

A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE COMO PORTA PREFERENCIAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Arthur Henrique da silva¹ Maria Rafaella da Silva²

RESUMO

É necessário conhecermos um pouco da história da organização sanitária no Brasil para compreendermos porque o SUS representa uma conquista do povo brasileiro. Este conhecimento deve contribuir para não reproduzirmos o passado e para que sejamos capazes de avaliar, a cada momento, o que conseguimos de avanço. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, define a atenção básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

INTRODUÇÃO

Este artigo analisa a importância da Atenção Básica de saúde (AB) como porta preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) como redutora de danos à saúde do indivíduo, e como redutora de um dos grandes problemas de saúde, a superlotação das unidades de média e alta complexidade, através da prevenção, diagnóstico, tratamento, promoção, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

As evidências demonstram que a Atenção Primária tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde (STARFIELD, 2004), realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integrando os cuidados quando existe mais de um problema; lidando com o

contexto de vida e influenciando as respostas das pessoas aos seus problemas de saúde. A Atenção Primária tem, portanto, qualidades únicas que a caracterizam e diferenciam dos demais níveis de atenção.

REVISÃO DE LITERATURA E DISCUSSÃO

Segundo PAIM É preciso saber o que existia antes do SUS para que possamos avalia-lo, valoriza-lo e aperfeiçoa-lo. É necessário conhecermos um pouco da história da organização sanitária no Brasil para compreendermos porque o SUS representa uma conquista do povo brasileiro. Este conhecimento deve contribuir para não reproduzirmos o passado e para que sejamos capazes de avaliar, a cada momento, o que conseguimos de avanço, bem como as ainda existentes ameaças de retrocesso. Assim educaremos, permanentemente, os novos sujeitos que farão avançar a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e construiremos um sistema de saúde mais digno para nossa população. (PAIM, 2009, p; 25).

Em meados da década de 80 que vivenciamos dois marcos histórico-sociais importantes para a área da saúde, a VIII Conferência Nacional de Saúde e a Constituição Federal de 1988.(PALHA e VILLA, 2003). Segundo Amélia Cohn A Constituição Federal de 1988 foi, sem dúvida, um marco na história da democracia brasileira. Tal legislação incorpora, nos seus conceitos constitucionais, os anseios e as transformações pretendidas no setor saúde, uma busca incessante da base da sociedade em toda a história do movimento da reforma sanitária brasileira ao longo de mais de 30 anos. Nesse sentido, a reforma sanitária não deve ser compreendida apenas como uma reforma setorial, mas sim como um processo social e político em que existe a participação, apoio, adesão ou não (rejeição, omissão) de diversos seguimentos que compõem a sociedade. Portanto, ela incorpora um conjunto de medidas técnicas, administrativas, políticas, culturais e econômicas que podem ser adotadas num determinado contexto

histórico, enquanto outras necessitam ser projetadas e implementadas posteriormente.

O Sistema Único de Saúde (SUS) incorporado à Constituição Federativa do Brasil de 1988, através do art. 196, é considerado como uma das maiores conquistas sociais da sociedade brasileira e vem sendo regulamentado a partir de leis orgânicas aprovadas no nível infraconstitucional, procurando regular e materializar os princípios diretivos (universalidade, equidade, integralidade) e organizativos (descentralização, regionalização, hierarquização e participação social) do SUS. Assim, ao tomarmos como eixo de discussão a descentralização, entendemos que ela rompe com toda a história ditatorial militar que perdurou na nossa sociedade por mais de vinte e cinco anos, permitindo que grande parte do processo decisório seja assumido pelos Estados e municípios.(PALHA e VILLA, 2003).

A organização dos serviços de saúde tem sido um dos temas centrais do debate conceitual e político no âmbito do movimento pela reforma sanitária brasileira, ao longo dos últimos 30 anos. Esse debate vem alimentando a formulação e implementação de propostas políticas, normas e estratégias de mudança na gestão, no financiamento e, principalmente, na organização dos serviços e das práticas de saúde, no contexto de construção do SUS nos últimos 15 anos. A trajetória desse debate tem sido marcada pela crítica e redefinição de ideias oriundas de movimentos internacionais de reforma dos sistemas de saúde, as quais se articulam, dinamicamente, propostas surgidas da experimentação prática e elaboração de alternativas que refletem a especificidade das condições nas quais se desenvolve o processo de reforma em nosso país. (TEIXEIRA e SOLLA, 2006).

Diante destas reformas e estratégias para melhoria do Sistema único de Saúde SUS surgiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) está regulamentada pela Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a

organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). A PNAB é resultado da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. (BRASIL, 2012). Em 2012 surgiu a nova PNAB que atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção. Avançou na afirmação de uma AB acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção. Avançou, ainda, no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de ESF, houve a inclusão de EAB para a população de rua (Consultórios na Rua), ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas UBS Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas.

Esta portaria, conforme normatização vigente do SUS, define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde.

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e

se completa na rede regionalizada e hierarquizada. (LEI ORGANICA DE SAÚDE, 1990).

Nesse sentido, a atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas:

I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessário;

II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos- -sentinela e incidentes críticos, entre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da microrregulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade;

IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários. (BRASIL, 2012).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, define a atenção básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (BRASIL, 2012).

Deve ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2012).

As evidências demonstram que a Atenção Primária tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde (STARFIELD, 2004), realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integrando os cuidados quando existe mais de um problema; lidando com o contexto de vida e influenciando as respostas das pessoas aos seus problemas de saúde. A Atenção Primária tem, portanto, qualidades únicas que a caracterizam e diferenciam dos demais níveis de atenção.

Primeiro contato significa acesso e utilização do serviço de saúde para cada novo evento de saúde ou novo episódio de um mesmo evento. Um serviço é porta de entrada quando a população e a equipe identificam-no como o primeiro recurso de saúde a ser buscado quando há uma necessidade/problema de saúde. Para isso, deve ser de fácil acesso e disponível. Se não o for, a procura será adiada, talvez a ponto de afetar negativamente o diagnóstico e o manejo do problema (STARFIELD, 2004).

ESTRATÉGIAS DE BUSCA

O presente artigo se trata de uma revisão de literatura, no qual as buscas foram realizadas uma busca nas bases bibliográficas SCIELO, LILACS e BVS, e em, bibliotecas convencionais . Tendo como critérios de inclusão artigos e livros, artigos publicados entre os anos de 2000 a 2015. E como critérios de exclusão artigos de caráter comercial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011. 197 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 3).
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

3. COHN. A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões
Amélia Cohn, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(7):1614-1619, jul,
2009
4. MELO R. J. A atenção primária à saúde e atenção básica à saúde: Os
discursos ideopolíticos do ministério da saúde, Vitória, Junho de 2009.
5. PAIM, J.S. O que é o SUS? Coleção Temas de Saúde. 1º Edição Rio de
Janeiro. Ed. FioCruz . 2009. Pg. 25.
6. PALHA. P. F. VILLA. T. C.A descentralização como eixo norteador na
reorganização e operacionalização dos princípios do Sistema Único de
Saúde. Rev. esc. enferm. USP vol.37 no.3 São Paulo Set. 2003
7. TEIXEIRA, CF., SOLLA, JP. Modelo de atenção à saúde: vigilância e
saúde da família Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p.
Saladeaulaseries, nº3. ISBN 85-232-0400-8.