

Atenção Primária à Saúde Diferente de Prevenção e Promoção

Elexandra Helena Bernardes¹, Maria José Bistafa Pereira², Nilzemar Ribeiro de Souza³

Resumo: Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa com o objetivo de identificar a concepção que os enfermeiros de Saúde da Família possuem sobre a Atenção Primária à Saúde (APS). Identificamos nos discursos que a APS apareceu atrelada a idéia de prevenção e promoção. Nesse sentido, acreditamos que isto se deva a confusão da APS com o primeiro nível de prevenção da História Natural das Doenças, não se mantendo assim, de acordo com os entrevistados, uma diferenciação entre os termos prevenção e atenção.

Palavras-chave: Cuidados Primários de Saúde; Saúde da Família; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), de acordo com Brasil (2001), surge em 1978, na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata. Emerge como estratégia de planejamento e de funcionamento de adequadas medidas sociais e sanitárias alinhadas ao enfoque de 'Saúde para todos no ano 2000'.

Inicialmente adotada com uma intenção mais imediata de ampliação e organização da cobertura dos serviços e ações de saúde. Entretanto, Feix s.d. afirma que, ela não se opõe a qualquer escola ou movimento histórico de saúde pública, mas recupera tudo aquilo de mais útil que tinha sido revelado através do tempo, como as promissoras inovações aplicadas pela Medicina Comunitária, a partir dos anos 60, nos modelos de saúde da URSS, China e Cuba, bem como as bem sucedidas experiências da Inglaterra e da Suécia. Essas, conforme o autor, racionalizaram os custos, ampliaram a cobertura e impactaram favoravelmente os indicadores de saúde e de qualidade de vida em vários países, por meio da aplicação de técnicas de planejamento e de administração científica de sistemas de saúde.

De acordo com Franco e Merhy (2003) as propostas surgidas nessa Conferência foram fundamentadas, em grande parte, pela conjuntura de recessão econômica vivida, naquele período, pelo capitalismo. Tal conjuntura foi marcada por uma situação de miséria, para grande parte da população mundial, e por uma extrema desigualdade em saúde e serviços sanitários existentes.

Os autores continuam dizendo que as propostas partem de uma lógica racionalizadora, com ênfase nos princípios de extensão de cobertura dos serviços de saúde. Os objetivos são responder aos investimentos necessários à assistência, alcançar menores custos possíveis e atender a contingentes populacionais excluídos.

Assim, observamos que a lógica pensada é a de que

os estados não mais teriam recursos suficientes para o custeio dos sistemas de saúde. Daí a necessidade de articular uma proposta minimamente eficiente, de menor custo e capaz de ganhar adesão entre os vários segmentos da sociedade. A proposta contemplaria amplas camadas da população, com ações básicas de assistência em saúde.

Vilela e Mendes (2000) afirmam que a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) resultante da Conferência de Alma-Ata, apesar de centrada numa lógica racionalizadora, aponta para a saúde vinculada aos demais setores sociais e econômicos. Defendem também uma concepção mais totalizadora, ao contrário da fragmentação do modelo biomédico.

A APS, nessa direção, é apontada por Starfield (2002) como aquele nível de atenção que proporciona a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, oferecendo atenção sobre o indivíduo no decorrer do tempo. A APS, nesse entendimento, deve fornecer atenção para as diversas condições que o indivíduo apresenta, assistindo os problemas mais comuns na comunidade, através da oferta de serviços de prevenção, cura, reabilitação.

O objetivo é maximizar a saúde e o bem estar, coordenando e integrando a atenção oferecida em algum outro lugar, ou por terceiros, quando necessário. Ela deve lidar com o contexto no qual a doença existe e exerce influência sobre a forma de resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e otimiza o uso dos vários recursos, básicos ou especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

Neste contexto de cuidado, a mesma autora acrescenta que o usuário deve manter uma relação de proximidade com os trabalhadores de saúde. A entrada no sistema é dada por ele, freqüentemente com queixas pouco específicas e vagas, requerendo que a principal tarefa do trabalhador de saúde seja a de elucidação da necessidade

¹Enfermeira, Docente da Faculdade de Enfermagem de Passos (FESP|UEMG), Doutoranda em Enfermagem em Saúde Pública.

E-mail: elexandrah@hotmail.com

²Enfermeira, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública, Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP|SP)

³Enfermeira, Doutora em Enfermagem Psiquiátrica, Docente da Faculdade de Enfermagem de Passos (FESP|UEMG)

do usuário e a de levantar informações que levem a um diagnóstico e à escolha do manejo mais adequado.

Ao trabalhar a interpretação da APS, alguns atributos são descritos para medir seu potencial e seu alcance. Entre eles a atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a interação entre profissionais-usuários, a coordenação da atenção (STARFIELD, 2002).

Num enfoque operacional, na história recente de vários países, Mendes (2002) ressalta que à adoção da estratégia da APS na organização e ordenação de recursos do sistema de saúde é uma resposta adequada às necessidades de suas populações. Porém, ele observa que, nesse processo, a estratégia da APS tem sofrido variações em sua interpretação, sendo algumas destacadas abaixo:

Uma primeira interpretação colocada pelo autor é a de atenção primária seletiva. Em que a APS é entendida como um programa específico, oferecido às populações e regiões pobres, através de um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo. Geralmente são providas por pessoal de pouca qualificação profissional e sem a possibilidade de referência de atenção de maior complexidade tecnológica (URGER; KILLINGSWORTH, 1986 *apud* MENDES, 2002).

Em outras palavras, poderíamos dizer que, nessa interpretação a APS é entendida como uma forma de racionalização de recursos, de assistência simplificada - assistência pobre para pobre - com oferecimento de tecnologia barata e usada em larga escala, restrita a grupos em situações de risco, geralmente populações de baixa renda.

Uma segunda interpretação de APS, no enfoque operacional, seria como nível primário do sistema de serviço de saúde. Esta compreenderia, a APS como maneira de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, sem grande preocupação com seguimentos, ou serviços de referência e contra-referência com outros níveis. Nessa interpretação, focar-se-ia a atribuição resolutiva desses serviços sobre os problemas de saúde mais comuns e de caráter agudo para os quais postula-se uma forma de minimizar os custos econômicos e de satisfazer a demanda da população, restrita, porém, às atividades de atenção de primeiro nível (MENDES, 2002).

Este tipo de interpretação, segundo o autor, coloca a APS como base dos sistemas fragmentados de serviços de saúde, que ainda são fortemente hegemônicos e que se (des) organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e raramente unidos entre si, com débito de APS. Por consequência dessa forma de organização, estes sistemas tornam-se incapazes de prestar atenção contínua à população e de se responsabilizar por esta. Isso porque possuem uma visão estrutural na forma piramidal, cujos pontos de atenção à saúde devem ser organizados por níveis hierárquicos

de complexidade tecnológica crescente do primário ao quaternário (maior nível) e sem comunicação de um nível com o outro ou ainda dentro de um mesmo nível. Nesse contexto, a APS é apontada de forma distorcida, como sendo menos complexa que os demais níveis, pois há uma sobrevalorização de práticas que exigem maior densidade tecnológica. Em contrapartida há uma banalização da APS.

Uma terceira interpretação da APS, também trazida por Mendes (2002), mais ampla e adotada neste estudo, seria a concebida como estratégia, pilar de estruturação do sistema de saúde, que tende a superar as concepções anteriores trazidas.

A APS enquanto estratégia de organização do sistema de serviço de saúde compreende uma maneira singular de apropriar, recombinar, reordenar e reorganizar os diversos recursos do sistema a fim de satisfazer às necessidades, demandas e representações da população. Isso representa a articulação da APS dentro de um sistema integrado de serviços de saúde, os quais são estruturados por meio de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde, organizada através da APS, que presta assistência de maneira contínua a uma população definida quanto a lugar, tempo, qualidade e custo certo, e se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários relativos a essas pessoas.

O sistema integrado é representado por uma visão estrutural de rede horizontal integrada. Nele há conformação de uma rede de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas (uma vez que possuem funções de produção específicas), sem hierarquia entre eles. A APS, nesse contexto, desempenha um papel coordenador para a perfeita interação de todos os elementos integrantes da rede, que são centros de comunicação. Além desse papel ela deve cumprir para isto as funções de resolução, organização e responsabilização (MENDES, 2002).

Este tipo de organização dos serviços de saúde, trazido pela rede, está focado em um desenvolvimento sistemático, contínuo e planejado. Volta-se ao atendimento das necessidades agudas e crônicas, que se manifestam durante o ciclo de vida de uma condição ou doença, provendo intervenções de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação, manutenção e suporte individual e familiar para o autocuidado.

Partindo desses entendimentos, a APS vem sendo utilizada por vários países, inclusive pelo Brasil. Aonde, ela vem destinada a contribuir para organização dos sistemas locais e ainda reordenar o modelo assistencial, fazendo-se presente na Estratégia de Saúde da Família (ESF), implementada em 1994, pelo Ministério da Saúde.

Através de experiências e estudos nessa área, temos observado que abordagens teóricas, na maioria das vezes, não têm sido adotadas para direcionar a prática em busca da reorganização da assistência. Isto, de certa

forma, tem gerado continuidade na reprodução de um modelo pautado no Paradigma Flexneriano.

Percebemos também que limites e possibilidades da ESF e da própria APS, enquanto estratégias revisoras do modelo assistencial, estariam vinculadas à forma de suas inserções nos sistemas locais de saúde, bem como à formação e inserção dos profissionais nelas. Podendo apontar assim tanto para o sucesso, quanto para as inconsistências destas propostas.

Diante dessas inquietações surge nosso interesse em trabalharmos este assunto, uma vez que também se torna relevante buscarmos novos conhecimentos acerca de como vem sendo entendida a APS pelos enfermeiros de Saúde da Família (SF) em uma realidade contextualizada. Assim, este estudo tem como objetivo identificar a concepção de APS relatada pelos enfermeiros, membros de equipes SF.

MATERIAL E MÉTODO

Para responder ao objetivo proposto nesse estudo descritivo, utilizamos a abordagem qualitativa, que se torna valiosa para avaliar as políticas públicas e sociais em seus aspectos de formulação, aplicação técnica, viabilidade. Tal abordagem também permite, conforme Minayo (2000), compreender o universo de significados, motivos, aspirações, concepções, valores e atitudes. Isso corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Como instrumento de coleta de dados, optamos por utilizar a técnica de entrevista semi-estruturada por meio de um roteiro contendo perguntas abertas e fechadas.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto para revisão dos aspectos éticos do estudo e conseqüente autorização para a realização, segundo a regulamentação de pesquisas em seres humanos (BRASIL, 1996).

O desenvolvimento desse estudo teve como local um município localizado no interior do estado de Minas Gerais, com população estimada em aproximadamente 100.000 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2000. Dentre as atividades econômicas existentes, destacam neste município, o setor agropecuário e industrial. Esse contava, no momento do estudo, com seu sistema de saúde organizado de forma piramidal, por nível de complexidade crescente, estando presente no primeiro nível 17 equipes de SF, atuando e cobrindo aproximadamente 72% da população total.

Os sujeitos foram constituídos por oito enfermeiros que atuavam em equipes de SF no respectivo município e que aceitaram participar livremente do estudo. O sigilo e o anonimato desses participantes foram respeitados através da identificação dos recortes das falas, por nomes de flores de acordo com suas escolhas.

A análise dos dados foi sistematizada conforme a técnica de análise temática, proposta por Minayo (2000). Na operacionalização dos dados seguimos as seguintes etapas: ordenação; classificação e análise final que encaminharam à identificação de unidades de significados.

RESULTADO E DISCUSSÃO

• Apresentação dos sujeitos

Acreditando que a construção de concepções passa por questões de formações, de experiências, que o sujeito vai construindo através de saberes, dúvidas, reflexões, faremos neste momento uma rápida apresentação dos oito enfermeiros que se constituíram em sujeitos deste estudo, no sentido conhecermos quem fala e de onde fala.

As características sócio-demográficas e profissionais desses enfermeiros estudados revelaram que, nesse grupo, predominou a faixa etária de 25-30 anos, tempo em que exerciam a profissão - quatro a menos de três anos, dois entre quatro e seis anos e dois com tempo superior a seis anos.

Quanto à formação profissional, três possuíam apenas graduação, outros dois estavam cursando especialização em Administração Hospitalar e Gestão em Serviços de Saúde e outros três já haviam concluído o curso de pós-graduação, *lato sensu*, em áreas diversas a saber: Administração em Serviços Hospitalar e Saúde Pública; Saúde Coletiva; e Terapia Intensiva Infantil.

Quanto à experiência profissional, todos tinham realizado estágios extracurriculares durante a graduação em diferentes áreas. E após a graduação, antes de entrarem na ESF, um havia atuado junto à unidade básica de saúde, outros quatro haviam tido experiências hospitalares, com supervisão de estágios ou docentes de cursos técnicos. Outros três haviam iniciado diretamente em equipes de SF. Quanto ao recebimento de capacitação, antes de entrarem na ESF, somente dois enfermeiros o haviam recebido e, após a entrada, apenas um outro recebeu.

• Concepção de APS

A concepção de APS apareceu fortemente atrelada à idéia de prevenção e promoção, por todos os entrevistados. Assim, no sentido de não se tornar repetitivo, trouxemos apenas alguns recortes de relatos que melhor representam a concepção revelada pelos entrevistados.

[...] você não vai em cima da doença. Que é o que nós trabalhamos muito na Estratégia de Saúde da Família. Nós queremos levar saúde, só que até a população conscientizar disso demora um pouquinho. [...] a minha equipe, nós trabalhamos mais... o que nós queremos mais é trabalhar com a prevenção, entendeu? Então, nós queremos promover saúde pra população, nós não estamos trabalhando atrás da cura e sim da promoção e prevenção de saúde. Rosa.

[...] é uma assistência que vai até a família, que não espera o problema vir até a gente. A gente que tem que ir buscar o problema, detectar o problema, mais precocemente possível, para estar evitando que haja um problema ou resolvendo aquele problema antes que ele se torne pior. [...] E pra mim é isso prevenção mesmo de qualquer tipo de problema que a família pode ter, que o indivíduo pode ter, um programa de prevenção. Margarida.

[...] Eu defino assim, em mudanças mesmo, mudanças, muito radical. Tem que radicalizar essa parte do curativo, a gente não ficar só estagnado, só em consulta médica. Em farmácia, só medicação, teria que ter essa mudança radical. [...] eu acho que deveria ter essa parte preventiva. Violeta.

[...] Uma estratégia de mudança, mas aquela mudança a longo prazo, não tem como por enquanto a gente tentar atuar de acordo com o que vê o princípio da Estratégia de Saúde da Família, então vamos só fazer palestra, vamos orientar, vamos prevenir, então a população não aceita, então você vai trabalhando aos poucos. Azaléia.

[...] Atenção Primária à Saúde é saúde primária, é atenção básica, é onde você vai estar trabalhando com a prevenção, com educação em saúde, fazendo isto você vai estar favorecendo para que a estratégia ocorra. Tulipa.

Estes achados nos impeliram a pensar que essa confusão, essa associação da APS como sendo promoção e prevenção se deve a dois motivos. O primeiro seria devido à idéia de APS confundida com o primeiro nível de prevenção da História Natural das Doenças (HND), estabelecido pelos autores Leavell e Clark (1976). A Prevenção Primária é aí estabelecida no Período de Pré-patogênese, consistindo em ações destinadas à inibição do desenvolvimento de uma doença, antes que ela ocorra. Seria a promoção de uma saúde ideal (educação para a saúde e atendimento de pessoas sadias) com elementos específicos de proteção (vacinação, tratamento de cunho coletivo, biologicista). Os dois outros níveis de prevenção são estabelecidos já no Período de Patogênese, cuja Prevenção Secundária, constitui-se principalmente no diagnóstico e tratamento precoce de agravos. A Prevenção Terciária consiste na reabilitação ou prevenção de incapacidade total, possibilitando ao indivíduo uma recuperação de maneira que possa manter uma vida satisfatória e auto-suficiente nos aspectos unicamente físicos (ROUQUAYROL, 1994).

Percebemos que Leavell e Clark estabelecem níveis de prevenção – primário, secundário e terciário – em que sistematizam os graus de complexidade da assistência à saúde e à doença. Já no caso da APS, trata-se de maneiras de organizar serviços de saúde, em que o primeiro nível aplica-se à promoção e proteção, à recuperação e reabilitação nos diversos determinantes que influencia a saúde do indivíduo. A diferença está em que a APS representa uma ação básica, essencial e fundamental na

primeira abordagem de qualquer situação, em todos os níveis de complexidade, desenvolvendo ações de todos os tipos (FEIX, s.d.).

Mattos (2001) afirma que o modelo adotado por Leavell e Clark, de HND, tentava impedir que aparecesse a distinção entre prevenção e assistência, pelo enunciado de que tudo era prevenção. Porém, há uma distinção, uma vez que o modelo de HND partia diretamente de experiência individual de sofrimento, de experiências assistenciais diretamente demandadas pelos usuários. Nessa proposta, era desenvolvido um amplo conjunto de conhecimentos e técnicas para reconhecer a doença, antes que a mesma produzisse o sofrimento, e um conjunto de conhecimentos sobre as formas de enfrentar tais doenças, através do reconhecimento de fatores de risco que aumentavam seu agravamento.

A essas falas acrescentamos que há uma distinção, uma vez que a APS propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, assim como para a relação com a comunidade e entre os diversos níveis e complexidade assistenciais. Devendo ser porta de entrada para o sistema local de saúde, cujo profissional deve ser capaz de atuar com criatividade e senso crítico, baseado em uma prática humanizada, competente e resolutive, que envolva ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Isso com vista a responder às diversas necessidades da comunidade - não só as de caráter biológicos ou patológicos - através da articulação de diversos setores envolvidos na promoção da saúde como qualidade de vida.

Um segundo motivo que acreditamos estar envolvido na confusão de APS, como sendo fator de prevenção e promoção, estaria relacionado à estruturação das políticas de saúde no nosso país, que reforçam essa concepção ao dicotomizarem a assistência preventiva e curativa, recomendando e estabelecendo o desenvolvimento da primeira em unidades básicas de saúde, caracterizadas pelas chamadas ações de saúde pública.

Uma reorientação da saúde, pautada na APS, além de um correto entendimento de seu conceito, por meio de conhecimento e operacionalização de seus atributos, exigiria ainda mudanças na concepção de saúde, no paradigma sanitário e na prática sanitária (MENDES, 1995).

Nessa direção, Mendes et al. (1996) salienta que a concepção do processo saúde-doença alteraria o pólo tradicional de ofertas de serviços focalizados na doença para o investimento em ações mais globalizadas que relacionassem a saúde com condições de vida, através das inter-relações entre fatores biológicos, ambientais, sociais, econômicos, além de oferta de serviços de saúde resolutivos. Dessa forma, a nova concepção do processo saúde-doença coloca no mesmo espaço ações de natureza curativa, preventiva e de promoção de qualidade de vida. Essa alteração no conceito de saúde traz, ao campo teórico e prático da assistência, o paradigma

sanitário fundamentado na saúde como expressão de qualidade de vida, em que se incorporam novas práticas de vigilância à saúde, centradas na resolução de problemas decorrentes de uma realidade social.

A concepção negativa de saúde, entendida como ausência de doença e o Paradigma Flexneriano, caracterizado pela fragmentação, pelo reducionismo aos determinantes apenas biológicos, tendo como elementos ideológicos o mecanicismo, o individualismo, o especialismo, a tecnificação e o curativismo vem orientando a prática sanitária, a qual procura responder às necessidades de uma população com oferta quase que exclusivamente de serviços médicos (VILELA; MENDES, 2000).

Assim, para que a reorientação dos serviços de saúde aconteça pautada na APS, segundo as autoras, faz-se necessário passarmos de uma concepção negativa para outra positiva de saúde, que seja uma expressão de qualidade de vida de uma população, um produto social que resulta do acesso a bens econômicos e sociais. No entanto, nessa conformação de concepção positiva de saúde, o paradigma sanitário derivado faz surgir uma nova prática nomeada de vigilância à saúde. Esta concebe a saúde como resultante das condições de vida da população, portanto suas práticas visam produzir saúde por meio de ações articuladoras entre os setores de intervenções no âmbito de promover saúde, prevenir e curar enfermidades.

Atenta-se para a extensão de serviços à comunidade, para além da demanda dos serviços de saúde, uma vez que se faz necessário trabalhar as pessoas que não procuram o serviço de saúde, porque ainda não adoeceram, mas que se encontra exposta aos riscos de adoecer (DEVER, 1988).

Complementando os dizeres acima Vilela e Mendes (2000) estimam-se que, para perceber a associação entre os fatores de risco e o processo saúde-doença, faz-se necessária a adoção de um conceito de saúde e de seus determinantes de forma ampla, abrangente e estrategicamente administrável. Para tanto, a organização dos serviços de atenção à saúde deve compreender a disponibilidade quantitativa, qualitativa e a abrangência de ações preventivas, curativas e reabilitativas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A confusão presente nos discursos dos entrevistados de que APS é promoção e prevenção, chama-nos a atenção na direção de que um dos objetivos da ESF é gerar novas práticas de saúde, nas quais haja integração das ações assistências e preventivas. No entanto, observamos fragilidade nesse processo, uma vez que não podemos perceber a organização de sistemas de saúde que conduzam à construção do Sistema Único de Saúde - que defendemos como direito de cidadania, de justiça, de produção de cuidados - sem investimentos em novas políticas, métodos de formação e capacitação

permanente dos sujeitos sociais inseridos direta ou indiretamente na proposta.

Em outras palavras, Mendes (2002) ressalta que vale a pena chamar a atenção para o processo educativo que trabalhe a APS como uma maneira singular de recombinação, reordenar e reorganizar os diversos recursos, pontos de atenção do sistema a fim de satisfazer às necessidades, demandas e representações da comunidade. E que trabalhe também outras concepções como ESF, SUS e seus princípios para que o profissional se localize, compreenda os reais objetivos, percursos que devem ser tomados para se ter uma prática coerente com a construção de um modelo universalizante e integral de assistência à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata. In: _____. **Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sudsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração Jacarta, Rede de Megapaises e Declaração do México.** Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 15-18.
- BRASIL. Ministério de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
- DEVER, G. E. A. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde.** Trad L. G. César et al. São Paulo: Pioneira; 1988.
- FEIX, R. **Atenção Primária à Saúde: conceituação e evolução histórica.** Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia/Centro de Ciências Biomédicas; s. d.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família: contradições de um programa destinado à mudança de modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al (org.). **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55 -123.
- LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva.** Trad. M. C. F. Donnangelo; M. Goldbaum; U. S. Ramos. São Paulo: Mc Graw-Hill do Brasil; 1976.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco; 2001. p. 39-64.
- MENDES, E. V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
- MENDES, E. V. Mesa redonda: saúde e qualidade de vida. **Rev. Esp. para a Saúde,** Rio de Janeiro, v. 04, n. 04, 1995. p. 19-22.

MENDES, I. J. M. et al. Perspectiva de ampliação das funções da unidade básica de saúde: relato de experiência. **Rev Lat-americana de Enf.**, Ribeirão Preto, v. 04, n. 01, 1996. p. 119-129.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco; 2000.

ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: _____. **Epidemiologia e Saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1994. p. 7-22.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.

UNGEN, J. P.; KILLINGSWORTH, J. Selective primary health care: a critical view of methods and results. **Rev. Medicine**, v. 22, 1986. p. 1001-1013.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. **Entre Newton e Einstein**: desmedicalizando o conceito de saúde. Ribeirão Preto: Holos; 2000.

Agradecimento à **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais** pelo apoio financeiro durante a elaboração da pesquisa.

Primary health care attention different from prevention and promotion

Abstract: This paper is about a descriptive study, of a qualitative approach and it has the objective of identifying the conception that the nurses of the Family Health have about the Primary Health Care (PHC). It was identified in the speeches that the PHC was attached to the idea of prevention and promotion. It is believed that this is due to the PHC mistaken with the first level prevention of Natural History of Diseases, not keeping thus a difference between the prevention and attention terms, according to the interviewed people.

Key words: Primary Health Care; Family Health; Community Health Nursing.