

ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA
**ASPECTOS TEÓRICOS DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS
DE SAÚDE ***

Nilce Piva Adami **

ReBEn/03

ADAMI, N.P. — Aspectos Teóricos dos Cuidados Primários de Saúde. **Rev. Bras. Enf.**; DF, 34 : 8-14, 1981.

RESUMO

A autora apresenta, em linhas gerais, a fundamentação teórica dos cuidados primários de saúde. Destaca alguns encontros internacionais e nacionais que recomendam a extensão das ações de saúde à população. Delineia, também, a nova proposta de reordenação e expansão do sistema de serviços de saúde. Por último, cita algumas estratégias operativas, visando à extensão da cobertura à população.

THEORETICAL ASPECTS OF THE PRIMARY HEALTH CARE

SUMMARY

The author presents in generic lines the theoretical fundament of the primary health care. She emphasizes some international and national meetings that recommend the extension of the health actions do the population. She also designs the new proposal of reorganization and extension of the Health Services System. Finally she detaches some operative strategies in order to reach the desired extension of the primary health care, covering all the population.

* Trabalho apresentado no Simpósio "Assistência Primária de Saúde", promovido pela ABEn-SP e realizado no dia 7 de abril de 1980.

** Professor Assistente do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP.

INTRODUÇÃO

O momento atual evidencia, no cenário mundial, uma situação nada aceitável em termos de oferta de serviços de saúde à população, principalmente nos países em desenvolvimento.

A literatura específica e compromissos assumidos pelos vários governos da comunidade internacional demonstram uma tomada de posição frente ao desafio que constitui a responsabilidade de universalizar o direito dos cuidados à saúde, uma das múltiplas dimensões do desenvolvimento sócio-econômico.

Neste enfoque, a assistência primária configura-se numa das estratégias adotadas pelo Sistema de Serviços de Saúde, visando a ampliar a cobertura assistencial oferecida à comunidade. Desta forma, a organização e operacionalização de uma rede básica de serviços de saúde propiciaria a viabilização do alcance da meta proposta — “Saúde para todos no ano 2000” — atendendo ao postulado ético aceito por todos, o de ser a saúde considerada como um direito fundamental do ser humano.

Para abordar o embasamento teórico dos cuidados primários de saúde, optou-se por dividir este trabalho em três partes, explicitadas a seguir:

1.^a — Principais marcos de referência internacionais e nacionais que recomendam a extensão das ações de saúde à população, objetivando atingir uma cobertura universal;

2.^a — Delineamento de uma nova proposta para o Sistema de Serviços de Saúde, tendo em vista a ordenação e a expansão de atividades básicas de saúde, a um custo compatível com a economia brasileira; e

3.^a — Algumas estratégias operacionais que contribuem para que o Sistema de Serviços de Saúde alcance sua finalidade, ou seja, a melhoria do nível

de saúde como parte do bem-estar da comunidade.

1. MARCOS DE REFERÊNCIA INTERNACIONAIS E NACIONAIS

1.1. Plano Decenal de Saúde para as Américas ^{6 7}

A III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas, realizada no Chile em 1972, centrou seus esforços ao redor de um objetivo primordial: que foi o de propor a extensão de cobertura das ações de saúde às populações de áreas rurais, mediante a regionalização dos serviços. Tendo por base os níveis e funções do sistema regionalizado preconizado pelo Plano, concluiu-se que há necessidade de se efetivarem mudanças no processo de formação e utilização dos recursos humanos. Tais mudanças se referem a um aumento significativo de pessoal auxiliar destinado ao nível periférico do sistema de inovações na formação dos profissionais do grupo da saúde.

1.2. IV Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas ⁵

Essa Reunião desenvolveu-se na Capital dos Estados Unidos da América, em setembro de 1977. Nesse encontro, os Ministros confirmaram o propósito anterior de intensificar os esforços no sentido de ativar o processo de extensão de cobertura dos serviços de saúde a toda a população, priorizando, no entanto, os núcleos marginalizados e subatendidos dos meios rural e urbano. Como componente essencial para atingir essa finalidade, adotaram-se as estratégias de cuidados primários e de participação da comunidade; como instrumentos, a racionalização do processo administrativo e o desenvolvimento de tecnologias apropriadas ao fim proposto com seus atributos de universa-

lidade, integralidade, acessibilidade, efetividade e continuidade no contexto do desenvolvimento sócio-econômico dos países signatários.

1.3. Conferência Internacional sobre Assistência Primária de Saúde²

O informe da IV Reunião Especial de Ministros constituiu a contribuição da Região das Américas para a Conferência Internacional sobre Assistência Primária de Saúde, realizada um ano mais tarde, em setembro de 1978, em Alma-Ata, URSS, e patrocinada pela Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (U.N.I.C.E.F.).

No documento desse encontro internacional ficou evidenciado que o cuidado primário constitui o meio para “se alcançar, em todo o mundo e num futuro previsível, um nível aceitável de saúde, que forme parte do desenvolvimento social e se inspire num espírito de justiça”. Essa modalidade de assistência foi considerada válida para todos os países do mundo, configurando-se, no entanto, como necessidade premente, sobretudo para os países em desenvolvimento.

1.4. V, VI e VII Conferências Nacionais de Saúde^{3, 4, 9, 10}

Em nosso País, as três últimas Conferências Nacionais de Saúde, realizadas em Brasília em 1975, 1977 e 1980, incluíram em seus temas básicos, respectivamente:

- A extensão das ações de saúde às populações rurais;
- A interiorização dos serviços de saúde por meio do PIASS, na região Nordeste; e
- A extensão das ações de saúde através de serviços básicos, constituindo, portanto, um Programa

Nacional prioritário e axial da Política de Saúde do Governo, uma vez que visa a toda a população brasileira. Oportuniza, porém, a primazia para o atendimento das populações rurais, de pequenos centros e das periferias de grandes cidades.

2. UMA NOVA PROPOSTA PARA O SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE^{1, 3, 4, 8}

Devido à experiência acumulada em diversos países do mundo, passou-se a recomendar, atualmente, que todos os serviços de saúde existentes desenvolvessem, de forma integrada, ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Esses serviços devem estar hierarquizados numa rede regionalizada, de complexidade crescente, incluindo desde as unidades mais simples, localizadas o mais próximo possível do domicílio do cliente, até o complexo hospital universitário, visando a prestar assistência médico-hospitalar.

Além do aspecto da integralidade das ações, é indispensável que as unidades sejam de fácil acesso — geográfico, econômico e cultural — aos usuários, a fim de estimular a demanda aos serviços de cuidados primários. Deve existir, também, um sistema de referência e contra-referência de pacientes, ao longo dessa pirâmide assistencial.

Nesta reordenação dos serviços de saúde, adquire relevo o processo de regionalização, como organização escalonada de níveis e unidades de atendimento e adscrição de coberturas específicas — geográficas e populacionais — a cada unidade assistencial ou de apoio.

2.1. Níveis de Assistência

Numa rede de serviços de saúde hierarquizados em níveis de complexi-

dade crescente, habitualmente esses níveis são classificados em cuidados primários, secundários e terciários e assim são definidos:

2.1.1. Cuidados Primários

Consistem nos cuidados prestados no nível periférico do sistema. Esses cuidados são realizados pelo médico geral, por outros profissionais como a(o) enfermeira(o), o dentista, etc. e pelo pessoal técnico, auxiliar e elementar.

Este nível de assistência serve como ponto de entrada, primeiro contato, triagem e referência para os demais níveis do sistema de saúde.

Deve prover uma gama de serviços básicos indispensáveis à preservação e à recuperação da saúde, dirigidos a três esferas de ação, a saber:

- a) às pessoas, incluindo:
 - as imunizações obrigatórias;
 - o controle de grupos biológica e socialmente mais vulneráveis e de maior risco, como, por exemplo: atendimento sistematizado de gestantes e crianças, hipertensos e diabéticos;
 - o reconhecimento e tratamento de afecções e traumatismos mais comuns, tais como: gripe, tosse, diarreia, febre, verminoses, algumas dermatites, ferimentos e outras demandas para primeiros socorros;
 - promoção da melhoria da alimentação para os grupos de maior risco;
 - consulta médica geral e encaminhamento de clientes aos níveis mais complexos do sistema, quando necessário e acompanhamento dos retornos.

b) ao meio ambiente, compreendendo:

- o desenvolvimento de ações destinadas à melhoria do saneamento básico, visando a soluções de abastecimento de água e destino dos dejetos a nível domiciliar.

c) de apoio, abrangendo:

- realização de alguns exames laboratoriais, quando possível, e colheita e envio de material ao laboratório de referência;
- elaboração de relatórios diários e mensais de produção e realização de outras atividades burocráticas; e
- delimitação de cobertura da população de referência do Posto, a fim de possibilitar a operacionalização das atividades, sem queda da qualidade e permitir avaliações periódicas, utilizando-se indicadores apropriados.

As unidades executoras desses cuidados primários abrangem dois subníveis:

- Um deles, o mais simples — tipo Posto de Saúde — operado por pessoal auxiliar, recrutado preferentemente na própria localidade do serviço de saúde; estes Postos, na dependência das suas características e da facilidade de acesso a outras unidades, poderão ou não receber periodicamente a visita de um médico para dar consultas agendadas previamente pelos auxiliares.
- O segundo subnível é o Centro de Saúde que deverá executar todas as atividades do Posto, acrescidas de assistência médica

permanente, vigilância epidemiológica e exames laboratoriais simples. Estas unidades devem proporcionar apoio técnico e administrativo a um determinado número de Postos e devem atender à clientela encaminhada por essas unidades elementares.

Em suma, o nível executor dos cuidados primários é o fundamento de um amplo patamar de um sistema hierarquizado e regionalizado. É o nível capaz de solucionar cerca de dois terços das necessidades de saúde de nossa população, dada a frequência de doenças simples, autocuráveis e que exigem cuidados mínimos ou a aplicação de procedimentos preestabelecidos, conforme demonstram dados empíricos e de pesquisas internacionais, confirmadas por estudos já realizados no Brasil.

Porém, a simplicidade dos cuidados primários não deve ser confundida com baixa qualidade das ações de saúde, mas deve ser entendida como uma simplificação de meios correspondentes à simplicidade dos problemas. O acesso a serviços mais complexos deverá ser assegurado a toda clientela que apresentar problemas de saúde que exijam uma assistência intermediária ou mais especializada, proporcionada pelos outros níveis assistenciais.

2.1.2. Cuidados Secundários

São os cuidados prestados nos hospitais de comunidade, unidades mistas e também em ambulatórios com especialistas, visando ao esclarecimento de diagnóstico e ao tratamento, incompatíveis com a tecnologia simplificada existente nas unidades de cuidados primários. Em linhas gerais, prestam serviços médico-cirúrgicos, gineco-obstétricos e pediátricos e utilizam tecnologias intermediárias; devem servir a

populações abrangidas por várias unidades de assistência primária.

2.1.3. Cuidados Terciários

Incluem os cuidados prestados em hospitais gerais, equipados com as especialidades mais comuns da Medicina e da Cirurgia, constituindo o recurso máximo de saúde da região à qual servem como hospitais de base ou de referência. Neste nível são alocados recursos humanos e materiais compostos de superespecialistas, utilizando tecnologia complexa e voltados ao diagnóstico e tratamento de doenças mais raras ou complexas. Em geral, tais serviços servem como campos de prática para Faculdades de Medicina e de outras áreas da saúde.

2.1.4. Cuidados Quaternários

Convém citar ainda, como cuidados quaternários, os serviços prestados em ambulatórios e hospitais altamente especializados, campos destinados ao desenvolvimento da pesquisa e de tecnologias assistenciais e que são considerados núcleos de referência para várias regiões de saúde.

A utilização adequada dos diferentes níveis assistenciais se viabilizará na medida em que existirem programações que definam claramente, para os profissionais que atuam na rede, quais os recursos que devem ser mobilizados para cada condição de atendimento.

Em termos disciplinadores da utilização dos recursos e para tornar menos custosa a assistência, a rede básica deve constituir sempre a porta de entrada dos clientes no sistema de saúde, excetuando-se, naturalmente, as emergências mais complexas.

Uma rede básica de serviços de assistência primária, tendo como módulos um conjunto de unidades periféricas, supervisionado por um Centro de

Saúde, tem-se mostrado em várias experiências, tanto dentro como fora do País, uma solução segura e economicamente viável para se alcançar a desejada extensão de cobertura.

3. ESTRATÉGIAS OPERATIVAS^{1,3,4}

3.1. Máxima Extensão de Cobertura dos Serviços de Saúde

Compreende-se que a máxima extensão de cobertura das ações de saúde será alcançada, quando for possível a cada Estado dispor de serviços básicos que atendam às necessidades de toda a população e que estejam localizados de forma acessível e que sejam aceitos por essa população.

3.2. Participação Comunitária

É imprescindível a participação da comunidade em todas as etapas do processo assistencial por meio de alguns mecanismos de expressão, tais como: formas organizativas e lideranças formais; esta participação propicia condições para melhor aceitação dos serviços a serem implantados ou em execução, o que acontecerá na medida em que as unidades de saúde atendam às reais necessidades da população.

3.3 Recursos Humanos

A formação e a utilização de recursos humanos constitui o ponto nodal do desenvolvimento dos serviços básicos de saúde.

É emergente, nesta área, uma nova postura funcional a ser adotada pela equipe de saúde, na qual se sobressai uma ampla utilização de pessoal de nível auxiliar e elementar. Esse pessoal deverá ser recrutado na própria comunidade, onde atuará em condições de resolver os problemas que não requerem a direta participação de profissionais de nível superior. Para tanto, é

indispensável uma preparação adequada e provisão de apropriados esquemas de apoio e supervisão.

3.4. Regionalização

Para o alcance dos objetivos fundamentais propostos — extensão de cobertura, ampla participação comunitária e integralização das ações de saúde — a regionalização é imprescindível como instrumento de implantação e operação da rede de serviços de saúde; esta regionalização deve ter por base critérios geográficos e demográficos e aplicar os princípios adequados para organizar esses serviços, princípios estes que podem ser sumariados em três tipos: epidemiológicos, tecnológicos e organizacionais.

4. COMENTÁRIOS FINAIS

Finalizando, gostaríamos de salientar outros pontos fundamentais que devem ser considerados, tendo em vista a nova proposta de trabalho para o Sistema de Serviços de Saúde:

- 4.1. Em nosso País, existem provavelmente mais de 40 milhões de pessoas que não têm acesso aos serviços de saúde;
- 4.2. Os serviços atualmente prestados são inadequados às nossas necessidades;
- 4.3. O conhecimento e a tecnologia disponíveis no País, em relação aos problemas de saúde prevalentes, são significativos, em muitos casos suficientes, e nossa capacidade de acioná-los está subutilizada.

Diante deste quadro, é propósito do Governo acelerar um processo renovador no setor saúde para beneficiar todos os brasileiros. Esse processo se

configura num repto para os profissionais da saúde e, em grande parte, para as(os) enfermeiras(os) frente às necessidades prementes de:

— preparo de grande número de pessoal auxiliar e da comunidade para os cuidados primários, ajustado aos requerimentos da prática, assegurando também a característica contínua da educação por meio de supervisão e reciclagens oportunas;

— treinamento em serviço, a fim de atualizar, de forma sistematizada, os enfermeiros para a prática dos cuidados primários desenvolvidos em Centros de Saúde; e

— reflexão crítica calcada no currículo de enfermagem para questionar se estamos formando os profissionais requeridos para todos os níveis assistenciais do Sistema de Serviços de Saúde.

BIBLIOGRAFIA

1. CHAVES, M. M. — Regionalização docente-assistencial e níveis de assistência. *Rev. Adm. Públ.*, 11 (3): 69-80, 1977.
2. CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCION PRIMARIA DE SALUD, Alma-Ata (URSS), 1978 — *Atencion primaria de salud; informe conjunto...* Ginebra, Organizacion Mundial de la Salud, 1978
3. MACEDO, C. G. — Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos (apresentado à VII Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1980. Tema Central).
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE — Proposição de diretrizes. Uma contribuição (versão preliminar). (Apresentado à VII Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1980).
5. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE — *Extensão da cobertura dos serviços de saúde baseada nas estratégias de assistência primária e participação da comunidade*. Washington, 1977. (REMSA, 4/40).
6. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD — *Plan decenal de la salud para las Américas*. Washington, 1972. (REMSA 3-40).
7. PILLET, J. V. — La extensión de la cobertura de los servicios de salud y los recursos humanos. *Educ. Med. Salud*, 7 (3/4): 351-75, 1973.
8. SANTOS, N. R. — *Atenção primária em saúde — um posicionamento*. Campinas, 1979 (mimeografado).
9. SEIXAS, J. C. — Interiorização dos Serviços de Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6.^a. Brasília, 1977. *Anais*. Brasília, Ministério da Saúde, 1977. págs.. 139-50.
10. VILLAS BOAS, A. — Extensão das ações de saúde às populações. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5.^a, Brasília, 1975. *Anais*. Brasília, Ministério da Saúde, 1975. págs. 219-42.