

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Eugênio Vilaça Mendes



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Eugênio Vilaça Mendes

Brasília-DF

2015

© 2015 Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Tiragem: 1.ª edição – 2015 – 3.000 exemplares

Elaboração:

Eugênio Vilaça Mendes

Capa e Diagramação:

Marcus Carvalho

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Mendes, Eugênio Vilaça

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

193 p.: il.

ISBN: 978-85-8071-034-2

1. Gestão em saúde 2. Atenção à Saúde 3. Redes de Atenção à Saúde 4. Sistema Único de Saúde I. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. II. Título.

NLM: W 84

As opiniões emitidas na presente publicação são da exclusiva responsabilidade do autor, sem representar posicionamentos oficiais do Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

SUMÁRIO

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS	11
PREFÁCIO	13
INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 – A ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	19
As Redes de Atenção à Saúde	19
Os elementos constitutivos das RAS	21
A população	21
A estrutura operacional das RAS	22
Os Modelos de Atenção à Saúde	24
O conceito de condições de saúde	25
Os modelos de atenção aos eventos agudos	27
Os modelos de atenção às condições crônicas	29
A Atenção Primária à Saúde	29
Uma breve história da APS	29
As interpretações da APS na prática social	31
Os atributos e as funções da APS nas RAS	33
As evidências sobre a APS na literatura internacional	34
Os modelos de APS	37
Um novo ciclo da APS no SUS: o ciclo da estratégia da saúde da família	40
CAPÍTULO 2 – A DEMANDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	45
A APS não é simples	45
A crise da APS no plano micro da clínica	46
A natureza complexa da demanda na APS	48
Os problemas que se apresentam na APS	48
A ecologia dos sistemas de atenção à saúde	49
A demanda na APS	51
A demanda na APS é quantitativamente muito ampla	51
A APS tem alta capacidade de resolução dos problemas	52
A demanda na APS é concentrada em mulheres, crianças, adultos e pessoas idosas	54
A demanda na APS envolve um amplo espectro de problemas, motivos de consulta ou condições de saúde	54
A demanda na APS é concentrada em poucos problemas, motivos de consulta ou condições de saúde	54

Os tipos de atendimentos na APS distribuem-se numa relação próxima entre a demanda não programada e a demanda programada	59
Os atendimentos na APS concentram-se nas condições crônicas	60
A demanda na APS envolve uma quantidade significativa de problemas gerais e inespecíficos	60
A demanda na APS é concentrada num grupo de pessoas hiperutilizadoras	61
A demanda na APS é concentrada em enfermidades	65
A demanda na APS apresenta variações sazonais e temporais	67
A demanda administrativa é muito significativa na APS	67
A demanda por cuidados preventivos é muito significativa na APS	68
A demanda por atenção domiciliar é muito significativa na APS	68
Os diferentes perfis de demanda na APS	69
CAPÍTULO 3 – O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO SOCIAL DA APS	71
O ajuste entre a estrutura da demanda e da oferta na APS	71
As bases operacionais da construção social da APS	74
O Modelo de Donabedian	74
A gestão por processos	75
A estratégia educacional do processo de construção social da APS.	77
O processo da construção social da APS: a metáfora da casa	79
A construção do alicerce da casa: as intervenções na estrutura e nos macroprocessos e nos microprocessos básicos da APS	80
As intervenções na estrutura	80
Os macroprocessos e os microprocessos básicos da APS.	81
Os macroprocessos da atenção aos eventos agudos	82
Os macroprocessos da atenção às condições crônicas não agudizadas, às pessoas hiperutilizadoras e às enfermidades.	82
Os macroprocessos da atenção preventiva	83
Os macroprocessos das demandas administrativas	85
Os macroprocessos da atenção domiciliar	85
Os macroprocessos do autocuidado apoiado.	86
O resultado final do processo da construção social da APS: equilíbrio entre a estrutura da demanda e a estrutura da oferta	87
CAPÍTULO 4 – A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO COORDENADORA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	89
Os modelos de coordenação nas organizações: o modelo de Mintzberg	89
A coordenação da atenção à saúde	91
Os problemas da falta de coordenação da atenção à saúde	91
As taxas de referência e a coordenação da atenção à saúde.	93
A importância da coordenação da atenção à saúde	94

O conceito de coordenação da atenção à saúde	95
Os mecanismos de coordenação da atenção à saúde	97
A normalização das habilidades	98
A normalização dos processos de trabalho	99
A normalização dos resultados	101
O ajustamento mútuo por comunicação informal	103
O ajustamento mútuo por grupos de trabalho	103
O ajustamento mútuo por postos de enlaçamento	104
O ajustamento mútuo por comitês permanentes	106
O ajustamento mútuo por matriciamento	106
O ajustamento pelo sistema de informação clínica	107
O ajustamento mútuo pela supervisão direta	108
Os modelos de coordenação da atenção à saúde: o modelo da coordenação do cuidado	108
CAPÍTULO 5 – A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	123
Os sistemas de atenção à saúde	123
A estrutura funcional dos sistemas de atenção à saúde: as macrofunções de regulação, financiamento e prestação de serviços	124
A macrofunção de regulação	125
A macrofunção de financiamento	126
A macrofunção de prestação de serviços	127
A dinâmica das macrofunções dos sistemas de atenção à saúde	127
Os papéis da regulação estatal do SUS	129
O sistema de acesso regulado à atenção à saúde	129
A regulação assistencial nas Redes de Atenção à Saúde	131
O conceito de regulação assistencial	131
Os lugares da regulação assistencial nas RAS	132
A mudança do modelo de gestão dos sistemas de atenção à saúde: do modelo da gestão da oferta para o modelo da gestão da saúde da população	135
Os fundamentos da regulação assistencial da saúde da população nas condições crônicas não agudizadas	144
O princípio da suficiência	144
A complementaridade entre a APS e a atenção especializada	146
A estratificação de riscos das condições crônicas não agudizadas	147
Os modelos de atenção às condições crônicas	148
O CCM	148
O Modelo da Pirâmide de Risco (MPR)	150
O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)	152
As tecnologias de gestão da clínica no campo da regulação assistencial	155

As diretrizes clínicas	156
A gestão da condição de saúde	156
A gestão de caso	160
A lista de espera	160
Uma mudança necessária na regulação assistencial do SUS: da regulação assistencial com base na gestão da oferta para a regulação assistencial com base na gestão da saúde da população	163
O modelo da regulação assistencial com base na gestão da oferta e seu esgotamento ..	163
A regulação assistencial com base na saúde da população	167
A aplicação da regulação assistencial com base na saúde da população nas referências entre a APS e a atenção ambulatorial especializada	170
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	177

LISTA DE FIGURAS, QUADROS, GRÁFICOS, TABELAS E BOXES

FIGURAS

Figura 1.	A mudanças dos sistemas piramidais e hierárquicos para as Redes de Atenção à Saúde	20
Figura 2.	A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde	23
Figura 3.	O modelo de atenção aos eventos agudos	27
Figura 4.	Os atributos e as funções da Atenção Primária à Saúde	33
Figura 5.	A ecologia dos sistemas de atenção à saúde	50
Figura 6:	Os diferentes perfis de demanda na APS	69
Figura 7:	Os perfis de oferta e de demanda na APS	73
Figura 8:	O modelo de Donabedian	74
Figura 9:	A metáfora da casa na construção social da APS	80
Figura 10:	O Modelo da Coordenação do Cuidado	116
Figura 11:	Os componentes e as relações nos sistemas públicos de atenção à saúde	123
Figura 12:	A evolução do <i>mix</i> estatal/privado das três macrofunções dos sistemas de serviços de saúde conforme o grau de desenvolvimento dos países	128
Figura 13:	A regulação assistencial na atenção aos eventos agudos e na atenção às condições crônicas não agudizadas	133
Figura 14:	O Modelo de Atenção Crônica	149
Figura 15:	O Modelo da Pirâmide de Risco	150
Figura 16:	O Modelo de Atenção às Condições Crônicas	152
Figura 17.	As tecnologias de gestão da clínica	155

QUADROS

Quadro 1:	O desequilíbrio entre as estruturas da demanda e da oferta na APS	71
Quadro 2:	O equilíbrio da estrutura da demanda e da estrutura da oferta na APS	88
Quadro 3:	Tipos de mecanismos de coordenação da atenção à saúde	98
Quadro 4:	As diferenças entre as clínicas da atenção primária à saúde e da atenção especializada	147
Quadro 5:	Planilha de programação da hipertensão arterial	159
Quadro 6:	As características da regulação assistencial com base na gestão da oferta	164
Quadro 7:	A regulação assistencial com base na gestão da saúde da população	168
Quadro 8:	Matriz de regulação da demanda e da oferta nos sistemas de atenção à saúde.	170

TABELAS

Tabela 1:	Proporção de encaminhamentos para os cuidados secundários e terciários para problemas identificados na atenção primária, no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, 1999	52
Tabela 2:	Especialidades médicas mais referenciadas pela APS, Florianópolis	53
Tabela 3:	Problemas mais frequentes na demanda na APS, Florianópolis	55
Tabela 4:	Motivos de consultas mais frequentes, Florianópolis	58
Tabela 5:	Frequência dos tipos de atendimentos na APS	60
Tabela 6:	Custos da atenção em diferentes pontos de atenção à saúde	145
Tabela 7:	Tempos gastos na atenção pelas pessoas usuárias em diferentes pontos de atenção à saúde	146

BOXES

Boxe 1:	O caso da Sra. G	110
Boxe 2:	O caso da Sra. H	120

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS

- AAE:** Atenção Ambulatorial Especializada
AIS: Ações Integradas de Saúde
APS: Atenção Primária à Saúde
AVE: Acidente Vascular Encefálico
CCM: Modelo de Atenção Crônica (*Chronic Care Model*)
CID: Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
ESF: Estratégia da Saúde da Família
INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
KP: Kaiser Permanente
MBE: Medicina Baseada em Evidência
MPR: Modelo da Pirâmide de Risco
MACC: Modelo de Atenção às Condições Crônicas
NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família
POP: Procedimento Operacional Padrão
PSA: Antígeno Prostático Específico
PSF: Programa de Saúde da Família
RAS: Rede de Atenção à Saúde
SUS: Sistema Único de Saúde
UPA: Unidade de Pronto-Atendimento
WONCA: Organização Mundial de Médicos de Família



PREFÁCIO

Eugênio Vilaça Mendes é um profundo conhecedor dos temas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e Atenção Primária à Saúde (APS). Nos últimos anos tem se dedicado integralmente a estudar e pesquisar o assunto no Brasil e em outros países, além de acompanhar os laboratórios de inovação da APS promovidos pela Organização Pan Americana de Saúde (Opas) e pelo CONASS, com envolvimento de outros parceiros.

Os laboratórios realizados pelo CONASS são desenvolvidos baseados numa proposta teórico metodológica desenhada para formação de redes de atenção à saúde e consiste em testar e validar o Modelo de Atenção as Condições Crônicas (MACC), adaptado por Mendes para o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos modelos de Determinantes Sociais da Saúde de Dahlgren e Whitehead (1991), Cuidados Crônicos, de Wagner (1998), e Pirâmide de Risco da Kaiser Permanente, de Bengoa, Porter e Kellogg (2008).

Esses laboratórios têm mostrado a potência do modelo, a possibilidade concreta de fortalecer a APS, seja pela mudança do processo de trabalho das equipes, pela integração entre os profissionais e entre os níveis de atenção, e a consequente satisfação dos usuários, razão de ser de todo sistema de saúde.

O sucesso na implantação das diversas redes temáticas depende da transformação da APS, que deve efetivamente coordenar o cuidado e ser responsável pelo fluxo do cidadão na rede, nos diversos pontos de atenção, considerando o contexto micro e macro regional, e as necessidades do cidadão.

Esse livro é fruto dos estudos, pesquisas e experiências vividos pelo autor, que traz uma proposta concreta de “como fazer” essa transformação, que a população precisa e os profissionais e gestores anseiam.

Como Mendes sempre refere, basta de fazer “mais do mesmo”! Urge mudar a forma de organizar os serviços no sentido de enfrentar os problemas de saúde, frente a um modelo de atenção ainda hegemônico, em um país que atravessa uma importante transição demográfica e epidemiológica.

A construção social da APS é uma proposta prática que aborda formas de reorganizar o trabalho das equipes de atenção primária e das unidades de saúde, com educação permanente, utilizando o MACC, o Procedimento Operacional Padrão (POP), a Regulação Assistencial aos eventos agudos e na atenção as condições crônicas não agudizadas.

Convido-os portanto à leitura, que traz uma contribuição relevante tanto do ponto de vista teórico como prático, do conceito de RAS, os elementos que a constitui, o modelo de atenção, a importância da organização dos serviços de forma regionalizada e voltada para as reais necessidades de saúde da população, e principalmente, o papel da APS nessa organização.

João Gabbardo dos Reis
Presidente do CONASS



INTRODUÇÃO

Este livro trata da construção, na prática social, da Atenção Primária à Saúde (APS). Portanto, há que se perguntar preliminarmente que APS se deseja construir?

Essa pergunta faz sentido, tendo em vista que existem diferentes decodificações de APS. A interpretação mais restrita da APS seletiva a entende como um programa específico destinado a populações e regiões pobres, às quais se oferta um conjunto restrito de tecnologias simples e de baixo custo, sem possibilidades de acesso a tecnologias de maior densidade. A interpretação da APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde concebe-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas de saúde mais comuns. E a interpretação mais ampla da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde que a compreende como uma forma singular de apropriar, recombinar, reorganizar e reordenar todos os recursos desse sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a inserção da APS em Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Há que se ressaltar que no SUS, ainda que o discurso oficial seja de APS como estratégia, na prática social essas três vertentes de interpretação dos cuidados primários se apresentam, coetaneamente, na prática social. É tempo de superar as duas primeiras interpretações e consolidar, definitivamente, a APS como a estratégia de organização do nosso sistema público de saúde.

Isso implica superar o ciclo vigente da atenção básica em saúde caracterizado pela expansão do Programa de Saúde da Família (PSF) que não obstante seus bons resultados esgotou-se pela permanência de problemas estruturais que permanecem. É necessário instituir um novo ciclo da atenção primária à saúde que consolide a Estratégia da Saúde da Família (ESF).

Uma agenda de mudanças profundas e sistêmicas se impõe nos próximos anos e está detalhada em um livro sobre os cuidados das condições crônicas na APS (MENDES, 2012).

Além disso, a interpretação da APS como estratégia de organização do SUS implica abrigá-la na construção das RAS.

A APS, na perspectiva das RAS, tem suas funções ampliadas de modo a cumprir três funções: a função resolutiva de atender a 90% dos problemas de saúde mais comuns, não necessariamente, os mais simples; a função coordenadora de ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo das RAS; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adstrita, nas RAS, às equipes de ESF. Só será possível organizar o SUS em redes se a APS estiver capacitada a desempenhar bem essas três funções. Só, assim, ela poderá coordenar RAS e instituir-se como estratégia de organização do SUS.

A APS que se quer construir socialmente é uma estratégia complexa, altamente resolutiva, com capacidade de coordenar as RAS e com responsabilidades claras, sanitárias e econômicas, por sua população adstrita.

A construção social da APS, aqui proposta, procura romper com alguns paradigmas convencionais prevalentes, que são incoerentes com a opção recente que se fez, no SUS, de organização em RAS.

Há que se passar de um modelo de gestão de oferta, para um modelo de gestão da saúde da população. O modelo de gestão que se pratica no SUS – o modelo da gestão da oferta –, é incompatível com a geração de valor para as pessoas usuárias porque tem seu foco na oferta de serviços e não nas necessidades da população usuária. Esse modelo é estruturado por parâmetros de oferta, construídos, em geral, por séries históricas que refletem mais os mecanismos políticos de conformação dos padrões de capacidade instalada ao longo do tempo, não tendo ligação com as reais necessidades das pessoas usuárias. A proposta de construção social da APS está referida por um modelo de gestão da saúde da população. O modelo da gestão da saúde da população move um sistema estruturado por indivíduos que buscam atenção para um sistema que se responsabiliza, sanitária e economicamente, por uma população determinada a ele vinculada, sendo fundamental conhecer essa população, captar suas necessidades reais e discriminá-la segundo critérios de riscos e acesso. A população de uma RAS não é a população dos censos demográficos, mas a população cadastrada e vinculada às equipes de ESF. A gestão da saúde da população é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os riscos, de implementar e monitorar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas necessidades e preferências.

Outro fator que marca o processo de construção social da APS proposto é a utilização de modelos assistenciais baseados em evidência que estão sendo operacionalizados internacionalmente. Esses modelos assistenciais são articulados pelo

conceito de condições de saúde e apresentam singularidades quando aplicados a eventos agudos e a condições crônicas.

A construção social da APS é feita de acordo com um modelo operacional que se desenvolve em momentos.

No primeiro momento, faz-se uma análise da demanda na APS. Esse trabalho foi possível em função de pesquisas recentes sobre a estrutura da demanda na APS do SUS, especialmente o trabalho seminal de Gusso (2009), seguido de outros trabalhos complementares examinados no livro. Os resultados da análise da demanda da APS no SUS mostram que, diferentemente do que muitas vezes se propala, ela nada tem de simples sendo, ao contrário, de extrema complexidade. Os diferentes tipos de demandas são classificados em algumas categorias conforme a afinidade entre elas.

No segundo momento, avalia-se o grau de incoerência entre a estrutura de demanda e a estrutura de oferta na APS do SUS definindo-se as brechas existentes entre essas duas estruturas, determinadas pelo acanhado perfil de oferta atualmente vigente. Com base na determinação dessas brechas propõe-se o incremento das intervenções efetivas do lado da oferta como forma de superação dessas brechas. Isso é feito ao estabelecer para os diferentes perfis de demanda, diversos perfis de oferta, com eles coerentes.

No livro utiliza-se a metáfora da edificação da casa da APS para construir socialmente cada tipo de perfil de oferta. Essa construção faz-se com a utilização da gestão de processos e da educação tutorial. A gestão por processos implica três etapas: o mapeamento dos processos, o redesenho dos processos e a implantação e o monitoramento dos processos redesenhados. A implantação desses processos convoca a utilização de uma estratégia educacional que se utiliza de oficinas tutoriais, cursos e auditoria de produtos.

Esses dois primeiros momentos ligam-se, mais fortemente, à construção da capacidade resolutive da APS.

O terceiro momento é da construção da capacidade de coordenação, uma função essencial da APS nas RAS. A função de coordenação só pode ser executada eficazmente se estiver assentada em mecanismos de coordenação potentes. À semelhança de experiências internacionais bem sucedidas, opta-se pelo modelo de coordenação organizacional de Mintzberg (2003) e faz-se uma discussão sobre os mecanismos de coordenação que, com base neste modelo, devem ser usados na construção social da APS. Nomeiam-se alguns modelos de coordenação da atenção

à saúde e propõe-se a utilização do modelo de coordenação do cuidado para que a APS possa coordenar as RAS.

O quarto momento trata da regulação assistencial das condições crônicas não agudizadas pela APS. Para isso, desnuda-se e mostra-se que o modelo de regulação assistencial vigente no SUS, o modelo da regulação assistencial da oferta, esgotou-se. Ele deve ser substituído por um modelo de regulação assistencial da saúde da população, coerente com o novo paradigma da gestão da saúde da população. Só assim, será possível que a APS regule diretamente as condições crônicas não agudizadas nas RAS.

O modelo teórico-conceitual parte de uma mudança paradigmática na gestão dos sistemas de atenção à saúde, o que implica transitar de uma gestão da oferta prevaiente para uma gestão da saúde da população, o que se detalha no Capítulo 5.

Coerente com a gestão de base populacional que é detalhada no Capítulo 4, todo o processo de construção social da APS está baseado no estabelecimento de uma estrutura de demanda – expressão das necessidades de saúde da população adstrita às equipes de APS –, para, com base nessa estrutura, ajustar uma estrutura de oferta de cuidados primários com ela coerente. Além disso, analisam-se as mudanças que devem ser feitas na regulação dos sistemas de atenção à saúde para tornar efetivo o papel coordenador da APS nas RAS.

O modelo impõe uma análise profunda da estrutura da demanda na APS, o que revela sua grande complexidade, o que é feito no Capítulo 1. Depois, avalia o grau de incoerência entre a estrutura de demanda e a estrutura de oferta definindo-se as brechas existentes entre essas duas estruturas e propõe o incremento das intervenções efetivas do lado da oferta como forma de superação dessas brechas, mostrando os diferentes perfis de oferta que devem ser desenvolvidos com a ferramenta da gestão de processos; é o que se faz no Capítulo 3. Para dar conta da função de coordenação das RAS, discutem-se, no Capítulo 4, os mecanismos e os modelos de coordenação da APS. Por fim, no Capítulo 5, propõe-se um novo modelo regulatório que acolha a APS como centro de comunicação e de coordenação das RAS.



CAPÍTULO 1. A ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

1. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A incoerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde, praticado hegemonicamente, constitui o problema fundamental do SUS e, para ser superado, envolve a implantação das RAS.

As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adstrita e gerando valor para essa população (MENDES, 2011).

Dessa definição emergem os conteúdos básicos das RAS: apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob a coordenação da APS; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e devem gerar valor para a sua população.

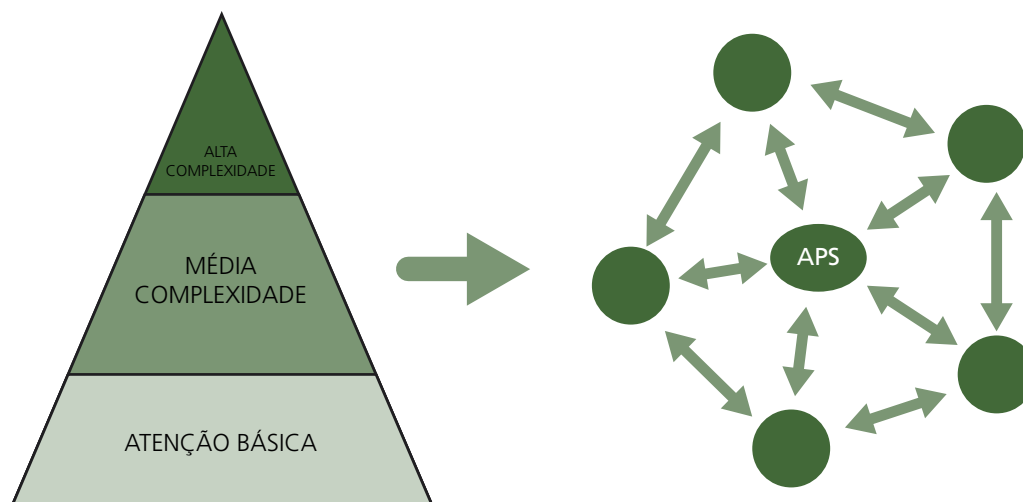
Os objetivos das RAS são melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (ROSEN e HAM, 2009).

Nas RAS, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, nas RAS não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, a APS e os

sistemas de apoio, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção de distintas densidades tecnológicas, a APS e seus sistemas de apoio e logístico, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os componentes das RAS são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos dessas redes; apenas se diferenciam pelas respectivas densidades tecnológicas que os caracterizam.

A concepção vigente na normativa do SUS é a de um sistema hierárquico, de tipo piramidal, formatado segundo as densidades relativas de cada nível de atenção em atenção básica, média e alta complexidades. Essa concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, em que se respeitando as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais. Contudo, as RAS apresentam uma singularidade: seu centro de comunicação situa-se na APS. É o que se vê na Figura 1.

Figura 1: A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde



Fonte: Mendes (2011).

Somente a atuação de uma RAS pode gerar valor para a população adstrita. O valor da atenção à saúde se expressa na relação entre os resultados econômicos, clínicos e humanísticos e os recursos utilizados no cuidado da saúde (PORTER e TEISBERG, 2007).

Há evidências, obtidas em vários países, de que as RAS melhoram os resultados clínicos, sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2007).

No Brasil, a concepção de RAS vem sendo discutida há algum tempo, mas foi incorporada oficialmente ao SUS, por dois instrumentos jurídicos. A Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS e o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n. 8.080/90. Na Portaria Ministerial, a RAS é definida “como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. No Decreto Presidencial explicita-se que “a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2011).

2. OS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DAS RAS

As RAS constituem-se de três elementos fundamentais: uma população e as regiões de saúde, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde.

2.1. A POPULAÇÃO

O primeiro elemento das RAS, e sua razão de ser, é uma população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. É isso que marca a atenção à saúde baseada na população, uma característica essencial das RAS.

As RAS, nos sistemas privados ou públicos organizados pela competição gerenciada, podem prescindir dos territórios sanitários. Mas não há possibilidades das RAS, privadas ou públicas, serem implantadas sem uma população adstrita. Assim, as RAS, nos sistemas públicos como o SUS, exigem a construção social de territórios/população.

A população de responsabilidade das RAS vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sócio-sanitários. Assim, a população total de responsabilidade de uma RAS deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes. Não basta, contudo, o conhecimento da população total: ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de riscos e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas.

Na concepção de RAS cabe à APS a responsabilidade de articular-se, intimamente, com a população, o que implica não ser possível falar-se de uma função coordenadora das RAS ou em gestão de base populacional se não se der, nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento e relacionamento íntimo da equipe de saúde com a população adstrita, estratificada em subpopulações e organizada em grupos familiares que habitam territórios de vida.

O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a gestão baseada nas necessidades de saúde da população, ou gestão de base populacional, elemento essencial das RAS.

As regiões de saúde poderão ser intraestaduais, interestaduais e internacionais e as RAS estarão compreendidas no âmbito de uma ou mais regiões de saúde.

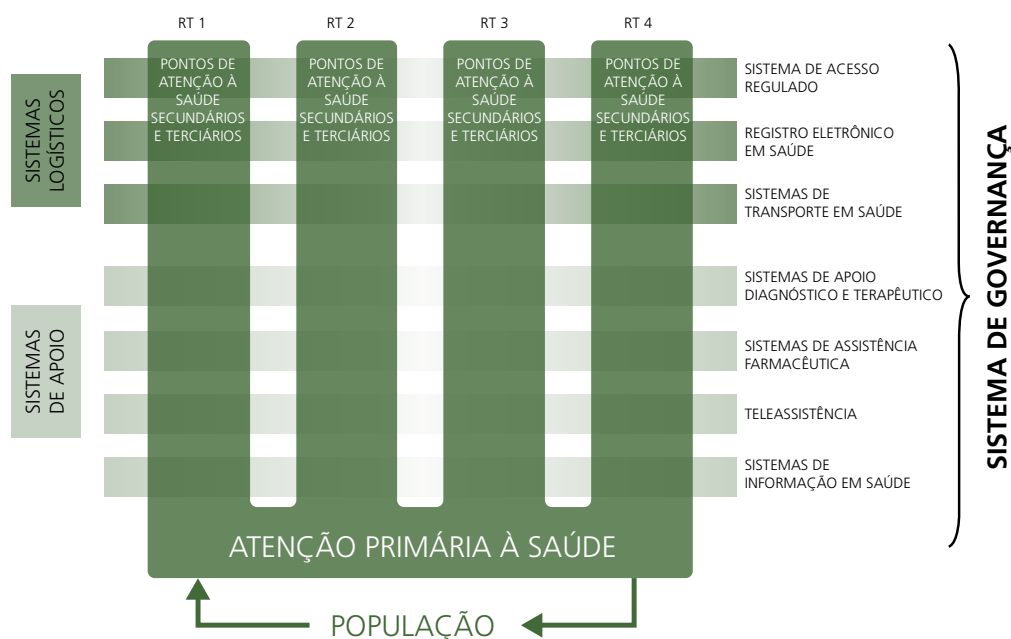
2.2. A ESTRUTURA OPERACIONAL DAS RAS

O segundo elemento constitutivo das RAS é a estrutura operacional constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós.

Numa rede, conforme entende Castells (2000), o espaço dos fluxos está constituído por alguns lugares intercambiadores que desempenham o papel coordenador para a perfeita interação de todos os elementos integrados na rede e que são os centros de comunicação e por outros lugares em que se localizam funções estrategicamente importantes que constroem uma série de atividades em torno da função-chave da rede e que são os seus nós.

A estrutura operacional das RAS compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança da RAS. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós. É o que se observa na Figura 2.

Figura 2: A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde



Fonte: Mendes (2011).

A observação da Figura 2 mostra uma opção pela construção de redes temáticas de atenção à saúde, como: as redes de atenção às mulheres e às crianças; as redes de atenção às doenças cardiovasculares, às doenças renais crônicas e ao diabetes; as redes de atenção às doenças respiratórias; as redes de atenção aos eventos agudos; e outras.

As RAS estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica ou grupos afins de condições de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimento. Só se gera valor para a população quando se estruturam respostas sociais integradas, relativas a um ciclo completo de atenção. Como afirmam Porter e Teisberg (2007): “o valor na assistência à saúde é determinado considerando-se a condição de saúde do paciente durante todo ciclo de atendimento, desde a monitoração e prevenção, passando pelo tratamento e estendendo-se até o gerenciamento da doença”.

Contudo, essa proposta de RAS temáticas nada tem a ver com a concepção dos programas verticais. Os programas verticais são aqueles sistemas de atenção à saúde dirigidos, supervisionados e executados, exclusivamente, por meio de recursos especializados (MILLS, 1983). Por exemplo, um programa vertical de tuberculose pode ter

um dispensário de tuberculose, um sanatório de tuberculose, um laboratório para exames de tuberculose, como ocorreu, no passado, na saúde pública brasileira. Ao contrário, os programas horizontais são aqueles que se estruturam para resolver vários problemas de saúde comuns, estabelecendo visão e objetivos únicos e usando tecnologias e recursos compartilhados para atingir os seus objetivos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996). Há estudos que mostram que os programas verticais parecem ter benefícios como a clareza dos objetivos, mas que isso só ocorre no curto prazo e, especialmente em situações de sistemas de atenção à saúde muito pouco desenvolvidos (CRUZ et al., 2003). Os programas verticais, por outro lado, fragilizam os sistemas de atenção à saúde, desperdiçam recursos escassos e apresentam problemas de sustentabilidade (ATUN, 2004). Por isso, recentemente, vem se consolidando, na saúde pública, um posicionamento favorável à superação da dicotomia entre programas verticais e horizontais, estendendo essa metáfora geométrica para programas diagonais, em se combinam os objetivos singulares de determinadas condições de saúde com uma estrutura operacional que organize, transversalmente, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos, o sistema de governança e a APS (OOMS et al., 2008). A forma mais adequada de se organizarem, diagonalmente, os sistemas de atenção à saúde, parece ser por meio das RAS.

A organização diagonal dos sistemas de atenção à saúde pelas RAS manifesta-se, numa parte temática restrita, exclusivamente, nos pontos de atenção secundários e terciários. Isso se impõe em razão da divisão técnica do trabalho que exige, nesses pontos, a especialização. Todos os demais componentes das RAS, como se vê na Figura 2, a APS, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança são transversais a todas as redes temáticas, sendo, portanto, comuns a todas elas.

2.3. OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

O terceiro elemento constitutivo das RAS são os modelos de atenção à saúde.

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevaiente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011).

Os modelos de atenção à saúde são diferenciados por modelos de atenção aos eventos agudos e às condições crônicas.

2.3.1. O CONCEITO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE

Condição de saúde é um conceito novo institucionalizado pela Organização Mundial da Saúde (2003) recentemente. Constitui uma nova tipologia de saúde que se diferencia da tipologia clássica largamente utilizada.

Diferentemente da tipologia clássica, definida por doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis, estruturada com base na etiopatogenia das doenças, as condições de saúde apresentam uma lógica de recorte baseada na forma de resposta social a essas condições pelo sistema de atenção à saúde, pelos profissionais e pelas pessoas usuárias: se reativa ou proativa, se episódica ou contínua e se fragmentada ou integrada.

É certo que a tipologia clássica tem sido bem sucedida como base de estudos no campo da epidemiologia, mas ela não dá conta de dar suporte à organização dos sistemas de atenção à saúde porque muitas respostas sociais a certas doenças transmissíveis (por exemplo, hanseníase, certas hepatites virais e HIV/AIDS) se aproximam mais das respostas convocadas por condições crônicas.

As condições de saúde são as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de formas mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas. As condições de saúde podem ser divididas em condições agudas, em condições crônicas e em eventos agudos (WAGNER, 1998; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

As condições agudas são aquelas condições de saúde de curso curto que se manifestam de forma pouco previsível e que devem ser manejadas de forma episódica, reativa e integrada pelo sistema de atenção à saúde, exigindo um tempo de resposta oportuno do sistema de atenção à saúde. As condições agudas envolvem as doenças transmissíveis de curso curto (gripe, dengue), as doenças inflamatórias e infecciosas agudas (apendicite, amigdalite) e os traumas.

As condições crônicas são aquelas condições de saúde de curso mais ou menos longo ou permanente que devem ser manejadas de forma proativa, contínua e integrada pelo sistema de atenção à saúde, pelos profissionais de saúde e pelas pessoas usuárias para seu controle efetivo, eficiente e com qualidade. Todas as doenças crônicas são condições crônicas, mas também o são as seguintes condições: fatores de risco individuais biopsicológicos como colesterol elevado, depressão, hipertensão arterial, pré-diabetes e sobrepeso ou obesidade; doenças transmissíveis de curso longo como hanseníase, tuberculose, hepatites B e C e HIV/AIDS; a manutenção da saúde por ciclos de vida como a puericultura, a hebicultura e a senicultura; as enfer-

midades não catalogáveis como doenças na Classificação Internacional de Doenças como sintomas medicamente não explicáveis, os transtornos histerossomáticos, os transtornos somatoformes, as síndromes de não doenças e o sofrimento difuso; os distúrbios mentais de longo prazo; as deficiências físicas e estruturais contínuas como amputações e deficiências motoras persistentes e doenças bucais (MENDES, 2012).

As principais características das condições crônicas são: apresentam causas múltiplas e complexas; evoluem gradualmente ainda que possam se manifestar repentinamente e apresentar momentos de agudização; evoluem ao longo de todo ciclo de vida ainda que sejam mais prevalentes em idades mais avançadas; podem comprometer a qualidade da vida por meio de limitações funcionais ou incapacidades; são de curso longo ou persistentes e podem levar a uma deterioração gradual da saúde; em geral, requerem cuidados de longa duração; apesar de não serem a ameaça mais imediata à vida constituem as causas mais comuns de mortalidade prematura; grande parte das condições crônicas pode ser prevenida, ou ter sua aparição prolongada, ou ter suas complicações reduzidas; a distribuição populacional das condições crônicas não é uniforme e elas tendem a atingir mais fortemente aos mais pobres; e, em geral, resultam de fatores de riscos não controlados, apropriada e oportunamente (GOBIERNO VASCO, 2010).

As condições crônicas podem ser divididas em condições crônicas não agudizadas e condições crônicas agudizadas.

Certas condições crônicas podem apresentar momentos de agudização e, nesses momentos, devem ser enfrentadas na lógica das condições agudas. Por essa razão, surge uma terceira categoria, a dos eventos agudos, que é um somatório das condições agudas e das agudizações de condições crônicas (por exemplo, emergência hipertensiva, descompensação diabética, crise asmática).

Assim, os eventos agudos devem ser respondidos por uma rede de urgência e emergência que se pode estruturar por meio de respostas sociais reativas, episódicas e integradas; de outra forma, as condições crônicas não agudizadas devem ser, necessariamente, respondidas socialmente por meio de respostas sociais proativas, contínuas e integradas.

Um grande problema dos sistemas de atenção à saúde contemporâneos está em responder às condições crônicas não agudizadas por meio do modelo do atendimento aos eventos agudos, o que gera maus resultados sanitários e econômicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; BENGGOA, 2008). Esse modelo de atenção prevalecente não é efetivo em manter as condições crônicas estabilizadas, nem em conter o risco evolutivo dessas condições, o que leva a constantes agudiza-

ções. Estudo feito no Reino Unido mostrou que 70% dos atendimentos em serviços de urgência e emergência são por condições crônicas agudizadas (SINGH, 2005).

2.3.2. OS MODELOS DE ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS

Os modelos de atenção aos eventos agudos prestam-se à organização das respostas dos sistemas de atenção à saúde às condições agudas e às agudizações das condições crônicas.

O modelo de atenção aos eventos agudos, desenvolvido por Mendes (2014) tem como base o modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead (1991), utiliza um sistema de classificação de risco e opera com a tecnologia de gestão da condição de saúde para os eventos agudos diagnosticados. Esse modelo está representado na Figura 3.

Figura 3: O modelo de atenção às condições agudas



Fonte: Mendes (2014).

O modelo de atenção aos eventos agudos estrutura-se em quatro níveis e em função de algumas variáveis fundamentais: a promoção da saúde, a prevenção das condições de saúde, a gravidade (risco), o tempo resposta e os recursos necessários.

O nível 1 do modelo de atenção aos eventos agudos incorpora as intervenções de promoção da saúde, na população total, em relação aos determinantes sociais intermediários da saúde, segundo a proposta de Dahlgren e Whitehead (1991). Nesse nível as intervenções são realizadas por meio de projetos intersetoriais. Um caso exitoso de promoção da saúde em relação aos traumas é o da Suécia por meio de um programa denominado Visão Zero que articula políticas de diferentes setores com o objetivo alcançar a meta de trauma zero naquele país em 2017 (WILES, 2007).

O nível 2 do modelo de atenção aos eventos agudos incorpora as intervenções de prevenção das condições de saúde, em subpopulações de riscos em relação aos determinantes sociais proximais da saúde relativos aos comportamentos e aos estilos de vida (uso excessivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada, tabagismo, estresse e outros). As ações nesse nível são muito efetivas em prevenir eventos agudos muito frequentes como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico.

Os níveis 3 e 4 referem-se a eventos agudos ocorridos que devem ser atendidos por uma tecnologia de gestão da clínica denominada de gestão das condições de saúde.

No nível 3 faz-se a gestão da condição de saúde por meio da classificação de risco. Para isso utiliza-se um sistema de classificação de risco com o objetivo de estabelecer, rapidamente, a atenção no lugar certo e no tempo certo. A organização do sistema de atenção à saúde, para responder às necessidades colocadas pelos eventos agudos implica, na perspectiva das RAS, a construção de uma linguagem comum que permeie todo o sistema, estabelecendo o melhor local para a resposta a uma determinada situação e num tempo predeterminado. As experiências mundiais vêm mostrando que essa linguagem estrutura-se em diretrizes clínicas codificadas num sistema de classificação de risco, como base de uma rede de atenção às urgências e às emergências. Há vários modelos que podem ser utilizados, mas no Brasil tem sido utilizado crescentemente o Sistema Manchester de Classificação de risco que opera com algoritmos e determinantes, associados a tempos de espera simbolizados por cores (verde, azul, amarelo, laranja e vermelho) e que é usado em vários países da Europa (MACWAY-JONES et al., 2010). O sistema de classificação de risco de Manchester, ainda que desenvolvido para utilização em pontos de atenção secundários e terciários, especialmente hospitalares, tem sido aplicado na APS, em diferentes lugares, no SUS (MARQUES et al., 2010).

O nível 4 do modelo de atenção aos eventos agudos opera as intervenções de gestão da condição de saúde no manejo dos eventos diagnosticados. Nesse nível faz-se o atendimento nos pontos de atenção e no tempo estabelecidos pela classificação de risco, a utilização de protocolos clínicos baseados em evidência, o diagnóstico e

seu manejo segundo os protocolos clínicos, a educação permanente dos profissionais de saúde, a gestão dos riscos de atenção nas unidades de atendimento aos eventos agudos e a programação dos eventos agudos.

2.3.3. OS MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Os modelos de atenção às condições crônicas são modelos muito mais complexos.

A proposição desses modelos é recente e fez-se como uma resposta à crise dos sistemas fragmentados de atenção à saúde ao enfrentar o crescimento da prevalência das condições crônicas e, especialmente, das doenças crônicas.

Há várias propostas de modelos de atenção às condições crônicas, mais dois se destacam: o Modelo de Atenção Crônica (*chronic care model*, CCM) e o modelo da pirâmide de risco (MPR). A partir deles, Mendes (2011) desenvolveu para uso no SUS o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Esses modelos de atenção às condições crônicas são discutidos em detalhes no Capítulo 5.

3. A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

3.1. UMA BREVE HISTÓRIA DA APS

A moderna concepção de APS surgiu no Reino Unido, em 1920, no Relatório Dawson que preconizou a organização do sistema de atenção à saúde em diversos níveis: os serviços domiciliares, os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários, os serviços suplementares e os hospitais de ensino (PENN et al., 1920). Esse clássico documento descreveu as funções de cada nível de atenção e as relações que deveriam existir entre eles e representa o texto inaugural da regionalização dos sistemas de atenção à saúde organizados com base na saúde da população, tendo influenciado a organização desses sistemas em vários países do mundo. Além disso, esse documento constitui a proposta seminal das RAS coordenadas pela APS.

No período do início dos anos vinte ao final dos anos setenta, deram-se vários movimentos que, direta ou indiretamente, levaram à APS. Um, muito importante, foi a criação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, em 1948, e a adoção de médico generalista, embrião da medicina de família e comunidade (LAKHANI M et al., 2007). Vários outros movimentos foram também relevantes, muitos deles ocorridos na década libertária dos anos sessenta: o movimento feminista e a pílula anticoncepcional, o surgimento dos movimentos pacifistas e ecológicos, a saúde materno-infantil, os estudos de Framingham sobre os fatores de risco nas doenças

cardiovasculares, a publicação pelo Cirurgião Geral dos Estados Unidos do estudo sobre saúde e tabaco, a aparição das organizações de manutenção da saúde americanas, a proposta illichiana de desmedicalização dos cuidados de saúde, o surgimento de uma grande liderança na direção da Organização Mundial da Saúde, o Dr. Halfdan Mahler, e outros (SAKELLARIDES, 2001). Tudo isso criou um clima propício, nos campos cultural e político, para a institucionalização da APS em escala planetária, o que veio a ocorrer na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância, UNICEF (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 1979).

A conferência de Alma-Ata definiu a APS como “cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 1979).

Dessa definição emergiram, naquele momento, elementos essenciais da APS: a educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares. Principalmente, aponta para a saúde como expressão de direito humano.

A APS tem uma história singular no Brasil que pode ser registrada por ciclos de desenvolvimento (Mendes, 2012).

O primeiro ciclo surgiu, em 1924, com os Centros de Saúde criados na USP; provavelmente, esses centros sofreram alguma influência do pensamento dawsoniano do Reino Unido. O segundo ciclo deu-se no início dos anos 40, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), hoje Fundação Nacional de Saúde. O terceiro ciclo, instituído a partir da metade dos anos 60, desenvolveu-se nas Secretarias Estaduais de Saúde, conservando o núcleo tecnológico original sespiano, o que implicava focalizar suas ações na prevenção das doenças, mas incorporando a atenção médica num modelo dirigido especialmente para o grupo materno-infantil e para as doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase, os denominados programas de saúde pública, exercitados com algum grau de verticalidade. O quarto ciclo, nos anos 70, é contemporâneo da emergência, na cena internacional, da proposta de APS que seria referendada pela Conferência de Alma Ata em 1978. Esse ciclo começou a se

desenvolver na forma de programas de extensão de cobertura, referidos claramente pela decodificação da APS como programa de atenção primária seletiva com objetivos de extensão de cobertura. Iniciados como experiências-piloto em universidades, confluíram para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento que começou pelo Nordeste em 1976 e alcançou abrangência nacional em 1979. O quinto ciclo deu-se no início dos anos 80, concomitantemente a uma grave crise da Previdência Social que levou à instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS) que levaram, para dentro das unidades de APS do sistema de saúde pública, parte da cultura de atenção médica do INAMPS. A instituição do SUS levou a um sexto ciclo que se concretizou por meio da municipalização das unidades de APS dos estados que passaram à gestão dos municípios, o que gerou uma enorme expansão dos cuidados primários. A implantação do PSF significou o sétimo ciclo de desenvolvimento da APS na saúde pública brasileira que se denomina ciclo da atenção básica à saúde e que vige atualmente. Pela primeira vez, agregava-se à dimensão quantitativa da expansão da APS, uma dimensão qualitativa. Não se tratava, simplesmente, de fazer mais do mesmo, mas de fazer mais e com qualidade diferente do modelo de atenção primária seletiva vigente ou dos modelos de medicina familiar. Esse ciclo sofreu alguma influência de modelos de medicina de família e de comunidade praticados em países como Inglaterra, Canadá e Cuba, mas sua raiz mais significativa veio da experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde desenvolvida no estado Ceará e expandida com a incorporação de médicos e enfermeiros.

3.2. AS INTERPRETAÇÕES DA APS NA PRÁTICA SOCIAL

Quando a Organização Mundial da Saúde propôs sua agenda para operacionalização das metas acordadas em Alma-Ata, os países industrializados já as haviam alcançado em grande parte, enquanto a maioria dos países em desenvolvimento ainda estava longe de atingi-las. Isso gerou problemas de conceituação e, por consequência, de implementação (VUORI, 1984).

As variações na interpretação da APS se explicam, ademais, pela história mesma de como se gestou e evoluiu este conceito e pela ambiguidade de algumas de suas definições formais estabelecidas nos foros internacionais, pelo uso diferenciado que fazem do termo algumas escolas do pensamento sanitário e pela tentativa de se instituir uma concepção positiva de processo saúde/doença em momento de nítida hegemonia de uma concepção negativa da saúde.

Por isso, há três interpretações principais da APS (MENDES, 2012): a APS como atenção primária seletiva, a APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde e a APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde. Essas

três decodificações dos cuidados primários são encontradas, em vários países e, até mesmo, convivem dentro de um mesmo país, no mesmo tempo.

A interpretação da APS como atenção primária seletiva entende-a como um programa específico destinado a populações e regiões pobres a quem se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, provido por pessoal de baixa qualificação profissional e sem a possibilidade de referência a níveis de atenção de maior densidade tecnológica (UNGER e KILLINGSWORTH, 1986; WALSH e WARREN, 1979).

A interpretação da APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde conceitua-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns de saúde, para o que a orienta de forma a minimizar os custos econômicos e a satisfazer as demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível (INSTITUTE OF MEDICINE, 1994). É uma interpretação muito comum em países desenvolvidos e, em geral, está relacionada com a oferta de médicos especializados em medicina geral ou de família (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010).

A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombina e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS como parte e como coordenadora de uma RAS. Por isso, há quem sugira que a APS deve ocupar o banco do motorista para dirigir o sistema de atenção à saúde (SALTMAN et al., 2006) e quem proponha RAS baseadas na APS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010).

A decodificação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde é a mais compatível com a proposta das RAS. São várias as razões: é a interpretação mais correta do ponto de vista técnico; é abrangente podendo conter, dentro de sua significação estratégica, as duas outras concepções mais restritas; é perfeitamente factível e viável no estágio de desenvolvimento do Brasil e com o volume de gasto público que o SUS apresenta; e é a interpretação que torna possível exercitar as funções da APS como coordenadora das RAS.

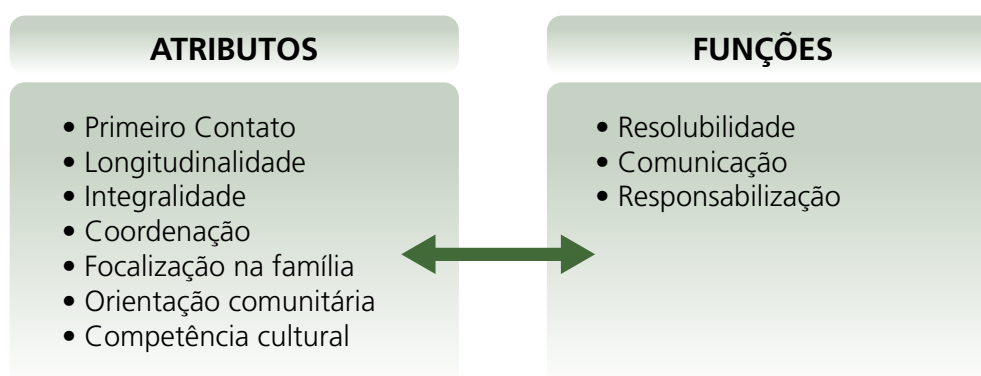
No SUS, ainda que o discurso oficial seja da APS como estratégia de saúde da família, ela, na realidade, ainda mistura elementos culturais, técnicos e operacionais das duas outras interpretações mais restritas: a APS seletiva e a APS como nível pri-

mário de atenção à saúde. A mudança semântica foi importante, mas, agora, trata-se de aprofundar a transformação para que alcance uma mudança de paradigma.

3.3. OS ATRIBUTOS E AS FUNÇÕES DA APS NAS RAS

A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde implica exercitá-la de forma a obedecer a certos atributos e a desempenhar algumas funções consideradas na Figura 4.

Figura 4: Os atributos e as funções da Atenção Primária à Saúde



Fontes: Starfield (2002); Mendes (2012).

Só haverá uma APS de qualidade quando os seus sete atributos estiverem sendo operacionalizados, em sua totalidade. Os primeiros quatro são os atributos essenciais e os três últimos os atributos derivados. O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde. A longitudinalidade constitui a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. A integralidade significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adstrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e dos cuidados paliativos, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das RAS. A focalização na família impõe considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equi-

pe de saúde com esta unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar. A orientação comunitária significa o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico e social em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias numa perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde proximais e intermediários. A competência cultural convoca uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias (STARFIELD, 2002).

A presença dos sete atributos da APS é importante para a garantia dos resultados e da qualidade da atenção. Há evidências, produzidas em nosso país, de que a heterogeneidade da qualidade da APS está, em geral, associada à ausência de um ou mais desses atributos.

Da mesma forma, uma APS como estratégia só existirá se ela cumprir suas três funções essenciais: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. A função de resolubilidade, inerente ao nível de cuidados primários, significa que ela deve ser resolutiva, capacitada, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender a mais de 90% dos problemas de sua população. A função de comunicação expressa o exercício, pela APS, de centro de comunicação das RAS, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes. A função de responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adstrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a esta população (MENDES, 2012).

Quando se quiser verificar se há uma APS eficiente, efetiva e de qualidade, articulada numa RAS, há que se procurar verificar em que medida ela cumpre esses sete atributos e essas três funções. É o que procura fazer, em relação aos atributos, o instrumento de avaliação da APS, o *Primary Care Assessment Tool, PCATool* (STARFIELD et al., 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

3.4. AS EVIDÊNCIAS SOBRE A APS NA LITERATURA INTERNACIONAL

As evidências sobre a APS são abundantes e robustas e têm sido produzidas em diferentes países.

Um estudo clássico associou a APS com resultados sanitários em onze países desenvolvidos e permitiu verificar que os países com baixo escore para a APS obtinham

resultados sanitários mais pobres, especialmente em relação com os indicadores da saúde infantil (STARFIELD, 1991).

Pesquisas desenvolvidas por defensores da proposta do modelo do *Medical Home*, concluiu que os sistemas de atenção à saúde baseados na APS estão associados com melhor qualidade da atenção e menores custos e que a APS é uma política de saúde baseada em evidência (GRUMBACH et al., 1999). Pessoas atendidas em sistemas com forte orientação para a APS apresentaram uma probabilidade maior de receber os cuidados preventivos apropriados, de aderir aos tratamentos e de satisfazer-se com a atenção recebida. Pessoas com uma fonte regular de APS apresentaram menores custos para o sistema de atenção à saúde em relação àquelas que não têm um ponto de primeiro contato regular. Os custos da atenção à saúde foram maiores em regiões com alto percentual de médicos especialistas em relação a médicos generalistas. Países com uma maior proporção de seus médicos praticando a APS apresentaram menores gastos per capita em saúde do que países com maior proporção de médicos especialistas.

Uma revisão da literatura mostrou que os países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico que tinham uma APS mais forte foram capazes de reduzir os anos potenciais de vida perdidos em relação aos países que apresentaram uma APS mais frágil. Verificou-se, também, que maiores taxas de médicos de família por população estavam associadas com melhores resultados sanitários em relação às populações mais pobres. O estudo permitiu aos autores concluir que os benefícios da APS nos sistemas de atenção à saúde são: maior acesso aos serviços necessários; melhor qualidade do cuidado; maior foco na promoção da saúde e na prevenção das doenças; a gestão precoce dos problemas de saúde; a contribuição acumulada da APS a um cuidado mais apropriado; e o papel da APS na redução da atenção secundária desnecessária ou danosa propiciada por especialistas (MACINKO et al., 2003).

O *Health Council of the Netherlands* promoveu uma revisão sistemática sobre a APS. A conclusão do trabalho foi que há evidência de uma relação significativa entre uma APS forte e melhores níveis de saúde. Além disso, duas características que estão ligadas a uma APS potente, a porta de entrada e o pagamento por lista de pessoas usuárias adstritas a um médico generalista, estiveram associadas a menores gastos dos sistemas de saúde. Também, do ponto de vista da efetividade e da eficiência, o estudo mostrou a superioridade dos sistemas com APS forte (HEALTH COUNCIL ON THE NETHERLANDS, 2004).

A *Health Evidence Network* fez uma revisão sistemática de 107 trabalhos internacionais sobre as vantagens e desvantagens de reestruturar os sistemas de saúde

com base na APS (ATUN, 2004). Interessante notar que os autores não acharam, na literatura, nenhum estudo que verificasse as vantagens de estruturar os sistemas de saúde com base na atenção especializada. As evidências mostraram que os sistemas baseados numa forte APS estiveram associados com melhores resultados sanitários para a população com relação a todas as causas de mortalidade, a todas as causas de mortes prematuras e a causas específicas de mortes prematuras por doenças respiratórias e cardiovasculares. Além disso, os sistemas com forte APS estiveram associados com maior satisfação das pessoas usuárias e com menor gasto agregado na atenção à saúde.

Um documento de posição da Organização Mundial da Saúde sobre a reforma da APS na Europa levanta muitas evidências sobre as possibilidades de apostar no reforço dos cuidados primários (SALTMAN et al., 2006). Uma APS forte é capaz de garantir a continuidade da atenção e de prover serviços menos custosos e mais efetivos e custo/efetivos.

A Organização Pan-Americana da Saúde em seu documento de posição sobre APS revisou muitos trabalhos avaliativos, realizados em diferentes partes do mundo (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2007). Esses estudos internacionais mostraram que os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a APS apresentaram resultados melhores e mais equitativos, foram mais eficientes, tiveram menores custos e produziram mais satisfação para as pessoas usuárias quando comparados com sistemas de fraca orientação para a APS. Esses sistemas possibilitaram liberar recursos para atender às necessidades dos mais pobres; melhoraram a equidade porque foram menos custosos para os indivíduos e mais custo/efetivos para a sociedade; asseguraram maior eficiência dos serviços porque pouparam tempo nas consultas, reduziram o uso de exames laboratoriais e reduziram os gastos em saúde; liberaram recursos para atender às necessidades dos excluídos; empoderaram grupos vulneráveis; e minimizaram os gastos diretos dos bolsos das famílias, mecanismos que geram iniquidades nos sistemas de atenção à saúde, ao instituírem a cobertura universal.

A Organização Mundial da Saúde (2010), em seu relatório sobre a saúde mundial de 2008, em que comemorou 30 anos de Alma-Ata, lançou uma convocatória para a renovação da APS com o lema "*Agora mais do que nunca*". O documento está sustentado por sólidas evidências, especialmente no que se refere aos princípios e aos atributos da APS. Fez uma revisão bibliográfica ampla em que se destacaram trabalhos avaliativos de vários autores, realizados em diferentes partes do mundo. Esses estudos internacionais mostraram que os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a APS apresentaram resultados melhores e mais equitativos, foram mais eficientes, tiveram menores custos e produziram mais satisfação para as

peças usuárias quando comparados com sistemas de fraca orientação para a APS. Além disso, o documento examinou as evidências sobre a atenção à saúde realizada com base em generalistas e em especialistas. Os cuidados ambulatoriais primários: tiveram mais ou a mesma probabilidade que os cuidados especializados de identificar as doenças graves mais comuns; tiveram o mesmo nível de adesão a normas clínicas que os especialistas, embora sejam mais lentos em adotá-las; prescreveram menos intervenções invasivas; as hospitalizações de sua iniciativa foram menos frequentes e mais curtas; e as intervenções tiveram uma maior orientação para a prevenção. Tudo isso resultou em cuidados de saúde com custos totais mais baixos, com impactos na saúde pelo menos idênticos e com maior satisfação das pessoas.

Uma revisão sistemática (KRINGOS et al., 2011) com 85 estudos realizados na Europa concluiu que a APS pode ser definida e enfocada como um sistema multidimensional estruturado pela governança, pelas condições econômicas e pelo desenvolvimento da força de trabalho, facilitando o acesso a um amplo espectro de serviços de maneira coordenada e contínua, aplicando os recursos eficientemente para prover uma atenção de alta qualidade e contribuindo para uma distribuição mais equitativa da saúde na população. A APS como um sistema multidimensional contribuiu, significativamente, para o desempenho do sistema de atenção à saúde como um todo e para a melhoria da saúde.

As avaliações produzidas pelos numerosos estudos, realizadas em grande número de países e regiões, permitem concluir que há evidências robustas, na literatura internacional, sobre os resultados positivos da APS nos sistemas de atenção à saúde. Com base nelas, pode-se afirmar que os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a APS em relação aos sistemas de baixa orientação para a APS, são: mais adequados porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos porque são a única forma de enfrentar conseqüentemente a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população; mais eficientes porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; mais equitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto do bolso das pessoas e famílias; e de maior qualidade porque colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e porque ofertam tecnologias mais seguras para as pessoas usuárias e para os profissionais de saúde.

3.5. OS MODELOS DE APS

No Brasil, não obstante o discurso oficial da APS como estratégia de organização do SUS, convivem diferentes modelos de estruturação dos cuidados primários.

Mesmo sob os nomes genéricos de PSF ou de ESF convivem variados modelos de cuidados primários. Há o modelo tradicional em que médicos e enfermeiros generalistas sem formação específica em saúde da família atendem a uma população com ênfase em consultas médicas e de enfermagem. Há o modelo Semachko, oriundo da experiência russa bolchevique de organização de cuidados primários providos por uma tríade de médicos especialistas: clínico, gineco-obstetra e pediatra. Há o modelo de medicina de família e comunidade estrito senso, calcado em modelos europeus e canadense, em que a centralidade do cuidado faz-se por meio de consultas médicas propiciadas por médicos generalistas ou por especialistas em medicina de família e comunidade. E há o modelo do PSF em que se ofertam serviços de médicos e enfermeiros generalistas, de técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, de alguns outros profissionais de nível superior sob a forma de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e de agentes comunitários de saúde. Há, por fim, modelos mistos que articulam alguns desses diferentes modelos em uma única unidade de APS.

É comum levantar-se, em diferentes lugares e por diferentes atores sociais do SUS, uma hipótese da fragilidade do PSF como forma de organizar a APS. Parece haver um sentimento, mais ou menos difuso, de certo desencanto com o PSF, seja porque seria um modelo que não se aplica a todos os aspectos da realidade brasileira, seja porque seria um modelo caro e pouco resolutivo. Esse sentimento expressa-se em diversas propostas de substituição ou de flexibilização do PSF.

Entre as propostas que se apresentam estão: a reorganização do trabalho médico com a valorização relativa da tríade de especialistas básicos nos cuidados primários (modelo Semachko); a flexibilização do trabalho dos profissionais, especialmente dos médicos, permitindo o trabalho em tempo parcial; a expansão exagerada das UPAS's transformando-as em portas de entrada do SUS, competindo predatoriamente com o PSF e pressionando os orçamentos da saúde dos municípios; e o fenômeno generalizado da oferta de atendimento hospitalar em unidades de pequeno porte que operam sem escala e que, nos municípios menores, desviam recursos da APS, onde seriam efetivos para a manutenção de hospitais que não têm densidade tecnológica para o exercício real de ações hospitalares e que são ineficientes, inefetivos e de baixa qualidade (MENDES, 2012).

Essas propostas fazem-se com fundamento num suposto fracasso do PSF, são construídas com base em opiniões de forte conteúdo valorativo e constroem-se ao arrepio de evidências que as sustentem. Ademais, têm seu foco numa visão ultrapassada de APS que a considera exclusivamente como porta de entrada do SUS, portanto, como uma parte isolada de um sistema fragmentado, voltada, prioritariamente, para a atenção às condições e aos eventos agudos operando de forma episódica e descontínua e fortemente ancorada na consulta médica. É o que se pode concluir de

propostas que estão sustentadas no imprescindível aumento da oferta de trabalho médico e no incremento da oferta da atenção aos eventos agudos. Há um suposto não explicitado de aumentar o acesso aos médicos, o que é importante, mas que desconsidera outros problemas estruturais que qualificam o trabalho médico. Há evidências robustas de que mais consultas médicas, isoladamente, não significam, isoladamente, melhores desfechos clínicos e melhores resultados sanitários (NRHI HEALTH PAYMENT REFORM SUMMIT, 2008).

Como se demonstrou no Capítulo 1, os problemas dos sistemas fragmentados de atenção à saúde contemporâneos manifestam-se, no plano micro, pela falência de um sistema de atenção à saúde estruturado com base na consulta médica de curta duração. Pesquisas realizadas internacionalmente demonstraram, de forma inequívoca, que o mero aumento das consultas médicas não melhora os desfechos clínicos das condições crônicas como indica o senso comum e que um sistema baseado na “atendeção”, apenas leva a mais “atendeção” (MENDES, 2012). Em consequência, as propostas de mudanças da APS centradas no trabalho médico, ainda que necessárias, são insuficientes e reducionistas. A agenda de reforma da APS tem de ser muito mais profunda e global para gerar valor para a população.

É preciso ter claro que as propostas de substituição do PSF pelos modelos tradicionais de APS não estão sustentadas por evidências científicas. O que parece moderno é, na realidade, uma volta ao passado que, certamente, aprofundará a crise contemporânea do SUS, prejudicando a sua política mais consequente que é a da saúde da família.

Os questionamentos ao PSF decorrem, em grande parte, da percepção equivocada de que o este modelo de APS fracassou. O PSF não foi um fracasso, mas um sucesso, dentro dos limites que lhe foram dados para se desenvolver. Isso é referendado por evidências provindas de diferentes estudos, em várias regiões do país.

Pesquisas realizadas no SUS demonstraram que o PSF, ainda que apresentando deficiências quantitativas e qualitativas, tem se mostrado efetivo, eficiente e equitativo e superior às formas tradicionais de prestação de cuidados primários (HARZEIM, 2004; MACINKO et al., 2004; MORRIS et al., 2004; ELIAS et al., 2006; IBAÑEZ et al., 2006; MACINKO et al., 2006; PERPETUO e WONG, 2006; van STRALEN et al., 2008; AQUINO et al., 2009; CHOMATAS, 2009; REIS, 2009; GIOVANELLA et al., 2009; ZILS et al., 2009; BARBOSA, 2010; GUANAIS, 2010; MACINKO et al., 2010; RASELLA et al., 2010; SILVA et al., 2010; WEHRMEISTER e PERES, 2010; ANDRADE et al., 2011; MACINKO, 2011; MENDONÇA, 2011; MENDONÇA et al., 2011; OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE DA FACE UFMG, 2011; TRAVASSOS, 2011; ANDRADE et al., 2013, AQUINO et al., 2013).

Essas evidências indicam que o PSF tem sido uma experiência bem sucedida e que algumas alternativas que se preconizam, estimulando os modelos tradicionais de APS, poderão constituir um perigoso retrocesso no SUS.

Os inequívocos resultados positivos do PSF têm obtido reconhecimento nacional e internacional.

No plano nacional, o PSF, competindo com mais de 140 políticas públicas, ficou em 1º lugar no 15º Concurso de Inovações da Gestão Pública Federal, realizado em 2011, promovido pela Escola Nacional de Administração Pública e pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão do Brasil.

No plano internacional, um editorial da importante revista médica *British Medical Journal* de novembro de 2010 diz: “O Programa de Saúde da Família é provavelmente o exemplo mundial mais impressionante de um sistema de atenção primária integral de rápida expansão e bom custo-efetividade... O potencial das reformas em saúde do Brasil e, especificamente, do Programa de Saúde da Família, em prover atenção à saúde a um custo acessível foi mencionado há 15 ou mais anos atrás no *British Medical Journal*. Em muitos aspectos, aquela promessa foi mais que cumprida, mas a história de sucesso da atenção primária à saúde no Brasil continua pouco compreendida e ainda fracamente difundida e interpretada para outros contextos. Países de renda elevada poderiam aprender como este programa alterou a interação com as doenças crônicas, com a demanda por serviços de cuidados terciários e com a promoção da saúde... Em muitos aspectos o Brasil acertou: um programa de atenção primária custo-efetivo e de larga escala que aborda questões de saúde pública típicas de países de baixa renda e daqueles em transição epidemiológica, mas também relevante para os países de alta renda” (HARRYS e HAINES, 2011).

A leitura equivocada do fracasso do PSF merece ser mais bem interpretada. Ela decorre da permanência de problemas que não foram superados na estruturação dessa política de APS. A persistência desses problemas fez com que, de certa forma, eles se cronificassem ao longo desta década e meia de existência do PSF e levou ao esgotamento do ciclo da atenção básica à saúde.

4. UM NOVO CICLO DA APS NO SUS: O CICLO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

O PSF não fracassou, mas o ciclo da atenção básica à saúde, no qual ele nasceu e cresceu, esgotou-se. A saída não está em retroceder, mas em avançar, radicalizando o PSF para transformá-lo, de fato, numa Estratégia de Saúde da Família (ESF), indo

além da mudança semântica já realizada. Ou seja, é hora da superação do ciclo da atenção básica à saúde, instaurando-se um oitavo ciclo de evolução da APS no SUS, o ciclo da atenção primária à saúde.

Mendes (2012) identificou os problemas que constrangeram o desenvolvimento do PSF e que são: a visão ideológica de um *mix* de atenção primária seletiva e de primeiro nível de atenção; a baixa valorização política, econômica e social; o incipiente grau de institucionalização; a fragilidade institucional nos âmbitos do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; a carência de uma infraestrutura adequada; a baixa densidade tecnológica utilizada; a fragilidade dos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico; a carência de equipes multiprofissionais operando de forma interdisciplinar; a fragilidade dos sistemas de informações clínicas, especialmente de prontuários clínicos familiares eletrônicos; a fragilidade gerencial expressa na gestão com base na oferta, no modelo esgotado de regulação assistencial, na ausência de gestão da clínica e na baixa profissionalização dos gestores; a pouca presença de controle social exercitado por Conselhos Locais de Saúde; os problemas educacionais da graduação e da pós-graduação dos profissionais de saúde; o problema da precarização das relações de trabalho; a ausência de modelos de atenção à saúde construídos com base em evidências; e o subfinanciamento.

Com base no diagnóstico desse conjunto de problemas que afetam ao APS em geral e o PSF em particular, Mendes (2012) propôs um conjunto de intervenções dirigidas à superação de cada um dos problemas identificados e que, implantadas concomitantemente, são necessárias para inaugurar e consolidar o novo ciclo da atenção primária à saúde no SUS.

A proposta de um ciclo que se denomine de atenção primária à saúde ao invés de atenção básica vai além de uma opção semântica porque propõe uma nova forma de estruturar a APS como uma estratégia de organização do SUS. Não obstante, a expressão atenção primária à saúde refere-se, na sua origem, à atenção que se dá no primeiro contato das pessoas usuárias com o sistema de atenção à saúde, o atributo mais fundamental da APS. A palavra básica não significa esse atributo essencialíssimo da APS. Além disso, aproximaria a denominação brasileira do que é regra em todo o mundo.

Esse novo ciclo aproximará a APS do SUS da concepção de uma estratégia de reordenamento do sistema de atenção à saúde, superando, definitivamente, as interpretações mais estritas da atenção primária seletiva e de um primeiro nível de atenção (a porta de entrada).

O ciclo da atenção primária à saúde que expande o entendimento da APS tem a sustentá-lo um mandamento legal, contido no Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei Orgânica do SUS, que faz uma clara opção por uma APS como estratégica de reordenamento do SUS (BRASIL, 2011). Esse Decreto Presidencial coloca a APS como uma das ações e serviços de saúde mínimos para a instituição de uma região de saúde (Art. 5º), diz que a APS é uma porta de entrada da RAS (Art. 9º), define que o acesso às ações hospitalares e ambulatoriais especializadas deve ser referenciado pela APS (Art. 10º) e estabelece a APS como ordenadora do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde (Art. 11º).

O novo ciclo da atenção primária à saúde se caracterizará, além da significação semântica, pela consolidação definitiva, no plano paradigmático, da ESF, indo além do PSF. Isso representará uma saída para frente e, não, uma substituição ou flexibilização do PSF que traz, consigo, os perigos do retrocesso. Como se viu na revisão bibliográfica, é esse o caminho que, como indicam as evidências, países de sistemas de atenção à saúde mais maduros estão procurando. Essa é a via que os organismos internacionais da saúde, regional e mundial, a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde, estão indicando em seus mais recentes documentos de posição (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2007; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Consolidar a ESF significará construí-la, verdadeiramente, a partir das evidências produzidas internacionalmente e no Brasil, como a política da APS no SUS, fundada no seu papel de estratégia de organização do sistema público de saúde brasileiro e como centro de comunicação das RAS. Além disso, implicará a instituição de uma nova agenda para a APS que estará centrada na superação dos problemas que determinaram as limitações do PSF e levaram ao esgotamento do ciclo da atenção básica à saúde.

Não é uma solução fácil, presidida pelo senso comum, como querem muitos gestores e profissionais de saúde, a grande mídia e a maior parte da população. Mesmo porque a APS é um problema complexo e problemas complexos não se solucionam com soluções simples e rápidas. Muito menos com soluções-espetáculo que são do gosto de muitos políticos e gestores. Ao contrário, os problemas complexos exigem soluções complexas, sistêmicas, demoradas e, nem sempre, baratas.

Tomem-se as percepções da população sobre os problemas do SUS e suas soluções que se baseiam num diagnóstico impressionístico e, em razão disso, na proposição de soluções falaciosas. Para a população brasileira, a solução para os centros e postos de saúde estaria, para 47,0%, em aumentar o número de médicos e, para 15,5% em reduzir o tempo de espera do atendimento (INSTITUTO DE PESQUISAS

ECONÔMICAS APLICADAS, 2011). Essas percepções são legítimas, mas por serem simplórias, distanciam-se de um entendimento mais aprofundado do problema que se pode manifestar, sim, por dificuldade de acesso aos médicos e demoras no atendimento, o que é imediatamente ligado, na visão medicocêntrica prevalecente, à carência de médicos.

O problema é mais amplo que carência de médicos, ainda que esse fator esteja presente em várias situações. Esse problema identificado pela população brasileira liga-se a um conjunto de fatores associados como a concepção ideológica da APS, a infraestrutura inadequada, o modelo de atenção centrado na condição e nos eventos agudos, a ausência de equipe multiprofissional operando de forma interdisciplinar, a inadequação dos processos educacionais dos profissionais de saúde, a ausência de modelos de atenção às condições crônicas baseados em evidências, a precarização das relações de trabalho, a fragilidade do sistema gerencial, a ausência de sistemas de informações clínicas potentes etc. Uma atuação política guiada pela percepção da população e centrada excessivamente na oferta de consultas médicas, o que é mais comum, não solucionará o problema, podendo, mesmo, agravá-lo e tornar o sistema de atenção à saúde mais caro. Em certo sentido, corresponde ao caso de uma opção política pela abertura indiscriminada de unidades de pronto-atendimento (UPA's) não integradas nas redes de atenção às urgências e às emergências.

Somente uma agenda ampla que dê conta de superar todos os fatores anteriormente diagnosticados como causas dos problemas do PSF no SUS, em seu conjunto, poderá institucionalizar a ESF e inaugurar um novo ciclo evolutivo, o ciclo da atenção primária à saúde. A atuação sobre um, ou sobre alguns poucos desses problemas, não permitirá estruturar uma ESF efetiva, eficiente e de qualidade. Nos problemas sociais complexos como os da APS não há soluções mágicas e rápidas, mas visão estratégica, trabalho de longo prazo e constância de propósitos.

O sentido da agenda deve ser positivo e progressista. Valorizando as enormes virtudes do PSF, reconhecendo suas limitações e tendo claro aonde se quer chegar. Nesse sentido, pode-se afirmar, usando uma paráfrase: a ESF não é um problema sem soluções; a ESF é uma solução com problemas.

A agenda estratégica de implantação do ciclo da atenção primária à saúde e de consolidação da ESF tem vários pontos de ação que devem ser implantados por meio de um plano estratégico como ações nos curto, médio e longo prazos (MENDES, 2012). A consolidação da APS do SUS como ESF, deve ir além dessa agenda incorporando mudanças profundas na construção social da APS.

É o que se propõe neste livro: conhecer a natureza da demanda na APS, estabelecer um conjunto de mudanças processuais para a consolidação da ESF, entender os mecanismos organizacionais a serem utilizados no processo de coordenação, preparar a ESF para coordenar as RAS e definir um novo modelo de regulação assistencial das RAS tendo a ESF como o centro de organização dos fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações dessas redes.