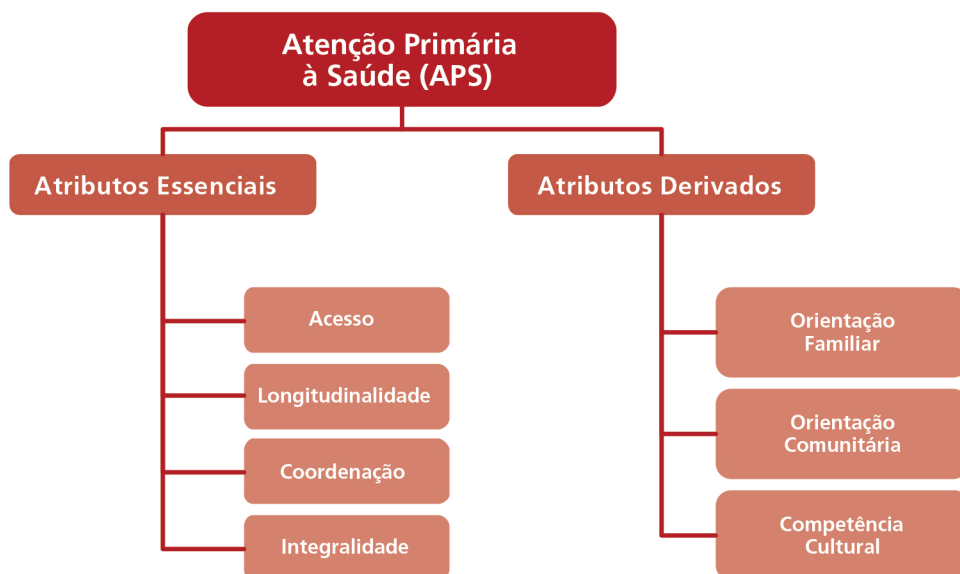


ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AS REDES INTEGRADAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Erno Harzheim

A Atenção Primária à Saúde (APS) Renovada, conforme a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)¹, deve constituir a base dos sistemas nacionais de saúde por ser a melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis e uma maior equidade no estado de saúde da população. A APS pode ser definida como: um conjunto de valores – direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade – um conjunto de princípios – responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social entre outros – e como um conjunto indissociável de elementos estruturantes da rede de serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural (Figura 1). Esses sete últimos são considerados os atributos da APS².

Figura 1 Atributos da Atenção Primária à Saúde, adaptado de Starfield, 1992².



APS Coordenadora das Redes de Atenção à Saúde e as condições crônicas

Para garantir a legitimidade dessa estratégia frente à sociedade, a rede integrada de atenção à saúde baseada na APS deve garantir resolutividade e integralidade da atenção, suprimindo as necessidades em saúde da população sob seu cuidado. Dessa forma, reforça sua legitimidade ao atingir e/ou superar as expectativas de cuidado das comunidades atendidas. Além disso, esse conjunto de serviços de APS deve estar inserido, e ser o eixo coordenador do fluxo de pacientes, em uma rede regionalizada de cuidado que conte com todos os níveis de atenção necessários para garantir a resolutividade e integralidade citadas, com responsabilização territorial e com estabelecimento compartilhado de competências. No Brasil, a estratégia de APS para a reorientação do modelo assistencial é a Estratégia Saúde da Família (ESF)³, presente em mais de 90% dos municípios brasileiros⁴.

Como afirma Giovanella⁵, “...uma melhor coordenação de cuidados busca responder a exigências de mudanças no perfil epidemiológico com crescente prevalência de doenças crônicas. O cuidado de doentes crônicos resulta em interdependência interorganizacional, pois esses pacientes utilizam simultaneamente serviços de diversas complexidades, exigindo a coordenação entre níveis de atenção.” É esse o papel coordenador da Atenção Primária à Saúde, por sua vez intimamente ligado aos seus demais atributos, que deve ser reforçado para a consolidação de redes integradas de atenção à saúde. Conforme Starfield⁶, coordenação do cuidado na APS é a capacidade de reconhecer os problemas de saúde abordados em outros serviços de saúde e integrar as ações realizadas nesses serviços ao cuidado global dos pacientes. Isso é, o provedor de atenção primária, a equipe de Saúde da Família, deve integrar todo o cuidado que o paciente recebe independentemente do local no qual esse cuidado foi recebido.

Desafios para uma APS de qualidade

Sabe-se que a presença dos atributos da Atenção Primária na Estratégia Saúde da Família é fundamental para garantir sua efetividade. Entretanto, as diferentes formas de organização local da Estratégia Saúde da Família, contextualizadas às características de cada município ou região brasileira, são determinantes para garantir a presença desses atributos e, conseqüentemente, para constituir sólidas, efetivas e eficientes redes integradas de atenção à saúde no Brasil. Alguns desafios importantes para a constituição de uma APS de qualidade, organizadora da rede integrada de cuidados, são, além da fixação de profissionais qualificados nas equipes de Saúde da Família, o grau de efetividade clínica das equipes frente aos problemas de saúde mais frequentes e a prática efetiva da coordenação do cuidado individual com garantia da sua integralidade.

O Laboratório de Inovação sobre APS e redes de atenção

Diante da presença desses dois importantes desafios citados – alto grau de efetividade clínica das equipes de Saúde da Família frente aos problemas de saúde mais frequentes e a prática efetiva da coordenação do cuidado individual com garantia da sua integralidade – para a constituição de uma APS de qualidade, organizadora da rede integrada de atenção, identificamos e descrevemos experiências municipais que tenham avançado nessa direção. Além disso, ao analisarmos a rede de atenção à saúde dos municípios selecionados foi possível avaliar em cada rede municipal a presença e extensão dos principais atributos das Redes Integradas de Atenção à Saúde e seu real vínculo com a APS. Foi possível, assim, descrever intervenções e/ou inovações que fortalecem o papel coordenador da APS nas redes integradas de atenção à saúde no SUS.

Cabe ressaltar que os conceitos de redes integradas de atenção à saúde utilizados nesse documento são aqueles expressos por duas fontes amplamente difundidas:

Eugenio Vilaça Mendes⁷

Redes integradas 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 atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população”.

Organização Pan-Americana da Saúde

Redes integradas de serviços de saúde, ou sistemas organizados de serviços de saúde, ou sistemas clinicamente integrados ou organizações sanitárias integradas podem ser definidas como “uma rede de organizações que presta ou provê os arranjos para a prestação de serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, e que se dispõe a prestar contas pelos seus resultados clínicos e econômicos, e pelo estado de saúde da população à qual ela serve.”*

A organização dessas redes integradas de atenção orientadas pela atenção primária, por meio de sua atuação como ordenadora do cuidado e articuladora das demais tecnologias, ações e serviços de saúde, objetiva compor sistemas de saúde funcionais, resolutivos e acolhedores. Para isso os serviços de Atenção Primária devem planejar, ofertar e executar ações de saúde no nível individual e coletivo contemplando a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico precoce e o tratamento de doenças, a reabilitação e a manutenção da saúde. Quando a Atenção Primária ocupa o papel central na organização das redes integradas de atenção à saúde ela é capaz de melhorar o estado de saúde da população com equidade, diminuir custos e aumentar a satisfação dos usuários com a rede de serviços⁸.

* Fonte: Modificado de Shortell, SM; Anderson DA; Gillies, RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. *Healthcare Forum Journal* 1993;36(2):20–6.

APS eixo estruturante das redes de atenção

Por outro lado, equivocadamente, a Atenção Primária, ou a Estratégia Saúde da Família, pode ser implantada somente como o primeiro nível de atenção do sistema de saúde, reduzindo seu potencial transformador, ou, acertadamente, ser consolidada como o eixo estruturante das redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde no SUS. Para cumprir com esse papel estruturador da rede de cuidados em nível municipal, a rede de serviços de Atenção Primária deve possuir algumas características organizacionais essenciais. Algumas dessas características são os já citados atributos da Atenção Primária à Saúde.

Sabe-se que a presença desses atributos da Atenção Primária na Estratégia Saúde da Família é fundamental para garantir sua qualidade e seus resultados sobre a saúde da população^{9, 10}. A ausência de um ou mais desses atributos pode ser a causa responsável pela heterogeneidade da qualidade da Estratégia Saúde da Família identificada em alguns estudos e/ou levantamentos já realizados¹¹. Essas diferenças na qualidade são verificadas tanto ao se comparar municípios de um mesmo estado, quanto em comparações entre regiões do país. Diferenças quanto aos princípios da Atenção Primária medidos através de seus atributos foram verificados entre serviços de atenção primária de municípios do estado de São Paulo¹². Essas diferenças também foram verificadas avaliando-se o vínculo e perfil profissional entre municípios da região Nordeste e do Sul¹³. A heterogeneidade estende-se à qualidade do pré-natal, puericultura e cuidado domiciliar com o idoso^{14, 15}.

Resolutividade da APS

Diversos estudos apontam que uma equipe de Atenção Primária qualificada pode resolver de 85 a 90% dos problemas de saúde de uma comunidade¹⁶. Para tanto, é fundamental que essa equipe atue tanto na promoção de saúde e prevenção de doenças, como também no atendimento de pessoas com doenças já estabelecidas, tanto agudas, como crônicas. Não é incomum encontrar equipes da Estratégia Saúde da Família que atuam como verdadeiros pronto-atendimentos,

realizando consultas sem nenhuma ênfase sobre promoção de saúde e/ou prevenção. Por outro lado, há equipes que creem que seu trabalho é puramente de promoção e prevenção, deixando a atenção aos usuários doentes em segundo plano. Isso gera dificuldade de acesso em caso de doença da população à equipe de Saúde da Família, contribuindo para falta de legitimidade da equipe frente à comunidade. O equilíbrio adequado entre atividades promocionais, preventivas e curativas é variável, dependendo das necessidades em saúde de cada comunidade. A alta resolutividade descrita só é alcançada quando as equipes de atenção primária estão capacitadas para reconhecer, prevenir e tratar as necessidades e os problemas de saúde mais frequentes.

Carga de doenças e linhas-guia

Estudos mostram que cerca de metade dos motivos de consulta em atenção primária se devem a aproximadamente 30 problemas de saúde ou doenças ¹⁶. Uma equipe de Saúde da Família deve, obrigatoriamente, saber realizar de forma exitosa a prevenção, o diagnóstico e o tratamento dessas condições mais comuns. O uso de linhas-guia baseadas em evidências científicas válidas e atuais, que integrem e estabeleçam claramente as atribuições de cada categoria profissional em cada nível de atenção, cujo uso será facilitado por intervenções criativas sobre o processo de trabalho – as intervenções multifacetadas – pode levar as equipes de Saúde da Família a atingirem alto grau de resolução desses problemas comuns, reduzindo o número de encaminhamentos a médicos especialistas e internações hospitalares, além de fortalecer o papel coordenador da APS.

Integração da APS a demais pontos da rede

Também depende das características de saúde e doença da população a necessidade de consultas com médicos especialistas, de atendimentos com outros profissionais da saúde, de procedimentos diagnósticos e terapêuticos e de internações hospitalares para que se obtenham bons resultados em saúde. A existência de uma rede de nível secundário e/ou terciário não adequadamente integrada

às equipes de atenção primária pode gerar prejuízos para a saúde da população, quando subestimada em número ou diversidade de ações ofertadas, como prejuízo financeiro para a gestão municipal, quando a rede de nível secundário é superestimada e/ou superutilizada em relação a alguma ação evitável, como, por exemplo, internações hospitalares por crises de asma não tratadas de forma correta na Atenção Primária. A garantia da integralidade do cuidado – atenção a todo e qualquer problema de saúde ou condição que ponha a saúde dos indivíduos em risco – só será alcançada com a constituição de uma rede qualificada e integrada de cuidado tanto em nível primário, como secundário e terciário, além de inter-relacionada com outras políticas sociais. Essa rede integrada de atenção à saúde deve se caracterizar por ter um território e população definidos, com ampla oferta de estabelecimentos e serviços de saúde, coordenados pela Atenção Primária à Saúde e integrados por sistemas eletrônicos de informação, com um modelo assistencial centrado na pessoa, na família e na comunidade/ território, sob um único sistema de governança, com financiamento adequado¹⁷.

Inovações necessárias para as redes de saúde baseadas na APS

A implantação e consolidação de Redes Integradas de Serviços de Saúde, as redes integradas de atenção à saúde, em cenários municipais onde já coexistem inúmeros tipos de serviços de saúde requer a introdução de intervenções e inovações pelo gestor municipal que propiciem a integração da rede e o fortalecimento da APS. É sobre as intervenções e inovações relevantes para a integração da rede sob ordenação de serviços de atenção primária que trata o estudo de caso que originou esse documento.

Conceitos fundamentais sobre Atenção Primária e Redes Integradas de Atenção à Saúde.

O que são Redes Integradas de Atenção à Saúde?

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 atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população”⁷.

O que é Atenção Primária à Saúde?

A APS pode ser definida como: um conjunto de valores – direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade – um conjunto de princípios – responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social entre outros – e como um conjunto indissociável de elementos estruturantes da rede de serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural.

Como fortalecer a Atenção Primária à Saúde no Brasil por meio da Estratégia Saúde da Família?

Aumentar sua legitimidade frente à saúde da população, aumentando seu potencial de resolução dos problemas de saúde possibilitando que as equipes de Saúde da Família exerçam seu papel de coordenadores do cuidado dos pacientes.

Como coordenar o cuidado em saúde dos usuários do SUS por meio da Estratégia Saúde da Família?

Ofertar condições estruturais e de processo de trabalho para que as equipes de Saúde da Família reconheçam os problemas de saúde abordados em outros serviços de saúde e integrem as ações realizadas nesses serviços ao cuidado global dos pacientes. Isso é, o provedor de atenção primária, a equipe de Saúde da Família, deve integrar todo o cuidado que o paciente recebe independentemente do local no qual esse cuidado foi recebido.

Como aumentar a resolutividade da Estratégia Saúde da Família (ESF)?

Propiciar condições estruturais nos serviços de atenção primária à saúde para enfrentar a realidade epidemiológica de nosso país, caracterizada pela coexistência de agravos relacionados à saúde materno-infantil, às doenças infectocontagiosas e à desnutrição, à epidemia de doenças crônicas não-transmissíveis, aos acidentes e à violência e aos problemas de saúde mental, oferecendo atividades de qualificação e educação permanente aos profissionais de Saúde da Família, além de estimular o papel coordenador da ESF na rede integrada de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. OPAS. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. 2005.
2. Starfield B. Primary Care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford Univ Press; 1992.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica, 2006.
4. www.saude.gov.br/dab
5. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cadernos de Saúde Pública, 2006; 22(5): 951-963.
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasil: Ministério da Saúde, 2002
7. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.
8. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quartely. 2005; 83 (3): 457-502.
9. Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. Alicante: Universidad de Alicante; 2004.
10. Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde em Porto Alegre: uma comparação entre os diferentes serviços [dissertação de mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007. 118p.
11. Facchini LA, Puccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Ciência e Saúde Coletiva 2006; 11(3): 669-681.
12. Ibañez N., Rocha J.S.Y., Castro P.C., Ribeiro M.C.S.A., Forster A.C., Novaes M.H.D., et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. Ciência e Saúde Coletiva 2006; 11(3): 683-703.
13. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thume E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública 2008;24 (S1):193-201.
14. Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. Ciência e Saúde Coletiva 2006; 11 (3): 713-724.
15. Piccini RX, Facchinil LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. Ciência e Saúde Coletiva 2006; 11(3): 657-667.

16. Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Núcleo de Epidemiologia. Estudo da Demanda Ambulatorial. 2002. Porto Alegre, RS (não publicado).
17. OPAS. Redes Integradas de Servicios de Salud, 2008.
18. Índice de Vulnerabilidade à Saúde 2003. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Gerência de Epidemiologia e Informação – GEEPI, julho de 2003. Nota Técnica.
19. Giovanella L et al. Estudos de Caso sobre Implementação da Estratégia Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.
20. Chomatas ER, Vigo A, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008 [dissertação de mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010. 95p.
21. Portaria GM n° 1101- Parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde, Ministério da Saúde do Brasil, 2002.
22. Portaria/SS/GAB/N° 283 – Política Municipal de Atenção a Saúde – Diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica baseada na Estratégia de Saúde da Família, Secretaria Municipal da Saúde de Florianópolis, 2007.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Boas Práticas de Humanização na Atenção e na Gestão do Sistema Único de Saúde. Contrato Interno de Gestão Secretaria Municipal, Curitiba/PR. Brasília (DF), 2006.
24. Curitiba. Plano Municipal de Saúde de Curitiba 2010-2013. Curitiba, 2009. Disponível em: http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saúde/sms/PlanoMunicipalSaude_2010_2013_preedicao.pdf