

Para onde caminhar com a Atenção Primária à Saúde?

Where to walk with Primary Health Care?
¿Dónde caminar con la Atención Primaria de Salud?

José Carvalho de Noronha¹

Resumo

Trata-se de uma visão sobre a Atenção Primária à Saúde e o que ela pode vir a ser nos próximos anos levando-se em consideração as tendências de morbimortalidade da população brasileira. Parte-se do pressuposto de que há a necessidade de repensar as formas assistenciais destinadas à organização do sistema de saúde reforçando o papel da atenção primária, e especialmente atribuindo-lhe funções para além da porta de entrada.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, SUS, Sistemas de Saúde.

Abstract

It is a vision about Primary Health Care and what it can become in the coming years, taking into account the morbidity and mortality trends of the Brazilian population. It is based on the assumption that there is a need to rethink the forms of care and its organization in the health system, reinforcing the role of primary care, especially by assigning functions to it beyond the door of entry.

Key-words: Primary Health Care, Unified Health System, Health Systems.

Resumen

Es una visión de la atención primaria de salud y como ella puede estar en los próximos años, teniendo en cuenta las tendencias de la morbilidad y mortalidad de la población. Se empieza del supuesto de que existe una necesidad de replantear las formas asistenciales destinados a la organización del sistema sanitario reforzando el papel de la atención primaria, y sobre todo dándole funciones más allá de la puerta de entrada.

Palabras-claves: Atención Primaria de Salud, Sistema Único de Salud, Sistemas de Salud.

As significativas mudanças observadas no perfil sócio-demográfico-epidemiológico nas últimas décadas impõem uma profunda reavaliação das propostas de organização e desenho de modelos assistenciais. O Brasil, em seu perfil de morbimortalidade, sem deixar inteiramente para trás as “doenças da pobreza”, já se vê frente a um amplo predomínio das doenças crônico-degenerativas, agravado por um elevado contingente de causas externas. A esperança de vida ao nascer cresce de maneira sustentada, a fecundidade se reduz também de maneira regular e a

¹Médico, Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Laboratório de Informações em Saúde, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz (LIS/ICICT/Fiocruz). Campus da Fiocruz. Avenida Brasil, 4365 – Pavilhão Haity Moussatché – sala 204, Manguinhos – Rio de Janeiro, RJ. CEP: 21045-900. E-mail: noronha@icict.fiocruz.br

proporção de idosos na população cresce.

Archie Cochrane (1972) ¹ já chamava atenção para este processo de transição em que as doenças agudas que podiam ser curadas iam sendo substituídas por outras que requerem cuidados continuados e permanentes. Da mesma forma, Barbara Starfield (2008) ² apontava que “as doenças crônicas, sejam elas resultantes de infecções (cada vez mais frequentemente virais ou fúngicas), traumas, anomalias de desenvolvimento, defeitos autoimunes, susceptibilidades genéticas ou degeneração celular, são um produto de múltiplas influências sobre a saúde. Já não existe um ‘agente’ culpado da causa das doenças, e ‘doença’ em si não é mais um conceito simples”. Essas observações impõem uma revisão profunda do modelo de Leavell & Clark (1965) ³ que propunha a organização da assistência e da prevenção em saúde pelos níveis primário, secundário e terciário. Cada vez menos se pode segmentar o atendimento das necessidades das pessoas em um nível determinado de organização do sistema assistencial. Também se fragiliza o modelo que atribui maior resolubilidade dos níveis inferiores do sistema. O que se trata agora é de atender às necessidades de cuidados das pessoas no nível capaz de dar resposta a essas necessidades e, crescentemente, em determinados momentos da evolução da enfermidade, ele poderá estar em níveis de alta complexidade. Isto não exclui a observação de que a maior frequência de atendimentos continuará ocorrendo nos níveis inferiores do sistema.

Raciocínio equivalente tem necessidade de ser desenvolvido quando da identificação dos “territórios” populacionais, das hierarquias locais dos serviços de saúde e do fluxo das pessoas em redes dinâmicas. Os recortes político-administrativos que já se mostravam frágeis para que se lhes atribuísse um nível correspondente de responsabilidade sanitária, em função da diversidade de tamanhos e capacidades de Estados e Municípios, não mais se sustentam e menos ainda se sustentarão nos anos por vir. Os territórios com suas populações e suas ofertas de serviços de saúde e meios de transporte e comunicação serão crescentemente determinantes para o aumento da eficiência e efetividade dos cuidados prestados. Com o avanço da urbanização, da aglomeração urbana e metropolitização, as pessoas passam a transitar continua e crescentemente em espaços contíguos a seus locais de residência (integração horizontal) onde os programas da chamada atenção básica, seja em suas modalidades tradicionais seja no modelo programa de saúde da família exigirão interseções mais frequentes com os serviços sociais de apoio, associações comunitárias (além da intersectorialidade requerida para melhoria geral das condições de saúde) e um dinamismo e articulação maiores com as outras unidades e níveis de complexidade do sistema.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) ⁴ estabeleceu um conceito de “condições crônicas” como aquelas que “requerem cuidados continuados por um período de anos ou décadas”,

ultrapassando o conceito tradicional de doenças crônicas, como diabetes, asma ou insuficiência cardíaca, para incluir doenças transmissíveis para as quais o avanço tecnológico transformou seu curso, como HIV-AIDS, distúrbios mentais como esquizofrenia, e incapacidades não classificáveis como doenças, como cegueira e problemas músculo-esqueléticos.

Uma questão central colocada para a adequada formulação de propostas assistenciais é o fato de que a queda da mortalidade de uma determinada condição clínica não se faz necessariamente acompanhar por uma redução na sua incidência, resultando num aumento da prevalência daquela condição. Este fenômeno pode ser observado no caso da doença isquêmica do coração onde o número de sobreviventes aumentou consideravelmente. Esses sobreviventes, quase todos se encontram em tratamento medicamentoso e são submetidos a avaliações periódicas de suas coronárias. Aqueles que chegaram a apresentar um quadro de infarto foram submetidos a alguma forma de cuidado intensivo durante a fase aguda e uma boa parte foi levada a uma intervenção percutânea ou cirurgia de revascularização. Esses pacientes requereram, portanto, cuidados especializados prestados em centros especializados e, concluídos estes, voltarão ao seu médico de cuidados primários para o acompanhamento clínico permanente, com visitas periódicas para reavaliação a um nível secundário de atenção. Um coronariopata poderá se beneficiar de um programa bem orientado de atividades físicas e aconselhamento nutricional, atividades que serão prestadas no se entorno residencial ou profissional. Sobrevivendo em tratamento contínuo, estará sujeito, nos anos futuros ao agravamento de suas disfuncionalidades musculoesqueléticas, acompanhadas de tratamentos adicionais, inclusive de fisioterapia. E em algum ponto futuro de sua vida, será acometido a outras condições, algumas delas tratáveis e que requererão acompanhamento adicional, por exemplo, um câncer de próstata, outras não, que poderão obrigá-lo a se submeter a tratamentos caros e especializados com chances reduzidas de sobrevivência, por exemplo, um câncer de cólon avançado.

O envelhecimento e a predominância de condições crônicas fazem com que em um dado momento do tempo para uma população dada, todos os chamados níveis de assistência são acionados e nenhum deles poderia ser chamado de “resolutivo” no sentido clássico associado à ideia de cura. Outra consideração importante é que passa a ser necessária a intervenção de diferentes especialidades médicas e de outros profissionais de saúde nesses diferentes níveis. No nível primário, sobretudo, impõe-se, com frequência crescente, um extravasamento das fronteiras dos serviços de saúde para incluir serviços sociais e de apoio comunitário, por exemplo. Outras formas de cuidados em saúde, muitas delas largamente utilizadas nos países desenvolvidos, como assistência domiciliar, centros de cuidados prolongados e de cuidados paliativos, crescem em

importância e sua utilização ainda é bastante incipiente entre nós.

Algumas dimensões dos cuidados em saúde ganham importância extraordinária neste desenho: integração assistencial, continuidade, trabalho multiprofissional e colaborativo, comunicação adequada entre os diferentes agentes, educação dos pacientes e de suas famílias, organização dos serviços em redes dinâmicas, horizontais (no nível da comunidade e/ou das redes relacionais dos indivíduos) e vertical (entre os diferentes níveis e componentes do sistema de atenção) e coordenação assistencial são imprescindíveis. O nível primário de cuidados passa a ter um papel primordial no processo de coordenação e integração do cuidado e não representa mais apenas a “porta de entrada” no sistema de saúde.

As hipóteses de reordenamento assistencial de difícil implementação no setor público, onde há processos formais estabelecidos para regulação da atenção à saúde, encontra um grande obstáculo colocado pelo setor dos planos e seguros privados, onde o modelo de organização das prestações em saúde é aberto. A demanda, apesar das listas de prestadores preferenciais, é aberta, desarticulada e descoordenada. A utilização de recursos auxiliares de diagnóstico e tratamento, da mesma forma. O pagamento por ato estimula fortemente a sobreprestação de serviços. A maior remuneração dos profissionais representa uma concorrência desvantajosa com o sistema público. Uma vez que o setor é fortemente subsidiado por renúncias fiscais, rendimentos indiretos não tributados e transferência dos custos adicionais da contratação dos planos coletivos aos preços ao consumidor dos produtos e serviços, a pressão para a manutenção e eventual crescimento desses mecanismos é estimulada por essa conformação aberta do sistema. Dado o compartilhamento de uma importante fatia de prestadores pelo SUS e pelos planos, o sistema gera pressões de gastos crescentes também pelo SUS, seja pela disponibilidade da oferta não regulada, seja pelos estímulos financeiros em que a multiplicação dos atos diagnósticos e terapêuticos é vantajosa para esses prestadores, sem que se acompanhe necessariamente de benefícios para os usuários do sistema.

Não parece existir alternativa para a resposta adequada às necessidades de cuidados de saúde da população brasileira, e sua sustentabilidade a longo prazo, se não for disciplinada a concorrência predatória dos arranjos privados de financiamento setorial, por um lado, e rompida a segmentação desses cuidados em níveis de atenção ou diagnósticos específicos através da organização de redes integradas multiníveis de atenção. A atenção primária deve ser repensada para identificar sua abrangência e sua inserção nesse novo contexto ⁵.

Referências

1. Cochrane AL. Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services. London:

- Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972. (Reprinted in 2004 for Nuffield Trust by the Royal Society of Medicine Press, London.
2. Starfield B. Foreword I: A health system perspective. In: Nolte E, McKee M. (Ed.) *Caring for people with chronic conditions: A health system perspective.* Berkshire: Open University Press, p. xiv, 2008.
 3. Leavell HR, Clark EG. *Medicina Preventiva.* São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, p. 17-24, 1976.
 4. WHO. *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action.* Geneva: World Health Organization, p. 11, 2002.
 5. Ouverney AM, Noronha JC. Modelos de Organização e Gestão da Atenção à Saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde.* volume 3. Rio de Janeiro : Fiocruz, p. 141-182, 2013.