

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MODALIDADE A DISTÂNCIA



MÓDULO POLÍTICO GESTOR



Reorganização dos Sistemas de Saúde: Promoção da Saúde e Atenção Primária à Saúde

Marcelo Marcos Piva Demarzo

MÓDULO POLÍTICO GESTOR

PRESIDENTA DA REPÚBLICA
Dilma Vana Rousseff

VICE-PRESIDENTE
Michel Miguel Elias Temer Lulia

MINISTRO DA EDUCAÇÃO
Fernando Haddad

MINISTRO DA SAÚDE
Alexandre Padilha

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA
EDUCAÇÃO EM SAÚDE (SGTES)

Secretário: Milton Arruda

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM
SAÚDE (DEGES)

Diretor: Sigisfredo Luís Brenelli

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO
PAULO (SES-SP)

Secretário: Giovanni Guido Cerri

CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE
SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO (COSEMS)

Presidente: Maria do Carmo Cabral
Carpintéro

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
(OPAS)

Diretora: Mirta Roses Periago

REDE UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
(UNA-SUS)

Secretário Executivo: Francisco Eduardo de
Campos

Coordenador: Vinícius de Araujo Oliveira

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DA
FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC)

Presidente: Gustavo Diniz Ferreira Gusso

FUNDAÇÃO DE APOIO À UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO PAULO (FAPUNIFESP)

Diretor Presidente: Durval Rosa Borges

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
(UNIFESP)

Reitor: Walter Manna Albertoni

Vice-Reitor: Ricardo Luiz Smith

Pró-Reitora de Extensão: Eleonora
Menicucci de Oliveira

COORDENAÇÃO GERAL DO PROJETO
UNA-SUS (UNIFESP)

Eleonora Menicucci de Oliveira

COORDENAÇÃO ADJUNTA/EXECUTIVA

Alberto Cebukin

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

Laís Helena Domingues Ramos

Daniel Almeida Gonçalves

Rita Maria Lino Tarcia

COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Monica Parente Ramos

Gisele Grinevicius Garbe

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIA

Daniel Lico dos Anjos Afonso

PRODUÇÃO

Adriana Mitsue Matsuda

Antonio Aleixo da Silva

Eduardo Eiji Ono

Felipe Vieira Pacheco

Reinaldo Gimenez

Silvana Solange Ferreira Xavier Gimenez

Silvia Carvalho de Almeida

Tiago Paes de Lira

Valéria Gomes Bastos

EDIÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

Universidade Federal de São Paulo - Pró-Reitoria de Extensão
Rua Pedro de Toledo, 650, 2º andar - Vila Clementino - CEP 04039-032 - SP
<http://www.unasus.unifesp.br>

COPYRIGHT 2010 - 2011

Todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de São Paulo.
Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

ESPECIALIZAÇÃO EM
SAÚDE
 da FAMÍLIA

Sumário

| | |
|---|----|
| Reorganização dos Sistemas de Saúde: Promoção da Saúde e Atenção Primária à Saúde | 3 |
| Introdução | 7 |
| O que é Saúde? | 8 |
| O que seria então a Atenção à Saúde? | 10 |
| Atenção ou assistência? | 10 |
| Ações da Atenção à Saúde..... | 10 |
| Programas de Atenção à Saúde | 11 |
| Promoção da Saúde | 12 |
| Promoção da Saúde e Níveis de Prevenção..... | 12 |
| O Movimento Moderno da Promoção da Saúde..... | 13 |
| Promoção da Saúde X Prevenção de Doenças | 18 |
| Conceito de Prevenção Quaternária..... | 18 |
| Promoção da Saúde no Brasil | 19 |
| Atenção Primária à Saúde | 20 |
| Antecedentes Históricos | 20 |
| Princípios Modernos da APS | 23 |
| Conclusão | 24 |
| Referências | 25 |



Introdução

Os sistemas de saúde em todo o mundo estão em constante processo de construção e desenvolvimento, a fim de prover um melhor estado de saúde para as suas populações. Conseqüentemente, os sistemas não são estáticos, pois devem acompanhar as necessidades e mudanças sociais e culturais que acompanham o desenvolvimento de qualquer sociedade. Entretanto, algumas questões são comuns a todos eles e perpassam o tempo:

- Como melhorar o acesso ao sistema para todas as pessoas da comunidade ou país?
- Como prover ações e atividades de forma integral, equitativa, participativa, democrática e contextualizada?
- Como trabalhar com recursos financeiros limitados e ainda prover um sistema de qualidade adequada?

Mas, podemos nos perguntar: o que é, afinal, um sistema de saúde?

Segundo a autora Silvia Takeda (2004, p. 78), um sistema de saúde “é um conjunto articulado de recursos e conhecimentos, organizado para responder às necessidades de saúde da população” de um local, município, estado ou país. A mesma autora defende a ideia de que os sistemas devem ser conformados em redes interligadas, articuladas e integradas de equipamentos e ações, para gestão e resultados mais efetivos.

Desde a metade do último século, principalmente, alguns movimentos e iniciativas vêm discutindo a (re)organização dos sistemas de saúde internacionalmente. Vamos destacar aqui dois que consideramos fundamentais, e que têm influência direta no sistema de saúde brasileiro: o movimento moderno da Promoção da Saúde e a Atenção Primária à Saúde.

Antes, porém, é importante começarmos pela pactuação do que entendemos como **saúde** e **atenção à saúde**, ou seja, o referencial teórico e político com o qual estamos trabalhando.

O que é Saúde?

Segundo o conceito de 1947 da Organização Mundial da Saúde (OMS), com ampla divulgação e conhecimento em nossa área, a saúde é definida como:

“Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.”

Essa definição é válida oficialmente até os dias de hoje, e tem recebido, desde sua formulação, críticas e reflexões de muitos profissionais, pesquisadores e outros protagonistas da área da saúde. Esses profissionais, de modo geral, classificam-na como **utópica** e **não-operacional**; caracterizando-a mais como uma **declaração** do que propriamente como uma definição (NARVAI, 2008).

Dentre diversas outras abordagens possíveis para se entender o conceito de saúde, apresentaremos uma que nos parece mais útil à nossa discussão, e que tem sido defendida por alguns autores (NARVAI, 2008). Pode-se então descrever a condição de **saúde**, didaticamente, segundo a soma de **três planos: sub individual, individual e coletivo**, apresentados a seguir.

O plano **sub individual** seria o correspondente ao nível biológico e orgânico, fisiológico ou fisiopatológico. Nesse plano, o processo saúde-adoecimento (PSa) seria definido pelo equilíbrio dinâmico entre a **normalidade - anormalidade / funcionalidade - disfunções**. Assim, quando a balança pender para o lado da **anormalidade - disfunção** podem ocorrer basicamente duas situações: a **enfermidade** e a **doença**.



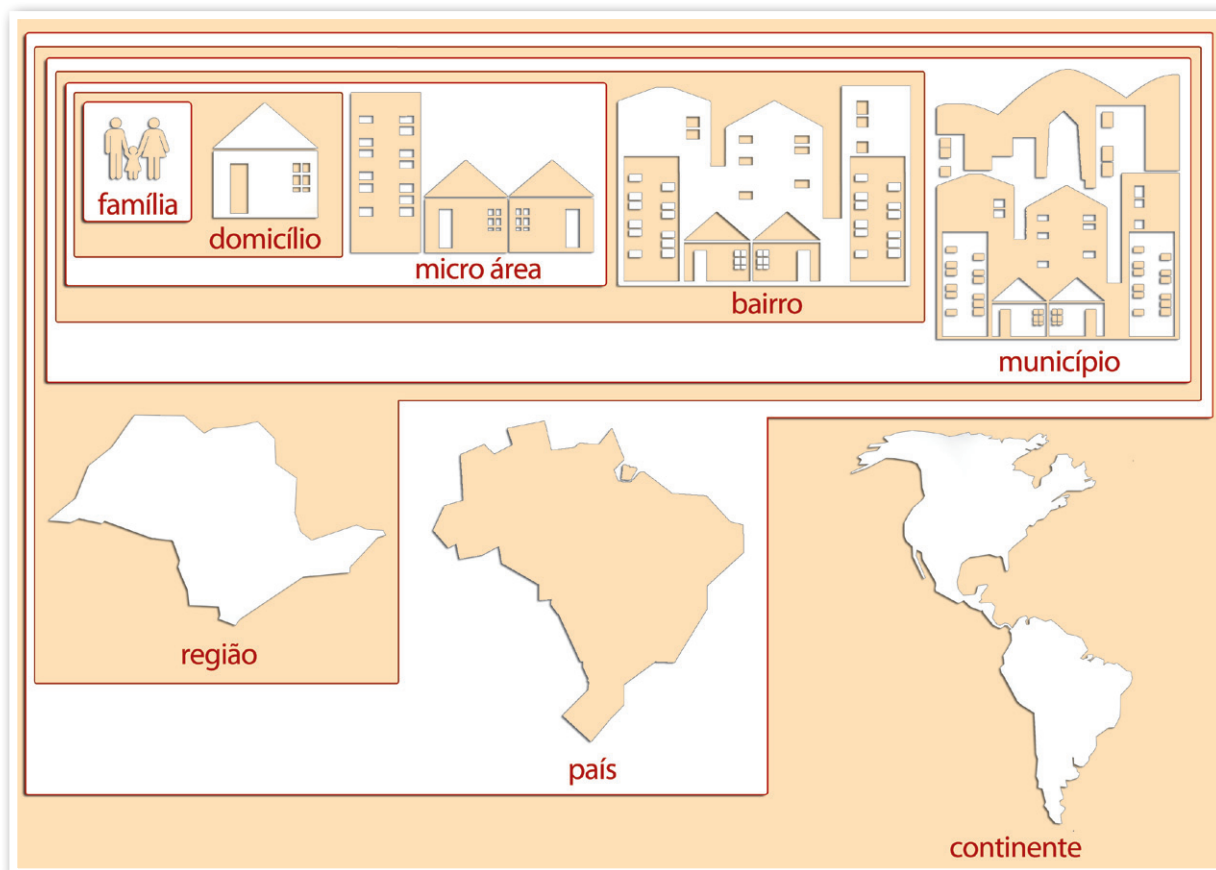
SAIBA MAIS...

A enfermidade seria a condição percebida pela pessoa ou paciente, caracterizando-a como **queda de ânimo**, algum sintoma físico, ou mesmo como **dor**. A doença seria a condição detectada pelo profissional de saúde, com quadro clínico definido e enquadrada como uma entidade ou classificação nosológica (NARVAI, 2008).

O plano **individual** entende que as disfunções e anormalidades ocorrem em indivíduos que são seres biológicos e sociais ao mesmo tempo. Portanto, as alterações no PSa resultam não apenas de aspectos biológicos, mas também das condições gerais da existência dos indivíduos, grupos e classes sociais, ou seja, teria dimensões individuais e coletivas. Segundo essa concepção,

a condição de saúde poderia variar entre um extremo de **mais perfeito bem-estar** até o extremo da **morte**, com uma série de processos e eventos intermediários entre os dois (NARVAI, 2008).

O plano **coletivo** expande ainda mais o entendimento sobre o PSa, que é encarado não como a simples soma das condições orgânicas e sociais de cada indivíduo isoladamente, mas sim como a expressão de um processo social mais amplo, que resulta de uma complexa trama de fatores e relações, representados por determinantes do fenômeno nos vários níveis de análise:



Família, domicílio, micro área, bairro, município, região, país, continente etc. (NARVAI, 2008). Nessa linha, fica mais fácil compreender a definição de Minayo (1994) (apud NARVAI, 2008) sobre saúde: “fenômeno clínico e sociológico vivido culturalmente”.

Enxergando-se a condição de saúde segundo esses três planos, compreendemos melhor porque somente em situações muito específicas a **saúde** resulta apenas da disponibilidade e do acesso aos serviços de saúde. Assim, o **direito à saúde** deveria ser entendido de forma mais abrangente do que apenas o **direito ao acesso aos serviços de saúde** (NARVAI, 2008). Nossa própria Constituição Federal de 1988, em sua seção da saúde – Art. 196 – define-a nos seguintes termos (grifos do autor):

“A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido **mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos** e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

O que seria então a Atenção à Saúde?

Atenção ou assistência?

Em uma visão ampliada do PSa, as práticas de saúde devem ir além da **assistência** à saúde de indivíduos, ocupando-se também da **atenção à saúde**.

A **assistência** seria então entendida como um conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a indivíduos, estejam eles doentes ou não. A **atenção** seria um conjunto de atividades **intra e extra-setor saúde (intersetorialidade)** que, incluindo também a assistência individual, não se esgota nela, atingindo grupos populacionais com o objetivo de manter a condição de saúde, requerendo ações concomitantes sobre todos os determinantes do PSa (NARVAI, 2008).

Partindo dessa perspectiva ampliada de saúde, podemos entender a **atenção à saúde** como sendo o campo de competência do profissional de saúde dentro de um PSa, compreendido como **complexo e multideterminado**, reconhecendo-se as limitações importantes do setor de saúde nesse processo. Também, e com a mesma conotação, a **atenção à saúde** seria o objeto de atuação dos serviços de saúde, tanto os de Saúde Pública, quanto os de Saúde Suplementar (NARVAI, 2008).

Ações da Atenção à Saúde

De modo geral, deve-se promover **ações individuais** e **ações coletivas** dentro de um modelo ampliado de **atenção à saúde**. As ações individuais, dentro desse conceito ampliado, reconhecem os indivíduos como **sujeitos**, portadores de direitos e responsabilidades – não mais como **objetos** de ações coletivas, que antes não reconheciam as singularidades das pessoas e comunidades (NARVAI, 2008). Essas ações podem ser preventivas ou terapêuticas, como por exemplo: aplicação de vacina, restauração dentária, sutura, entre diversas outras.

As ações coletivas devem impactar **grupos** ou **organizações**, pressupondo algum tipo de interesse específico compartilhado, ou ainda a interação entre os participantes. Os exemplos seriam as atividades educativas em grupo, palestras, peças publicitárias em meios de comunicação de massa, entre outras (NARVAI, 2008).

Tanto as ações individuais quanto as coletivas devem buscar a **integralidade**, entendida em suas 3 dimensões:

1. **Vertical**, que busca atender a todas as necessidades de saúde do indivíduo (desde a promoção da saúde até a reabilitação), entendido em toda a sua complexidade biopsicossocial e espiritual;
2. **Horizontal**, que busca a integração de ações e serviços de atenção à saúde ao longo do tempo, para garantir a condição de saúde das pessoas;
3. **Intersetorial**, que reconhece os setores extra-saúde (educação, segurança etc.) como fundamentais para a promoção da saúde (NARVAI, 2008), como veremos com mais detalhes na seção específica sobre a **promoção da saúde**.

Programas de Atenção à Saúde

Os programas de atenção à saúde definem ações articuladas individuais e coletivas, recursos, tecnologias e estratégias para o enfrentamento das necessidades de saúde das pessoas e comunidades. Podem ser voltados a determinadas condições de saúde, ou a determinados grupos populacionais, ao longo do tempo.



SAIBA MAIS...

Por exemplo, programas de controle da tuberculose e hanseníase, programas por ciclos vitais (saúde da criança, adolescentes e jovens, saúde da mulher, saúde do homem, saúde do adulto e idoso etc.). Pode-se dizer também que os programas de atenção à saúde são a materialização da ação do Estado no âmbito da saúde (NARVAI, 2008).

Compreenderemos melhor essa abordagem mais ampla do conceito de **saúde e atenção à saúde**, como foco na reorganização dos sistemas de saúde, estudando o movimento moderno da **Promoção da Saúde**. Veja a seguir.

Promoção da Saúde

Promoção da Saúde e Níveis de Prevenção

Dicas

Conheça mais sobre Henry Sigerist em: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/10435.pdf>

A promoção da saúde foi nominada, pela primeira vez, pelo sanitarista Henry Sigerist, no início do século XX. Ele elaborou as quatro funções da Medicina: **promoção da saúde, prevenção das doenças, tratamentos dos doentes e reabilitação**. Segundo a sua concepção, a promoção da saúde envolveria ações de educação em saúde e ações estruturais do Estado para melhorar as condições de vida da população (DEMARZO, 2008).

Leavell & Clark, em 1965, propuseram o modelo da história natural da doença, composto por três níveis de prevenção (*apud* DEMARZO, 2008), descritos no Quadro 1: prevenção primária, secundária e terciária. Nesse modelo, a promoção da saúde se limitava e compunha um nível de atenção da Medicina Preventiva (prevenção primária), constituindo ações destinadas ao desenvolvimento da saúde e bem-estar geral no período de pré-patogênese.

QUADRO 1**A Promoção da Saúde e os Níveis de Prevenção segundo Leavell & Clark (1965)**

| | |
|---|--|
| Primária (promoção da saúde e proteção específica) | A promoção da saúde aparece como prevenção primária, confundindo-se com a prevenção referente à proteção específica (vacinação, por exemplo). Corresponde a medidas gerais, educativas, que objetivam melhorar a resistência e o bem-estar geral dos indivíduos (comportamentos alimentares, exercício físico e repouso, contenção de estresse, não ingestão de drogas ou de tabaco), para que resistam às agressões dos agentes. Também diz respeito a ações de orientação para cuidados com o ambiente, para que esse não favoreça o desenvolvimento de agentes etiológicos (comportamentos higiênicos relacionados à habitação e aos entornos). |
| Secundária (diagnóstico e tratamento precoce; limitação da invalidez) | Engloba estratégias populacionais para detecção precoce de doenças, como por exemplo, o rastreamento de câncer de colo uterino. Também contempla ações com indivíduos doentes ou acidentados com diagnósticos confirmados, para que se curem ou mantenham-se funcionalmente sadios, evitando complicações e mortes prematuras. Isto se dá por meio de práticas clínicas preventivas e de educação em saúde, objetivando a adoção/mudança de comportamentos (alimentares, atividades físicas etc.). |
| Terciária (reabilitação) | Consiste no cuidado de sujeitos com sequelas de doenças ou acidentes, visando a recuperação ou a manutenção em equilíbrio funcional. |

Esse modelo contribuiu para destacar as ações sobre o ambiente e sobre os estilos de vida, além de ações clínicas, o que foi fundamental dentro do processo de transição epidemiológica vivenciado no último século, com as doenças crônico-degenerativas ocupando um lugar de destaque. Dessa maneira, a promoção da saúde, além de se associar a medidas preventivas, passou a englobar a promoção de ambientes e estilos de vida saudáveis (WESTPHAL, 2006).

O Movimento Moderno da Promoção da Saúde

Marc Lalonde, Ministro da Saúde do Canadá na década de 1970, ao investigar o impacto dos investimentos e gastos em saúde na melhoria dos indicadores, constatou que 80% das

causas das doenças estavam relacionadas a estilos de vida e ambiente. Esse foi um disparador para o questionamento sobre a capacidade das ações sanitárias setoriais serem capazes de resolver os problemas de saúde. Isto levou Lalonde a atribuir ao governo a responsabilidade por outras medidas, como o controle de fatores que influenciam o meio ambiente (poluição do ar, eliminação de dejetos humanos, água de abastecimento público) (WESTPHAL, 2006).

Assim, um processo de (re)valorização e (re)conceituação da promoção da saúde começou a surgir, a partir da demanda pelo controle dos custos crescentes referentes à assistência médica – os quais não correspondiam a resultados igualmente significativos, bem como da necessidade de enfrentamento do quadro crescente de doenças crônico-degenerativas numa realidade de envelhecimento populacional (WESTPHAL, 2006).

Nesse contexto, um conceito mais contemporâneo de promoção da saúde surgiu em 1986, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) promoveu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá. Esse encontro consistiu em uma resposta à crescente demanda por uma nova concepção de Saúde Pública no mundo, que pudesse responder à complexidade emergente dos problemas de saúde, cujo entendimento não era mais possível por meio do enfoque preventivista tradicional – vinculação de uma determinada doença a um determinado agente ou a um grupo de agentes – mas que se relacionasse a questões como as condições e modos de vida. Como produto da Conferência, foi emitida a **Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde** (WESTPHAL, 2006).



SAIBA MAIS...

A Carta de Ottawa reforça o conceito ampliado de saúde e seus determinantes para além do setor saúde, englobando conjuntamente as condições biológicas, sociais, econômicas, culturais, educacionais, políticas e ambientais. Ficaram definidos como condições e recursos fundamentais para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (WESTPHAL, 2006).

Nessa concepção, mais moderna, a **promoção da saúde** se define como o processo de fortalecimento e capacitação de indivíduos e coletividades (municípios, associações, escolas, entidades do comércio e da indústria, organizações de trabalhadores, meios de comunicação), no sentido de que ampliem suas possibilidades de controlar os determinantes do PSa e, com isso, ensejem uma mudança positiva nos níveis de saúde. Implica na identificação dos obstáculos à adoção das políticas públicas de saúde e em um modo de removê-los, além de considerar a intersetorialidade das ações, a implementação de ações coletivas e comunitárias, além da reorientação dos serviços de saúde (DEMARZO, 2008).



Assim, a **nova** promoção da saúde consiste em proporcionar às pessoas e comunidades os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. A Carta de Ottawa propôs também cinco campos de ação principais para a **Promoção da Saúde** (DEMARZO, 2008), descritos a seguir, no Quadro 2.

| QUADRO 2 | |
|---|--|
| Cinco Campos de Ação para a Promoção da Saúde (Carta de Ottawa, 1986) | |
| Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis | Minimização das desigualdades por meio de ações sobre os determinantes dos problemas de saúde (equidade). As políticas públicas saudáveis podem ser estabelecidas por qualquer setor da sociedade (intersectorialidade) e devem demonstrar potencial para produzir saúde socialmente. Como exemplos de políticas saudáveis citamos o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Política Nacional de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde. |
| Criação de ambientes favoráveis à saúde | Uma vez que a saúde seja reconhecida como socialmente produzida nos diferentes espaços de convivência, é fundamental que as escolas, os municípios, os locais de trabalho e de habitação sejam ambientes saudáveis. |
| Reforço da ação comunitária | Engloba a participação social (Estado e sociedade civil) na elaboração e controle das ações de Promoção da Saúde e visa o empoderamento da comunidade. Preza pelo fortalecimento das organizações comunitárias, pela redistribuição de recursos, pelo acesso a informações e pela capacitação dos setores marginalizados do processo de tomada de decisões. |
| Desenvolvimento de habilidades pessoais | Viabilizado por meio de estratégias educativas, são programas de formação e atualização que capacitam os indivíduos a participar, criar ambientes de apoio à Promoção da Saúde e desenvolver habilidades pessoais relacionadas à adoção de estilos de vida saudáveis. |
| Reorientação do sistema de saúde | Esforços para a ampliação do acesso, para a efetivação da equidade e para a adoção de ações preventivas por meio da moderna abordagem da Promoção da Saúde. |

**SAIBA MAIS...**

Desde a Carta de Ottawa, a OMS vem organizando novas conferências sobre **Promoção da Saúde** no sentido de reforçar, aprimorar e aprofundar os conceitos e ações definidos em 1986. São elas: (1) Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Adelaide (Austrália), em 1988; (2) Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Sundsvall (Suécia), em 1991; (3) Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Jacarta (Indonésia), em 1997; (4) Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no México, em 2000; (5) Sexta Conferência Global de Promoção da Saúde, realizada em Bancoc (Tailândia), em 2005. (DEMARZO, 2008).

Se analisarmos o histórico do conceito de Promoção da Saúde e, principalmente, as cartas e declarações resultantes das conferências internacionais sobre o tema, notaremos a tendência à adoção de uma **visão holística da saúde** e ao entendimento da **determinação social do processo saúde-doença** e à compreensão da **equidade social** como objetivos a serem atingidos. Assim, a **intersectorialidade**, a **participação social** para o **fortalecimento da ação comunitária** e a **sustentabilidade** são considerados como princípios ao se definirem estratégias de ação (DEMARZO, 2008). O Quadro 3 traz os princípios da Promoção da Saúde atuais (WESTPHAL, 2006).

QUADRO 3

Princípios modernos da Promoção da Saúde (WESTPHAL, 2006)

| | |
|---|--|
| As ações de Promoção da Saúde devem pautar-se por uma concepção holística de saúde voltada para a multicausalidade do processo saúde-doença | As ações devem ser dirigidas às causas primárias dos problemas e não somente as suas manifestações concretas. Por exemplo: fomento à saúde física, mental, social e espiritual, enfatizando a determinação social, econômica e ambiental, uma vez que os níveis de saúde da população estão diretamente relacionados à qualidade e à quantidade de recursos (econômicos, sociais etc.) disponibilizados a cada membro da sociedade, para a sua subsistência. |
| Equidade | Garantir acesso universal à saúde, com justiça social. Para a construção de espaços de vida mais equitativos, são necessárias: a) a análise dos territórios onde as pessoas habitam; b) a detecção de grupos em situação de exclusão; c) a implementação de políticas públicas que façam uma discriminação positiva desses grupos. Isso implica na criação de oportunidades para que todos tenham saúde, reconhecendo que as necessidades são diferenciadas, uma vez que sofrem interferência dos determinantes de saúde na população (renda, habitação, educação etc.). |
| Intersetorialidade | Articula saberes e experiências no planejamento, execução e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas. O desafio colocado para a concretização da intersetorialidade é o modelo tradicional de fragmentação e desarticulação das ações. É necessária uma mudança radical das práticas e da cultura organizacional das administrações, pressupondo a superação da fragmentação na gestão das políticas públicas. |
| Participação social | Diz respeito ao envolvimento dos cidadãos no planejamento, execução e avaliação dos projetos. Para que essa participação seja qualificada, torna-se necessário o empoderamento coletivo, para que a população se torne capaz de exercer controle sobre os determinantes da saúde. |
| Sustentabilidade | A promoção da saúde trabalha com questões de natureza complexa, demanda processos de transformação coletivos, com impactos a médio e longo prazos. Almeja-se a criação de iniciativas de acordo com os princípios do desenvolvimento sustentável e a garantia de processo duradouro e forte. |

Promoção da Saúde X Prevenção de Doenças

Nesse momento, é importante salientarmos a diferença entre **prevenção de doenças** e **promoção da saúde**, lembrando que ambas são importantes para a condição de saúde. Enquanto a primeira trabalha no sentido de garantir proteção a doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações, a **promoção da saúde** moderna visa incrementar a saúde e o bem-estar gerais, promovendo mudanças nas condições de vida e de trabalho capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população, ou seja, facilitar o acesso às escolhas mais saudáveis. A promoção da saúde deve possuir enfoque mais amplo e abrangente, pois deve trabalhar a partir da identificação e enfrentamento dos macrodeterminantes do PSa, procurando transformá-los favoravelmente na direção da saúde.

Para a prevenção, evitar a doença é o **objetivo final**. Para a promoção, o **objetivo contínuo** é um nível ótimo de vida e de saúde, portanto a ausência de doenças não é suficiente (DEMARZO, 2008). O Quadro 4 resume as principais diferenças entre **promoção da saúde** e **prevenção de doenças**.

| QUADRO 4 | | |
|--|------------------------------|-----------------------|
| Diferenças principais entre Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças | | |
| CATEGORIA | PROMOÇÃO DA SAÚDE | PREVENÇÃO DE DOENÇAS |
| Conceito de Saúde | Positivo, multidimensional | Ausência de doença |
| Modelo de Intervenção | Participativo, intersetorial | Profissional de saúde |
| Alvo | População e Ambiente | Grupos de alto risco |

Conceito de Prevenção Quaternária

As ações em saúde, tanto preventivas quanto curativas, têm sido consideradas, em algumas situações, excessivas e **agressivas**, tornando-se também um fator de risco para a enfermidade e a doença. Por essa razão, em 1995, Jamouille e Roland propuseram o conceito de Prevenção Quaternária (Prevenção da Iatrogenia) (ALMEIDA, 2005), aceito pelo Comitê Internacional da Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA) em 1999. Esse novo nível de prevenção pressupõe ações clínicas centradas na pessoa, e pautadas na epidemiologia clínica e na saúde baseada em evidências, visando melhorar a qualidade da prática em saúde, bem como a racionalidade econômica. Portanto, as ações devem ser cultural e cientificamente aceitáveis, necessárias e justificadas, prezando pelo máximo de qualidade da atenção com o mínimo de quantidade/intervenção possível.

Outro objetivo da prevenção quaternária é construir a autonomia dos usuários e pacientes por meio de informações necessárias e suficientes para poderem tomar suas próprias decisões,

sem falsas expectativas, conhecendo as vantagens e os inconvenientes dos métodos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos propostos. Em suma, consiste na construção da autonomia dos sujeitos e na detecção de indivíduos em risco de **sobretreatamento** ou **excesso de prevenção**, para protegê-los de intervenções profissionais inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis (ALMEIDA, 2005).

Promoção da Saúde no Brasil

No Brasil, em 2006, o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Promoção da Saúde (ALMEIDA, 2005), com o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes (modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais). O documento traz a promoção da saúde como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo para a construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (DEMARZO, 2008). O Quadro 5 elenca ações específicas propostas por essa política (ALMEIDA, 2005).

QUADRO 5

Ações propostas pela Política Nacional da Promoção da Saúde (ALMEIDA, 2005)

- Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde;
- Alimentação saudável;
- Prática corporal/atividade física;
- Prevenção e controle do tabagismo;
- Redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas;
- Redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito;
- Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz;
- Promoção do desenvolvimento sustentável.

Concluindo essa tema, podemos dizer que os princípios da **promoção da saúde**, definidos pela OMS na Carta de Ottawa, de 1986, têm servido de guia para as ações de promoção da saúde mundo afora, sendo considerados por muitos como **a nova saúde pública**, na qual as práticas de saúde são cada vez mais desenvolvidas em outras agências e setores, para além dos serviços sanitários, como por exemplo, a escola, o local de trabalho, o comércio, a indústria e a mídia (DEMARZO, 2008).

A seguir veremos os princípios da **Atenção Primária à Saúde**, e suas correlações com os conceitos vistos até o momento, dentro da lógica de (re)organização dos sistemas de saúde.

Atenção Primária à Saúde

Antecedentes Históricos

A história da (re)organização de serviços e sistemas de saúde orientados pelos princípios da **Atenção Primária à Saúde** (APS) é marcada por uma trajetória de sucessivas reconstruções até se consolidar como uma política de reforma, uma alternativa diante da permanente crise (financeira e de resultados) dos sistemas de saúde contemporâneos. Do ponto de vista administrativo, o delineamento teórico de um sistema de saúde hierarquizado e integrado em rede – baseado na assistência primária, secundária e em hospitais terciários –, surge em 1920, na Inglaterra, com as propostas do “Relatório Dawson” (*apud* WESTPHAL, 2006).

Porém, foi o clássico estudo de White et al. (WHITE, 1961) que alertou definitivamente para a **atenção médica primária**, ao demonstrar que a imensa maioria do cuidado médico nos EUA e Reino Unido era realizada neste nível de atenção, muitas vezes em centros de saúde comunitários, evidenciando que o atendimento em hospitais universitários representava apenas uma discreta fração do total.

Vale ressaltar que o modelo de atenção baseado em centros de saúde comunitários remontava a iniciativas pioneiras francesas do final do século XIX, e americanas do início do século XX (GIL, 2006), nas quais já se promoviam e efetivavam conceitos-chave, muitos incorporados pela APS no futuro: população de risco; ações de base territorial; descentralização; assistência social; prevenção associada à assistência médica; educação sanitária; ações sobre o meio ambiente; co-gestão e controle por colegiados e conselhos; assistentes de quarteirão, e rede de atenção à saúde organizada em distritos.

Entretanto, a discussão conceitual nesse campo, como percebemos hoje, está intimamente relacionada à história da Conferência Internacional de Alma-Ata (WESTPHAL, 2006; ALMEIDA, 2005), como veremos a seguir.

Dicas

O Relatório Dawson tornou-se um marco na história da organização dos sistemas de saúde. Ele propõe a implantação de um sistema integrado de medicina preventiva e curativa por meio de ações primárias, secundárias e terciárias. O Relatório Dawson está na base do sistema de saúde britânico e inspirou a organização de sistemas de saúde em vários outros países.

Considera-se que o termo APS (*Primary Health Care*) tenha sido descrito pela primeira vez em documentos oficiais ainda no início da década de 1970, nas páginas da *Contact*, revista da Comissão Médica Cristã (CMC), ligada ao Conselho Mundial de Igrejas e Federação Mundial Luterana (MELLO, 2009). A CMC, com larga experiência em países em desenvolvimento, assumia a defesa da intervenção no nível local das comunidades, com o treinamento de agentes de saúde e métodos acessíveis, ao perceber que as ações missionárias, em sua maioria baseada em hospitais, apresentavam baixo impacto na saúde da população. Essa instituição foi responsável pela apresentação de várias experiências em saúde básica para a OMS, e, em 1974, foi chamada para estabelecer uma colaboração formal nas discussões sobre APS (MELLO, 2009).

Em 1975, o relatório **A Promoção de Serviços Nacionais de Saúde** (*The Promotion of National Health Services*), incorporou, pela primeira vez, a expressão APS aos documentos da OMS, defendendo a atenção primária como caminho para serviços de saúde mais efetivos (MELLO, 2009). Entretanto, ainda faltava uma base conceitual mais clara sobre o modelo, o que incentivou uma proposta de conferência internacional sobre o tema, capitaneada pela OMS (MELLO, 2009).

Tempo e esforços consideráveis foram então investidos na tarefa de dar conteúdo à expressão **APS**. Discussões em torno do papel do Estado e da forma de financiamento, a referência à pobreza e grupos vulneráveis, assim como a necessidade de se estabelecer uma definição geral que coubesse em realidades muito distintas, tornaram-se desafios. Isso fez com que a conceituação da APS tomasse um aspecto mais genérico, esperando que cada país construísse o seu conceito e suas práticas em processo (MELLO, 2009).

Assim, durante a Conferência que culminou com a Declaração de Alma-Ata, organizada pela OMS em 1978, na antiga União Soviética, a saúde foi reconhecida como direito fundamental das pessoas e comunidades, sendo enfatizado o acesso universal aos serviços de saúde e a intersetorialidade das ações, ficando evidenciada a APS como estratégia básica para a consecução desses objetivos (MELLO, 2009). O lema **Saúde para Todos no ano 2000** foi o mote das discussões, o qual seria alcançado pelo desenvolvimento da APS e seus princípios em todos os países do mundo. A figura a seguir traz uma imagem panorâmica da Conferência de Alma-Ata, em 1978.



Figura 1: Conferência de Alma-Ata, na antiga União Soviética, Organização Mundial da Saúde, 1978.
(créditos: PAHO/WHO)

A APS foi definida então como “atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitos, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade, a um custo que tanto a comunidade quanto o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde” (*apud* STARFIELD, 1998).

Definiram-se, também, os elementos essenciais da APS para aquele momento histórico, como apontado anteriormente, sendo muitos deles similares aos dos centros de saúde comunitários: educação em saúde conforme as necessidades locais; promoção de nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico apropriados; atenção materno-infantil (incluindo o planejamento familiar); imunização; prevenção e controle das doenças endêmicas; tratamento apropriado das doenças comuns e acidentes na comunidade, e distribuição de medicamentos básicos e essenciais. Esses elementos nortearam a evolução do conceito de APS e de seus princípios até os dias de hoje (STARFIELD, 1998).

Princípios Modernos da APS

Podemos circunscrever, apoiados no trabalho de Barbara Starfield, uma das mais importantes autoras da área, os princípios gerais da APS, com base na Declaração de Alma-Ata de 1978 e na evolução do conceito até os dias de hoje: oferta de ações de atenção à saúde integradas e acessíveis segundo as necessidades locais, desenvolvidas por equipes multiprofissionais responsáveis por abordar uma ampla maioria das necessidades individuais e coletivas em saúde, desenvolvendo uma parceria sustentada com as pessoas e comunidades (STARFIELD, 1998).

A mesma autora resume os princípios da APS em quatro **características ou atributos** essenciais (primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação), mais três derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural), explicitados na figura a seguir.

Assim, a APS deve ser o **primeiro contato** preferencial das pessoas com o sistema de saúde, sem restrição de acesso às mesmas, independente de gênero, condições socioculturais e problemas de saúde; com abrangência e **integralidade** das ações individuais e coletivas; e continuidade (**longitudinalidade**) e **coordenação** do cuidado ao longo do tempo, tanto no plano individual, quanto no coletivo, mesmo quando houver necessidade de referenciamento das pessoas para outros níveis e equipamentos de atenção do sistema de saúde. Deve ser praticada e orientada para o contexto **familiar** e **comunitário**, entendidos em sua estrutura e conjuntura socioeconômica e **cultural** (STARFIELD, 1998; 2005).

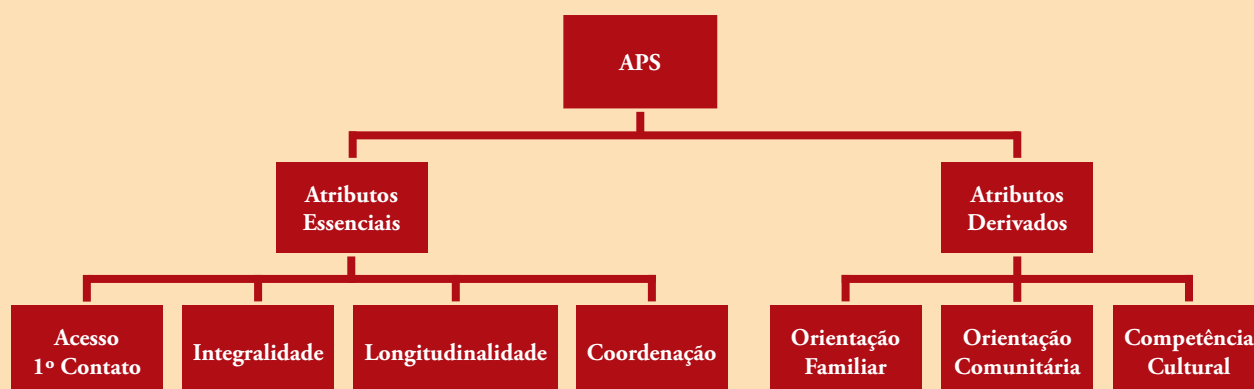


Figura 2- Atributos essenciais e derivados da APS (STARFIELD, 1998; 2005).

Sabe-se hoje, por diversos estudos científicos, que um sistema de saúde com forte referencial na APS é mais efetivo, mais satisfatório para as pessoas e comunidades, tem menores custos, e é mais equitativo – **mesmo em contextos de grande iniquidade social** (STARFIELD, 2005).

Assim, a APS vem sendo entendida como o primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde nacionais, regionais e locais, como também como estratégia política e princípios para a (re)organização dos serviços e sistemas de saúde. Para tal, necessita de práticas profissionais específicas e construídas em um modo complexo, integral e sistêmico de pensar o PSa, incorporando o conceito mais moderno de **promoção da saúde** apresentado anteriormente.

No Brasil, adota-se muitas vezes o nome de **Atenção Básica** para tratar dos mesmos princípios e características, cuja expressão atual na política de saúde é a **Estratégia Saúde da Família**.

Conclusão

Podemos concluir, em uma visão ampliada e positiva de **saúde** e **atenção à saúde** que, a rigor, os **sistemas de saúde** não deveriam se confundir com **sistemas de serviços de saúde**, pois os mesmos não seriam restritos à produção de cuidados setoriais, mas envolveriam, além das ações e serviços específicos do setor saúde, também as ações intersetoriais (educação, saneamento etc.).

Dois grandes movimentos internacionais apresentam essa perspectiva, com grande influência sobre as políticas públicas de saúde no Brasil, especificamente na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: o movimento moderno da **Promoção da Saúde**, e o movimento da **Atenção Primária à Saúde**.

Referências

ALMEIDA, L.M. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, vol. 23, 1, p. 91-96, 2005.

BRASIL. Política Nacional de Promoção da Saúde. Visa promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2006.

DEMARZO, M.M.P.; AQUILANTE, A.G. Saúde escolar e escolas promotoras de saúde. In: **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2008. vol. 3, p. 49-76.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 22, 6, p. 1171-1181. 2006.

MELLO, G.A.; FONTANELLA, B.J.B.; DEMARZO, M.M.P. Atenção básica ou atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, vol. 12, p. 204-213. 2009.

NARVAI, P.C.; PEDRO, P.F.S. Práticas de saúde pública. et al. In: **Saúde pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008, p. 269-297.

STARFIELD, B. **Primary care: balancing health needs, services and technology**. UK: Oxford University Press, 1998.

_____. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Memorial Fund Quartely**, New York, vol. 83, 3, p. 457-502. 2005.

TAKEDA, S.A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: DUNCAN, B.; SCHMIDT M.I.; GIUGLIANI E. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 76-87.

WESTPHAL, M.F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 635-667.

WHITE, K.L.; WILLIAMS, T.F.; GREENBERG, B.G. The ecology of medical care. **New england journal of medicine**. New England: Vol. 265, p. 885-892. 1961.