

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Prof^a. Dra. Luciana Melo de Moura

- SUS está organizado em níveis de atenção à saúde: Primária, Secundária e Terciária
- Atenção primária à saúde ou atenção básica
- Programa Saúde da Família concebido a partir da implementação do SUS, criado em março de 1994
- Por ser muito mais que um programa (ideia de caráter temporário)
- Ideia de estratégia para alterar a lógica de prestação de assistência à saúde, para constituição de um novo modelo de atenção à saúde em substituição ao antigo biomédico, curativo, centrado no na doença, hospitalar e de especialidade

Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica

- Estratégia para reorientar e organizar o sistema de saúde com o pressuposto de responder as necessidades da população, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais, viabilizando o direito social à saúde.
- Reorganização da prática assistencial
- Principal estratégia para aumentar a cobertura da população aos serviços de atenção básica

- Fundamentada no:
- acesso universal e contínuo dos serviços de saúde de qualidade e resolutivos
- porta de entrada, e com funcionamento em território adscrito,
- relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita;
- na atenção integral;
- na valorização dos profissionais de saúde mediante estímulo na sua formação e capacitação;
- na avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados, como parte de processo de planejamento e programação;
- no estímulo à participação popular e ao controle social.

- Equipe mínima: médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, ACS
- podendo acrescentar equipe de saúde bucal: cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal
- Cada equipe responsável por no máximo 4000 pessoas, média recomendada de 3000
- Até 12 ACS, população por ACS não deverá ultrapassar 750 pessoas
- Carga horária semanal de 40h

- Implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008.
- NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de PTS, educação permanente, intervenções no território, ações intersetoriais, ações de promoção e prevenção e etc

- Vários estudos demonstraram melhores indicadores de saúde (redução de mortalidade, morbidade, agravos) aliada a uma redução dos gastos em saúde
- (Kringos et al. 2010; Starfield, 2010; Macinko et al. 2010; Szwarcwald et al. 2010; Friedberg et al. 2010; Macinko et al. 2011).

- Capacidade de resolver aproximadamente 85% dos problemas de saúde e prevenir doenças (Rosa et al 2005)
- Redução de internações por condições sensíveis à atenção primária (Varkey, Horne, Bennet, 2008)
- Melhoria de indicadores socioeconômicos da população, pois nas regiões mais pobres do país a implementação da ESF está associada ao crescimento da oferta de emprego, à redução da fertilidade e à presença de adolescentes nas escolas (Brasil, 2007).

- A estratégia de saúde da família tornou-se uma política de estado (PNAB- 2012), e deveria estar presente na agenda dos gestores do SUS e ser uma prioridade na **coordenação das redes de atenção à saúde**.
- Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011: **ordenador da rede de atenção à saúde** (Recomendação da OMS/OPAS)
- Deve possuir alto grau de descentralização, capilaridade. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde.

- Função da APS na rede
- desempenha a função de coordenação do sistema de atenção à saúde, cabendo a ela integrar verticalmente os serviços que, normalmente, são ofertados, de forma fragmentada, pelos sistemas de saúde convencionais.

- **Cobertura: Equipes de saúde da família no DF**
- Com base: 2.648.532 hab
- Proporção de cobertura populacional estimada 31,52%
- Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB Out/2015
- PORTARIA Nº 2.355, DE 10 DE OUTUBRO DE 2013
- cálculo do teto máximo de Equipes de Saúde da Família: População/2.000.

- Inquietações
- A quem interessa a elevação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família?
- Sistema de saúde híbrido, com lógica de funcionamento completamente inversa (público X privado), no SUS é previsto a complementariedade do serviço. Eis o desafio de ser único ...
- A principal bandeira era a mudança do paradigma da saúde, hospitalocêntrico, biomédico. Será que nós esquecemos dos princípios dos SUS e da responsabilidade que foi atribuída a APS, como principal estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde?

- Trabalhamos com doença e não com saúde, porque possuímos baixas coberturas de ESF ...
- Prioridade governamental: pronto socorro, hospitais, UPAS: superlotação, longas horas de espera por atendimento nas emergências, necessidade sempre crescente por leitos de UTI
- Quem são os pacientes que necessitam de leito de UTI? Por acaso são aqueles que não tiveram suas demandas de saúde contempladas na AB?

- Como melhoramos os indicadores de saúde:
EDUCAÇÃO E ALTAS COBERTURAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA
- Quão resolutiva tem sido a ESF no DF?
- Por que ao longo da trajetória histórica do serviço de saúde no DF sempre se investiu mais na atenção secundária e terciária e menos na atenção primária?

- ESCS- Curso de Enfermagem
- articulação do ensino-serviço-comunidade
- Utiliza metodologia ativa
- Os professores estão inseridos no serviço, pois são servidores da SES-DF
- Campo de estágio na SES-DF
- formar enfermeiros de excelência com perfil voltado para atenção integral à saúde do indivíduo, família e comunidade, sem perder de vista as demandas do mercado de trabalho em consonância com as diretrizes do SUS, priorizando a formação generalista do enfermeiro.
- Formar enfermeiros para o SUS