidade da AP pode melhorar o acompanhamento do doente, ao evitar complicações, reduzindo o número de reincidências nas internações (como, por exemplo, no coma diabético e na insuficiência cardíaca).

As internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) podem ser internações preveníveis, sensíveis, evitáveis ou inapropriadas. Há vários fatores que podem levar ao uso inadequado dos serviços de saúde, como características sociais e demográficas da população, modo de utilização dos serviços, conduta perante o tratamento, variação na prevalência de doenças nos usuários, rede inexistente de proteção social, barreiras no acesso, dotação insuficiente de recursos, incapacidade no gerenciamento de processos, abordagem clínica inadequada, facilidade de acesso à atenção secundária e terciária, baixa ou nenhuma coordenação no primeiro nível de atenção - AP (ALFRADIQUE et al., 2009).

Alfradique e outros colaboradores (2009) relatam que, para utilizar os resultados de avaliação das internações por CSAP no aperfeiçoamento da AP, deve-se investigar a relação entre elas e a Atenção Primária à saúde (AP). Nas doenças imunopreveníveis, por exemplo, a própria condição é considerada evitável e, a partir de uma AP de qualidade, podem-se eliminar as hospitalizações. Uma AP de qualidade pode prevenir ou controlar complicações, mesmo em doenças infecciosas ou casos agudos não preveníveis que, com a AP apropriada, não devem levar a internações, já que podem ser enfrentadas em ambulatório, pois só a falta de assistência adequada pode levar a complicações e à internação. Nas doenças crônicas que levam à ampla utilização dos serviços de saúde, os agravamentos podem ser mais frequentes, se não houver acompanhamento regular pela AP. Nos casos mais avançados, as internações por CSAP podem sinalizar barreiras no acesso à AP e aos demais níveis de atenção à saúde, como também a falta de abordagem adequada na prevenção do agravamento da doença. Nessas situações, o papel da atenção primária à saúde é reduzir as internações por complicações agudas da doença, as reincidências e a duração da internação.

O Brasil vivenciou uma importante expansão da ESF (Estratégia de Saúde da Família), a partir da segunda metade dos anos 90. Segundo Boing e outros pesquisadores (2012), a amplitude de proteção da população pela ESF aumentou de 6,6%, em 1998, para 50,7%, em 2009. Aumentou, significativamente, também, o número de Equipes de Saúde da Família, que era de 0,3 por 1.000 habitantes, em 1994, e passou a 31,6/1.000, em 2010. Em 2011, o País já implantara, em cerca de 17% de seus municípios, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, o que muito impactou o acesso e a utilização da Atenção Primária (AP) em saúde, o que possibilita a redução das internações por CSAP (BOING, 2012).

A redução nas internações por CSAP tem-se demonstrado considerável. Boing e outros pesquisadores (2012), destacam que, com a expansão da cobertura da AP, no período estudado, e a prestação de serviços de saúde mais adequados, pode haver relevante associação com esse resultado. É necessário manter não só a continuidade da ampliação da cobertura da ESF, como

também a qualificação da gestão e o atendimento das diretrizes da AP, como metas prioritárias na saúde do País (BOING, 2012).

Alfradique e outros colaboradores (2009) alertam que, na utilização das internações por CSAP como indicador do desempenho do ESF no Brasil, deve-se destacar: os fatores relativos aos indivíduos devem ser controlados, diretamente ou com o uso de TI, para obtenção da renda individual ou familiar, a fim de avaliar o risco de internação; algumas condições sensíveis diferenciadas em cada grupo populacional; nas internações por CSAP, estabelecer um limite máximo na idade, pois quanto mais avançada, pode haver tendência de aumento na permanência e nas readmissões, assim também nas comorbidades; quanto maior a idade, pode haver dificuldade na análise da causa principal e até superestimar-se o risco de internação; testar o impacto destes pontos de corte nas tendências de internações por CSAP, a partir de 65 anos; em locais onde o acesso aos serviços de saúde era restrito, pode resultar um aumento repentino nas internações pela melhora no acesso. Após esse aumento inicial, as internações por CSAP podem decrescer.

Recomenda-se aos gestores e gerentes do sistema de saúde que, para o uso das internações por CSAP como indicador de desempenho, devem-se avaliar as taxas por idade, a cobertura de planos de saúde e regiões e excluir os partos da totalidade de internações, pois não são considerados patologia e afetam apenas uma parte da população (ALFRADIQUE et al., 2009).

É fundamental que novas pesquisas incluam o impacto das internações por CSAP nos recursos gastos em saúde, a fim de descobrir se a reorganização do SUS com o ESF, como porta de entrada, representa, no âmbito nacional, economia que possa ser direcionada a programas para diminuir as internações em locais em que continuem mais frequentes. O indicador internações por CSAP precisa demonstrar as transformações, na prática da AP no País, como no caso da saúde mental no ESF. Estimular o uso e o aperfeiçoamento da análise das internações por CSAP é necessário para contribuir para o aperfeiçoamento da qualidade e do acesso à AP no Brasil (ALFRADIQUE et al., 2009).

4 MODELO TECNO-ASSISTENCIAL DE SAÚDE

O projeto de Atenção à Saúde adotado pelo Brasil, há anos, espelha-se na figura de uma pirâmide, com uma ampla e extensa BASE de unidades de saúde (porta de entrada do sistema: as redes de atenção básica), com uma PORÇÃO INTERMEDIARIA de serviços de atenção secundária (serviços ambulatoriais com suas especialidades clínicas e cirúrgicas, serviços de apoio ao diagnóstico e terapêutico, serviços de urgência e emergência e hospitais gerais) e um TOPO de serviços de maior complexidade.

A rede de atenção básica pulverizada geograficamente contribui para a universalização do sistema e para a adaptação dele às necessidades da população adscrita a cada unidade. De outro lado, a hierarquização do sistema de atenção racionaliza o uso dos recursos escassos.

Ocorre que, no mundo real, a porta de entrada principal do sistema continua a ser os serviços de pronto atendimento e ambulatoriais hospitalares. Os serviços especializados (que seriam, logicamente, o complemento de alguns atendimentos na porta de entrada atenção básica), além de não serem realizados no tempo adequado, tornaram-se vias para os serviços de atendimento básico “se livrarem” de seus pacientes. Ao revés, esses serviços especializados mantêm pacientes cativos, pacientes que deveriam ser acompanhados no atendimento básico.

A dinâmica pensada para a pirâmide ainda é mais um sonho do que uma realidade. É o paciente quem tem de montar o seu “menu” de atendimento, do que acha que necessita.

Na cultura do usuário do SUS, decorrente de tudo isso, instala-se a ideia de que o sistema é maravilhoso, mas quando se consegue entrar nele. Diante da dificuldade de integrar efetivamente a rede de atendimento que o cidadão reage e disputa pela atenção socorrendo-se do pronto-atendimento.

A tecnologia certa, no espaço certo, no momento certo fica abalada.

Não estão no pronto-atendimento somente casos de sofrimento agudo (infarto do miocárdio, quadros infecciosos agudos, traumas, entre outros). Ao socorrer-se do pronto-atendimento quem tem problemas relacionados com doenças crônico-degenerativas (diabetes, obesidade, hipertensão arterial, doenças osteoarticulares, doenças pulmonares crônicas, doenças de fundo emocional, entre outras) acaba tendo um atendimento incompleto, descontínuo e, portanto, insuficiente e inadequado para os seus problemas de saúde.

Cria-se um círculo vicioso e perverso. O profissional sabe que seu atendimento não é o adequado, mas não cabe a ele, nesse espaço, fazer algo diverso. Até mesmo o paciente sabe que o atendimento, nesse espaço, para esses casos inadequados, é apenas paliativo; mas aceita tal atendimento incompleto, por ser o que ele conseguiu.

Os fluxos no interior do sistema não podem ser simplesmente impingidos autoritariamente. E isto não impedirá a população de furar os bloqueios artificialmente criados (como a da exigência formal de que a consulta especializada só seja marcada se referenciada pela rede básica). Afetado por tudo isso é o princípio da integralidade.

O que se torna necessário é rever nosso conceito de porta de entrada. Todo o sistema pode ser estruturado como porta de entrada. Toda e cada parte do sistema (inclusive os serviços de pronto-atendimento) pode se responsabilizar pelo encaminhamento do paciente para o espaço tecnológico adequado, deve se responsabilizar pelo princípio da integralidade. Após todo atendimento (em qualquer parte do sistema, inclusive no pronto-atendimento), o paciente deveria passar por setor administrativo que imediatamente agendasse os serviços apropriados que se deslumbrem necessários. Os usuários não podem entrar e sair do sistema sem serem, no bom sentido, “capturados”.

Ao se rever o modelo de Atenção, quer-se, em verdade, como afirma Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, alterar o eixo de nosso pensar, deixando provisoriamente de lado “modelos assistenciais apriorísticos, aparentemente capazes de introduzir uma racionalidade que se supõe ser a melhor para as pessoas” (2002, p. 477), adotando como eixo a necessidade do usuário, a integralidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar, investigar e conhecer as comorbidades, as fragilidades, as vulnerabilidades dos usuários do Sistema Único de Saúde, especialmente nas faixas etárias mais avançadas, são fundamentais, na medida em que os profissionais de saúde que atuam no Sistema, em qualquer porta de entrada do Sistema, precisam estar capacitados para intervenções programáticas visando à prevenção, o diagnóstico preciso, o encaminhamento tempestivo e adequado para um tratamento eficaz e eficiente, no nível de atenção requerido para cada caso, a fim de diminuir-se as internações, o tempo de permanência nos hospitais, as readmissões,

afastarem-se os óbitos evitáveis e as doenças preveníveis, e possibilitarem-se a recuperação e a reabilitação dos usuários, para uma melhor qualidade e maior expectativa de vida.

A atenção ao princípio da integralidade, que se torna mais complexa diante dos quadros de comorbidades, notadamente dos usuários de faixas etárias mais avançadas, não é uma responsabilidade apenas das unidades de atenção básica, mas de todo o Sistema, de todo profissional da saúde inserido no Sistema.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE ME, BONOLO PF, DOURADO I, LIMA-COSTA MF, MACINKO J, MENDONÇA CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cad. Saúde Pública**. 2009;25(6):1337-49. DOI:10.1590/S0102-311X2009000600016

AUGUSTI, A. C. V.; FALSARELLA, G. R.; COIMBRA, A. M. V. Análise da síndrome da fragilidade em idosos na atenção primária - Estudo transversal. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1–9, 2017. DOI: 10.5712/rbmfc12(39)1353. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1353>. Acesso em: 17 maio. 2021.

BEZERRA, Fernanda Carvalho; ALMEIDA, Maria Irismar de; NOBREGA-THERRIEN, Sílvia Maria. Estudos sobre envelhecimento no Brasil: revisão bibliográfica. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 155-167, 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000100017&lng=en&nrm=iso>. access on 17 May 2021. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000100017>.

BILLINGS J., ZEITEL L., LUKOMNIK J., CAREY T.S., BLANK A.E., NEWMAN L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Aff (Millwood)** 1993; 12:162-73

BOING, Antonio Fernando et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-366, Apr. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200019&lng=en&nrm=iso>. access on 17 May 2021. Epub Feb 14, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000011>.

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. Centro de Documentação e Informação. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. SENADO FEDERAL. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais 1 a 108, de 26.08.2020.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 1997, v. 13, n. 3 [Acessado 19 junho 2021], pp. 469-478. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300022>>. Epub 14 Ago 2001. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300022>.

COSTA, Gislane Desani da; SPINELI, Vívian Marina Calixto Damasceno; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Educação profissional sobre demências na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 72, n. 4, p. 1086-1093, Aug. 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000401086&lng=en&nrm=iso>. access on 17 May 2021. Epub Aug 19, 2019. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0652>.

GONZALEZ, Anne Christie Timm et al. Transtornos depressivos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 95-103, Feb. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000100095&lng=en&nrm=iso>. access on 17 May 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14210>.

LAMY, Marcelo. **Metodologia da Pesquisa:** técnicas de investigação, argumentação e redação. 2.^a ed. revista, atualizada e ampliada – São Paulo, SP: Matrioska Editora, 2020.

MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM DATASUS
Obitos_Evitaveis_5_a_74_anos.pdf (datasus.gov.br) Acesso:17.05.2021.