

ATENÇÃO PRIMÁRIA E O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Ana Lúcia Abrahão¹

Sobre a atenção primária à saúde

A Declaração de Alma-Ata, datada de 1978 e aprovada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1979, aponta a Atenção Primária em Saúde (APS) como a principal estratégia para o alcance da promoção e assistência à saúde para todos os indivíduos de acordo com o lema “Saúde para todos no ano 2000” (ALEIXO, 2000, p.49, MENDES, 2002, p.09). Nestes últimos 27 anos, segundo avaliação da OMS, o sistema de Saúde que assume os princípios da APS obtém melhores resultados em saúde e aumenta a eficiência do conjunto do sistema.

Entretanto, torna-se necessário definir o que seja Atenção Primária em Saúde. Neste sentido, podemos identificar três interpretações principais: a atenção primária à saúde como atenção primária seletiva, a atenção primária à saúde como o nível primário do sistema de serviços de saúde e a atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde (MENDES, 1999).

Na primeira interpretação, a atenção primária é destinada a populações e regiões onde a concentração de renda é mais baixa. Na segunda, constitui-se como o primeiro nível de atenção do sistema de saúde. Na terceira interpretação, abrange a forma de organizar todo o sistema de serviço de saúde.

A Atenção Primária à Saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde “é a mais correta do ponto de vista técnico; é a mais ampla, podendo conter, dentro de sua significação estratégica, as duas outras concepções mais restritas; e é perfeitamente factível e viável no estágio de desenvolvimento do Brasil” (MENDES, 2002: 11).

Por outro lado, “A Atenção ou os Cuidados Primários de Saúde, como entendemos hoje, constituem um conjunto integrado de ações básicas, articulado a um sistema de promoção e assistência integral à saúde” (Aleixo, 2000:50).

Starfield (1992) afirma que só haverá atenção primária à saúde de qualidade quando os seis princípios que se seguem abaixo forem obedecidos e respeitados:

- O primeiro contacto: que é o acesso ao uso dos serviços para novo problema para o qual se procura atenção à saúde.
- A longitudinalidade: é o aporte regular e consistente de cuidados pela equipe de saúde, num ambiente humanizado e

de relação mútua entre equipe de saúde, indivíduos e famílias.

- A integralidade: é o conjunto de serviços que atendam os problemas mais comuns da população adscrita, no que se refere aos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam a doença.
- A coordenação: capacidade de garantir a continuidade da atenção.
- A focalização na família: considerar a família como sujeito da atenção e o conhecimento integral dos seus problemas de saúde.
- A orientação comunitária: é o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto sócio, econômico e cultural, na perspectiva da saúde coletiva.

Um primeiro passo em direção à estruturação da Atenção Primária no Brasil, revelou-se com o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1982. Uma estratégia importante para a universalização do direito à saúde que se seguiu a proposição do Sistema Único e Descentralizado de Saúde, culminando com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Brasileira no ano de 1988, em que a Atenção Básica engloba o conjunto de ações de atenção dirigidas às pessoas e ao ambiente que cubram as necessidades de promoção à saúde em cada contexto social e a prevenção de enfermidades.

Neste cenário o Programa da Saúde da Família (PSF) foi apresentado como proposta de reorientação do modelo assistencial desenvolvido a partir da Atenção Básica. A estratégia do PSF foi iniciada em 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários (MS, 2005). A Saúde da Família formulada inicialmente como um programa, passa a figurar no quadro do Ministério da Saúde, como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, respondendo as críticas de que a saúde da família fosse um programa voltado para o pobre e com baixo investimento tecnológico. Com o Piso de Atenção Básica (PAB), editado na NOB – 96, a proposta ganha impulso possibilitando maior autonomia dos municípios e



ampliando a implantação da proposta para todo o território nacional.

Ideologicamente, a estratégia do PSF está em conformidade com os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. Estrutura-se a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, que trabalha com base nos princípios: integralidade e hierarquização, equipe multiprofissional, territorialização e cadastramento de clientela.

A opção por um sistema pautado pela estratégia da saúde da família nos remete, em última análise a construção da saúde em seu mais alto nível possível, de igualdade e de solidariedade social. Esta construção, ou a sua busca, tem sido um dos principais temas apontados pelas equipes de Saúde da Família (Jornal do Conselho Federal de Medicina, 1994), em que a viabilização de referências adequadas no interior do sistema tem se dado de forma a impulsionar os governos municipais a intensificar pactos e criar novos arranjos para a integração do sistema.

Somado a questão da integralidade, no sentido do conjunto dos serviços, emerge o trabalho, ou o que se quer do processo de trabalho das equipes de saúde da família. Na realidade o que se espera é que seja discutida a importância de ser operado pela via trans-disciplinar. Entretanto, o que tem prevalecido no interior das equipes é o recorte multi-disciplinar em uma lógica de estratificação atributiva que define os papéis de um modo rígido no desenvolvimento das ações, com a preservação dos campos de domínios e o *status quo* de cada corporação profissional que compõe as equipes de saúde da família.

O processo de trabalho na Atenção Básica

De um modo geral podemos entender que a lógica que orienta a atual produção de saúde na rede básica é devedora do modelo hegemônico e de forma organizativa pautada na estrutura funcionalista derivada de uma interpretação política onde os problemas que emergem do campo da saúde ou do processo saúde/doença são inequivocamente multicausais, mas com preponderância biomédica. Entretanto, segundo Merhy e Franco (1999) os modelos conhecidos na Saúde Pública brasileira, adotam diretrizes racionalizadoras, e com pouca ênfase nas ações clínicas e na saúde individual além da não incorporação do atendimento às urgências.

A organização do processo de trabalho em saúde que busque “a ruptura

com dinâmica médico centrada, do modelo hegemônico de organização e forma de trabalho da equipe requer mudanças” nos microprocessos de trabalho em saúde”

Ações que segundo Merhy, (2002) sejam localizadas sobre o trabalho vivo em ato, como componente orgânico e instituinte, em que a escuta qualificada, a criação de espaço de acolhimento e estabelecimento de vínculo dão o contorno e a forma para afirmação de processos de trabalho distintos e com potencia de desestabilizar o alto grau de normatização das práticas presentes no Programa de Saúde da Família, argamassa da atenção básica no país.

Por outro lado, a dinâmica gerencial no interior de um serviço de saúde desvenda o exercício realizado pelos trabalhadores, do seu espaço próprio de gestão do seu trabalho. Uma revelação que articula assistência com a presença de espaços coletivos e públicos nos quais os distintos trabalhos se encontram. Segundo Merhy (2002) formando linhas de uma dinâmica intensa de fluxos que percorrem todo o sistema, a partir da lógica da satisfação de necessidades, sejam estas de usuários finais ou intermediários da própria organização. Torna-se, então, um desafio a possibilidade de estudar e pensar, na atenção básica modelos organizacionais e perfis de trabalhadores, que possibilitem atuar sobre as atividades no interior do sistema de saúde e nos seus microprocessos decisórios, em particular, no terreno da gestão do trabalho em saúde, da produção do cuidado, como lugar onde há espaço para a resolubilidade das ações de saúde.

É necessário um tipo de gerência que não faça o profissional se desinteressar pelo ato cuidador. Um profissional de saúde que trabalhe de forma automática tende a não se interessar pela promoção da saúde e a qualidade do atendimento tende a cair. “[...] pessoas obrigadas a realizar um trabalho mecânico e que somente será cumprido à custa ou de vigilância controladora ou de estímulos econômicos no estilo pagamento por produtividade. Nunca se garantirá atenção de qualidade exclusivamente a partir destes instrumentos de gestão”(CAMPOS, 1997, p.236).

A questão da autonomia dos trabalhadores de saúde é necessária, já que lidar com a saúde das pessoas é lidar com algo inesperado. O trabalhador de saúde necessita de criatividade e um alto grau de autonomia para improvisar, ter iniciativa e poder exercer um trabalho eficaz dentro da saúde (SANTOS, 2002). Um trabalho com características singulares que se expressa na produção de subjetividades.

Os desafios para a atenção básica em saúde são múltiplos e explorá-los em todas as suas dimensões é um exercício que se alicerça no cotidiano dos serviços e avança para os demais planos do setor saúde. Estudos que

destaquem e tenham como objeto o processo de trabalho na rede básica, podem potencializar mudanças na forma como prestamos serviços a população.

Atenção primária e o processo de trabalho em saúde

REFERÊNCIAS:

- ALEIXO, J.L.M. A Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: Perspectivas de Desenvolvimento no Início do Terceiro Milênio. **Revista Mineira de Saúde** n.1 p19-25, 2000.
- CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: **Agir em Saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- FRANCO, T.B, MERHY, E.E. **PSF: Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. S/1, mimeo 1999.
- Jornal do Conselho Federal de Medicina, ano XII, n. 94 junho de 1994.
- MENDES, E.V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- _____. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
- MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec. 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da família** Disponível em <www.saude.gov.br>. Acesso em 10/10/2005.
- SANTOS, I. et al. Caring: building na new history of sensibility. **Online Brazilian Journal of Nursing** (OBJN-ISSN 1676-4285), v.1, n.3, 2002 [Online]. Available at: www.uff.br/nepae/objn103santosietal.htm
- STARFIELD, B. **Primary care: concept, evaluation, and policy**. New York. Oxford University Press. 1992.

REFERÊNCIA DESTE TEXTO:

ABRAHÃO, A. L. *Atenção primária e o processo de trabalho em saúde*. Informe-se em promoção da saúde, v.03, n.01. p.01-03. jan-jun. 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>. Acessado em: ____/____/____.

¹ Doutora em Saúde Coletiva na área de Planejamento e Gestão em Serviços de Saúde, Professora e Pesquisadora da EEAAC/UFF