



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

## ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: (RE) CONHECENDO TRAJETÓRIA E CONCEITO

<sup>1</sup>MEGIER Elisa Rucks, <sup>1</sup>HALBERSTADT Bruna Marta Kleinert, <sup>1</sup>GUETERRES Évilin Costa,  
<sup>2</sup>SILVA Laís Mara Caetano da and <sup>2</sup>WEILLERTeresinha Heck

<sup>1</sup>MSc do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil

<sup>2</sup>PhD em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil

### ARTICLE INFO

#### Article History:

Received 08<sup>th</sup> August, 2019  
Received in revised form  
22<sup>nd</sup> September, 2019  
Accepted 29<sup>th</sup> October, 2019  
Published online 20<sup>th</sup> November, 2019

#### Key Words:

Atenção Primária à Saúde, Atenção Primária Seletiva, Atenção Primária Abrangente, Modelo de Atenção, Sistema de Saúde.

### ABSTRACT

O presente estudo tem como objetivo (re)conhecer a trajetória histórica e o conceito da Atenção Primária à Saúde. Propõe-se um estudo teórico-reflexivos desenvolvidos nos subcapítulos “Atenção Primária à Saúde: de Dawson à Alma Ata”; “Atenção Primária à Saúde: de Alma Ata à Astana” e “Atenção Primária à Saúde no Brasil”. Conhecer um pouco da trajetória histórica e dos conceitos da APS se faz necessário para compreender como os Sistema de Saúde desenvolvem suas ações em saúde. Percebe-se que no Brasil há influências do cenário mundial para desenvolver suas ações e definir seu modelo de saúde.

Copyright © 2019, Francisca Bruna Arruga Aragão et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: MEGIER Elisa Rucks, HALBERSTADT Bruna Marta Kleinert, GUETERRES Évilin Costa, SILVA Laís Mara Caetano da and WEILLERTeresinha Heck. 2019. “Atenção primária à saúde: (re) conhecendo trajetória e conceito”, *International Journal of Development Research*, 09, (11), 31155-31158.

### INTRODUCTION

O Modelo de Atenção Primária à Saúde volta-se a promoção da saúde e a prevenção de agravos, este, contrapõe-se ao modelo hegemônico biomédico que está centrada no reducionismo biológico, curativista e individual. Dentre os movimentos mundiais a favor de um modelo voltado para a APS, destacam-se como marcos históricos a divulgação do Relatório Dawson em 1920, a Conferência de Alma-Ata, em 1978, e mais recentemente a Conferência de Astana em 2018. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011; WHO, UNICEF, 2018). No Brasil, as discussões de APS seletiva ou abrangente culminaram na Reforma Sanitária e posteriormente, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Propondo um novo modelo de saúde orientada para Atenção Primária à Saúde, conhecido como Atenção Básica. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi aprovado na Constituição Federal do Brasil de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8080/1990, e está consolidado em princípios e diretrizes que visam a universalidade, a equidade, a integralidade, a regionalização, a hierarquização e a participação social (BRASIL, 1990; BRASIL, 2011).

A aproximação com o tema proposto decorre de ações realizadas durante a graduação em Enfermagem, no ano de 2015, oportunidade de atuação em espaços de gestão em saúde e, para aprimorar o desenvolvimento de conceitos sobre a temática o presente estudo tem como objetivo (re)conhecer a trajetória histórica e o conceito da Atenção Primária à Saúde. Propõe-se um estudo teórico-reflexivo, desenvolvido a partir da revisão narrativa da literatura (RNL). Este tipo de estudo é apropriado para discutir o desenvolvimento ou “estado da arte” da Atenção Primária à Saúde e, conforme Brum *et al* (2015), investigar uma temática abrangente possa focalizar tendências ou sua produção global. Essas aproximações podem ocorrer através das produções provenientes de livros, sites, revistas, vídeos, manuais ministeriais, políticas públicas, anais de eventos e demais fontes que possam contribuir com o estudo proposto. Durante o primeiro semestre de 2019, foi realizada a busca das produções em recursos informacionais, na base de dados eletrônica Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no portal da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e no buscador acadêmico do Google Acadêmico. Foi realizada a leitura dos resumos das produções encontradas e aquelas que responderam ao proposto pelo estudo foram lidas na íntegra.

## DESENVOLVIMENTO

Os resultados dos estudos serão apresentados em subcapítulos, intitulados: “Atenção Primária à Saúde: de Dawson à Alma Ata”; o segundo “Atenção Primária à Saúde: de Alma Ata à Astana” e o terceiro “Atenção Primária à Saúde no Brasil”.

### Atenção Primária à Saúde: de Dawson à Alma Ata

A Atenção Primária à Saúde, atualmente, é reafirmada mundialmente como um modelo de assistência ordenadora do cuidado à saúde da população, no entanto, concepção advém de uma trajetória histórica, de construção e desconstrução de conceitos. A primeira aproximação com a APS foi descrita no Relatório Dawson em 1920, no Reino Unido, como uma forma de organização integral, regionalizada e hierarquizada do sistema de saúde de assistência primária, secundária e terciária nos hospitais de ensino (OPAS, 2007). Starfield (2002) e Mendes (2005) apontam o Relatório Dawson como um “clássico documento” que sinalizou as funções de cada nível da APS a partir das necessidades da população. Apesar dessa conceitualização fomentar os demais Sistemas de Saúde no mundo, a concepção de saúde estava fortemente associada ao reducionismo biológico, centrado na atenção curativista e individual de médicos, proposta pelo Modelo Flexneriano de Saúde (MENDES, 2015). Entre as décadas de 1920 a 1970 o cenário político mundial estava desfavorável às discussões relacionadas à saúde e concentravam-se, principalmente, nas ditaduras e pelo domínio do poder bélico e de capital. (STARFIELD, 2002; OPAS, 2007; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). As discussões voltadas à saúde foram retomadas a partir da criação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, em 1948, voltando-se à medicina de família e comunidade, desencadeando novos processos e pressões aos Órgãos Mundiais a intervir na atuação à saúde. Em resposta, durante a década de 1960, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu alguns programas e intervenções para erradicar doenças transmissíveis, como a malária, e combater o combate às endemias na África e na América Latina, especialmente.

Estes, porém, eram verticais, direcionado a determinada população e patologias além de estarem associadas ao modelo médico hegemônico especializado e intervencionista (STARFIELD, 2002; OPAS, 2007). As intervenções propostas, no entanto, não correspondiam às necessidades das populações desarticuladas às práticas populares e autonomia das pessoas em relação a sua saúde. Essas foram inspiradas nas práticas dos “médicos descalços chineses” e difundidas mundialmente pela Comissão Médica Cristã do Conselho Mundial das Igrejas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Tal contexto favoreceu a realização da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde em 1978, realizada pela OMS e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e com sede na cidade de Alma Ata na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). Contou com a participação de 134 governos, e algumas não adesões de representações relacionaram-se aos conflitos históricos, financeiros e bélicos, a exemplo do Governo Chinês que propôs a Conferência, porém, não participou. A Declaração de Alma Ata, documento resultante da Conferência, foi ratificado em 1979 pela Assembleia Geral da OMS e, nesta oportunidade, fora lançado a Estratégia de Saúde para Todos no Ano 2000, marco legal orientador para os estados-nações conformarem os seus sistemas nacionais de

saúde (OPAS, 2007; OMS, 2008; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

### Atenção Primária à Saúde: de Alma Ata à Astana

As discussões em Alma Ata relacionaram-se as altas desigualdades, desenvolvimento econômico e social, focalizando na realização da meta “Saúde para Todos no Ano 2000”. Esta objetivou atingir um nível de saúde e vida social, economicamente produtiva com participação individual e coletiva, que envolva no planejamento dos cuidados à saúde e definiu o conceito de saúde (OPAS, 2007; OMS, 2008):

*Estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. (OMS, p. 01, 1978).*

Discutiram-se as relações dos governos em formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para lançar/sustentar os cuidados primários de saúde, através da vontade política, mobilização de recursos do país e dos recursos externos disponíveis (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Os cuidados primários foram definidos pela OMS (p.01, 1978) como:

*“essenciais à saúde, baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis... representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade ”*

A Conferência ressaltou a participação de governos, organizações, entidades e agências financeiras para efetivar e apoiar como compromisso os cuidados primários. Algumas das entidades que participaram da Conferência criticaram a Declaração pelo caráter abrangente e pouco propositiva da APS diante de um contexto internacional de baixo crescimento econômico e governos conservadores (OPAS, 2007; OMS, 2008; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Decorrente disso, em 1980, definiu a APS Seletiva como um “pacote” de intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países em desenvolvimento a fim de acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil, na desidratação oral, no aleitamento materno, nas imunizações, suplementação alimentar, alfabetização feminina e no planejamento familiar (OMS, 2008).

Essas intervenções apresentaram-se resolutivas e com um bom custo-benefício, porém, desconsideraram a garantia das necessidades básicas e questões políticas socioeconômicas para a melhoria da situação de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Essas compreensões suscitaram movimentos sociais a discutir a saúde como um direito humano, de reduzir as desigualdades sociais e garantir a equidade em saúde, por meio de políticas de desenvolvimento inclusivas por compromissos financeiros e de legislação. Desta forma, em 2003, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) impulsionaram um movimento de Renovação da APS para fortalecê-la. Em 2005, foi lançado o documento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” defendendo a necessidade de se alcançar a atenção universal e abrangente (OPAS, 2007;

OMS, 2008). Em 2008 a OMS, em alusão às comemorações dos “30 anos da Declaração de Alma Ata”, divulgou-se o Relatório “Atenção Primária à saúde: Agora Mais do que Nunca” (OMS, 2008). A fim de impulsionar e revitalizá-la, conforme Giovanella e Mendonça (2016, p.21):

*Como coordenadora de uma resposta integral em todos os níveis de atenção, não mais um programa ‘pobre para pobres’; integrando um conjunto de reformas para a garantia de cobertura universal e institucionalizando a participação social.*

Como estratégia de reorganização dos sistemas de saúde e garantia da APS, propôs-se orientá-la através dos Atributos Essenciais da APS, proposto por Starfield (2002). Enfatiza-se uma APS voltada para a comunidade, centrada no cuidado à família, com ‘competência cultural’ de comunicar e reconhecer as diferentes necessidades dos grupos populacionais. Esses atributos são definidos como as características necessárias para desenvolver a APS abrangente e coordenadora do cuidado (STARFIELD, 2002; OMS, 2008; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Nessa perspectiva, aponta-se que os Sistemas de Saúde orientados pelos Atributos da APS são resolutivos e associam-se a resultados eficientes, gerando impactos positivos em indicadores da situação de saúde, além de demonstrarem a redução de custos em procedimentos e medicamentos, quando os recursos adequados são repassados à APS (STARFIELD, 2002). Destaca-se que, quando fortalecida, a APS pode resolver de 80% a 90% dos problemas de saúde de uma população. Compromisso que foram reafirmados na Declaração de Astana, na Conferência Global sobre Atenção Primária, em 2018 na cidade de Astana (WHO, UNICEF, 2018).

### **Atenção Primária à Saúde no Brasil**

Paralelamente aos desdobramentos internacionais, no Brasil também ocorreram momentos significativos na definição da APS no seu sistema de saúde. Enquanto era lançado o Relatório Dawson no início do século XX, a saúde brasileira era desenvolvida por meio de campanhas sanitárias, na organização de serviços de profilaxia, de caráter curativo e individual na saúde pública, principalmente na população urbana. (OPAS, 2007; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; MENDES, 2015). Na década de 1970, houve um aprofundamento da crise econômica e aumento das dificuldades dos sistemas sociais e de saúde, emergindo financiamento de organismos internacionais para implementar práticas de medicina comunitária e reformas nas estruturas assistências à saúde. As propostas foram desenvolvidas pelas Universidades por meio de atividades de extensão acadêmica e por disparar o debate nacional sobre as discussões de APS da Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde em Alma-Ata, a qual o governo brasileiro não participou (OMS, 2008; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Desta forma, a APS entra na agenda brasileira na criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Neste contexto, surgiu a expressão Atenção Básica para se referir a ações e intervenções com base no que foi proposto como APS na Declaração de Alma Ata. Porém, não há um consenso entre autores ou o real motivo que pelo qual convencionou-se assumir a denominação “Atenção Básica”, indícios apontam essa nomenclatura como uma opção ideológica contra ao caráter seletivo que tomou a APS após a definição de intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países em desenvolvimento, em 1980

(GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Desenvolve-se nesse contexto a Reforma Sanitária brasileira, um movimento para reorganização dos serviços básicos através da unificação do sistema de saúde e da valorização do primeiro nível de atenção. O movimento envolveu estudantes, profissionais de saúde, residentes, professores de departamentos de medicina preventiva e social e técnicos dos ministérios setoriais. Esse processo, culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e na proposição do Sistema Único de Saúde (SUS), um novo modelo de saúde promulgado na Constituição Federal do Brasil de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8080/1990 (BRASIL, 1990; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; MENDES, 2015).

A expansão dos cuidados primários repercutiu nos Programas de Saúde da Família (PSF) do mesmo, os quais objetivam as proposições da APS abrangente, ao invés da APS seletiva. O PSF se caracterizou como uma estratégia de integração e promoção de atividades em determinado território para enfrentar a resolução de problemas. Já a experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, apesar de ser desenvolvida nos pressupostos da APS seletiva, impactou positivamente na redução da mortalidade infantil e no empoderamento de mulheres da área rural e foi expandida a fim de consolidar-se como atividade de Atenção Primária à Saúde (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012). Os modelos de PSF/PACS demonstraram-se resolutivos e foi acelerada em municípios de pequenos portes e com baixa capacidade instalada, ao contrário dos municípios de grande porte, com alta concentração demográfica e oferta assistencial privada. Essas ações, não foram suficientes para desvincular-se da APS seletiva e consolidar os princípios e diretrizes do SUS. Implementou-se um modelo voltado à Saúde da Família para aproximar-se da APS abrangente. (OPAS, 2007; OMS, 2008; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Diante desse contexto, o Ministério da Saúde aprova em 2006 a Política Nacional de Atenção Básica. Esta ampliou a concepção e incorporou os atributos da APS abrangente e a definiu como porta de entrada preferencial do SUS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Para ampliar a resolutividades as Equipes de Saúde Família (EqSF) e diminuir tais contradições, em 2008 o Ministério da Saúde idealiza e incentiva financeiramente a criação de Núcleos de Apoio à Família (NASF) como apoio matricial. (BRASIL, 2011; GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012; MENDES, 2015).

A sistematização de outras maneiras de implementação da APS foi ampliada na segunda Edição da PNAB, em 2011. Nessa, definiu-se a organização territorial da APS como porta de entrada, ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado à Saúde. A RAS é pontuada por Mendes (2015) como arranjos organizativos entre os Serviços de Saúde, e que serão desenvolvidas as diferentes ações de saúde que buscam garantir a integralidade do cuidado através de sistemas de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. A OPAS (2018), na versão preliminar do “Relatório 30 anos de SUS. Que SUS para 2030?”, destaca que dentre essas barreiras, o principal problema do Sistema está relacionado ao financiamento e a insuficiência de recursos públicos disponíveis para sua consolidação. Dentre as estratégias propõem-se a ampliar e consolidar as ESF, bem como os atributos essenciais e derivados da APS, qualificação profissional em relação às tecnologias de cuidado e desenvolvimento de um sistema de regulação centrado na APS. Tais estratégias, no entanto, vão

de encontro as proposições da terceira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017 (Esta foi promulgada em um cenário político desfavorável à defesa da saúde, o qual encontra-se em instabilidade política, econômica e de austeridade fiscal (GUIMARÃES, 2016; MOROSINI, FONSECA, 2018). Na “nova” PNAB, a perspectiva de realização e procedimentos como capacidade de resolução, retomando o caráter de uma APS seletiva. Ademais, admite uma equipe mínima de Atenção Básica e/ou Saúde da Família, recua a presença de ACS's, diferenciação no regime de trabalho, na carga horária e no vínculo dos profissionais.

### Considerações Finais

A conceituação da APS permite compreender como os Sistemas de Saúde Mundiais estão sendo delineados e conduzidos. Percebe-se que essas orientações dependem muito da trajetória histórica financeira e cultural de cada contexto. No Brasil percebe-se que há evidências de que a partir da implementação do SUS, foram efetivadas e consolidadas algumas propostas da APS. Essas se manifestam, através do alcance as necessidades da população, redução da mortalidade infantil, ampliação do acesso aos serviços de saúde para populações vulneráveis a fim de garantir a resposta integral. Apesar disso, percebe-se que existem barreiras a serem superadas para desenvolver a APS como primeiro nível de atenção seja pelo padrão cultural hospitalocêntrico, a fragmentação da oferta de ações e serviços e responder a capacidade de resposta aos desafios. Isso, acaba inviabilizando a APS como coordenadora do cuidado. Conhecer um pouco da trajetória histórica e dos conceitos da APS se faz necessário para compreender como os Sistema de Saúde desenvolvem suas ações em saúde. Percebe-se que no Brasil há influências do cenário mundial para desenvolver suas ações e definir seu modelo de saúde.

### Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da coordenação de aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

### REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes

Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 out. 2011. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)

BRUM, C. N.; et al. Revisão Narrativa de literatura: aspectos conceituais e metodológicos na construção do conhecimento da Enfermagem. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (orgs.). Metodologias da pesquisa para a Enfermagem e saúde: da teoria à prática. Porto Alegre: Mória, 2015. cap. 5, p. 123-142.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

GUIMARÃES, J. et al. (Org.). Risco e futuro da democracia brasileira: direito e política no Brasil contemporâneo. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2016. 472p.

MENDES, E. V. A construção social da atenção primária à saúde. Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MOROSINI, M. V. G.C.; FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? Cad. Saúde Pública, v. 33, n. 33, p. 2017. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/csp/2017.v33n1/e00206316/en>>. Acesso em 23 mai. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (org.). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_coordenada\\_APS\\_construindo\\_redes\\_atencao\\_sus\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_coordenada_APS_construindo_redes_atencao_sus_2ed.pdf)>. Acesso em 18 mai. 2019.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 725p, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). Global Conference on Primary Health Care From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals 2018. Disponível em: <<http://rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2018/10/gcphc-declaration.pdf>>

\*\*\*\*\*