

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA



CAPACITAÇÃO PARA AS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA:
INTRODUTÓRIO



Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
Superintendência de Planejamento e Gestão
Escola de Saúde Pública Professor MSc Osvaldo de Oliveira Maciel
Gerência de Coordenação da Atenção Básica

CAPACITAÇÃO PARA EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA: INTRODUTÓRIO

Florianópolis
Secretaria de Estado da Saúde
2015

a. Texto sobre direitos autorais:

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. Créditos:

i. Organização: Mirvaine Panizzi, Cleonete Elena Argenta, Luise Lüdke

ii. Elaboração Técnica:

1. Luiz Roberto Agea Cutolo
2. Gisele Damian Antonio
3. Luana Gabriele Nilson
4. Inajara Oliveira
5. Jorge Ernesto Sergio Zepeda
6. Izauria Zardo
7. Igor Tavares da Silva Chaves
8. Rozilda dos Santos
9. Edenice Reis da Silveira

iii. Revisão Técnica: Mirvaine Panizzi, Carmem Regina Delziovo, Luise Lüdke

iv. Design Instrucional: Márcia Melo Bortolato

v. Design Gráfico: Vanessa de Luca Bortolato

vi. Revisão Ortográfica: Marina Bento Veshagem

vii. Ilustração: Vanessa de Luca Bortolato

b. Ficha Catalográfica

S446c Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Superintendência de Planejamento e Gestão. Escola de Saúde Pública Professor Osvaldo de Oliveira Maciel. Capacitação para equipes da atenção básica: [recurso eletrônico]: introdutório / Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. — Florianópolis : Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2013.
154p.

Conteúdo da Apostila: Módulo 1: Introdução Temática. -
Módulo 2: Processo de Trabalho na ABS I: organização da atenção.
- Módulo 3: Processo de trabalho na ABS II: ferramentas para o trabalho na ABS. - Módulo 4: Autoavaliação, programação local e monitoramento de ações.

ISBN: 978-85-62522-11-6

1. Atenção primária à saúde. 2. Educação em saúde. 3. Capacitação profissional. I. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. II. Panizzi, Mirvaine. III. Argenta, Cleonete Elena. IV. Lüdke, Luise. V. Título.

CDU: 61:37

Edição revisada por Telessaúde SC e Gerência de Coordenação da Atenção Básica, em outubro de 2015.

APRESENTAÇÃO

A realização de cursos introdutórios é uma orientação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), do Ministério da Saúde para qualificar os profissionais que ingressam para o trabalho na Atenção Básica, sendo esta uma tarefa de responsabilidade das três esferas de governo.

Desta forma, a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina elaborou conteúdos basilares, apresentados neste caderno, para apoiar os municípios e regiões de saúde na capacitação de seus profissionais, orientando a organização do processo de trabalho na Atenção Básica de acordo com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

O caderno **Capacitação para Equipes da Atenção Básica: Introdutório** é resultado de trabalho conjunto da Gerência de Coordenação da Atenção Básica e da Escola de Saúde Pública Professor MSc Osvaldo de Oliveira Maciel da Secretaria Estadual da Saúde de Santa Catarina. Utilizou recursos oriundos do PROESF – Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (contrato BIRD nº 7545- BR), viabilizado pelo Ministério da Saúde.

A Escola de Saúde Pública Professor MSc Osvaldo de Oliveira Maciel está a disposição para auxiliar os municípios e regiões de saúde na elaboração de projetos de cursos presenciais ou a distância, utilizando os conteúdos deste caderno. Os interessados devem entrar em contato por meio do telefone (48) 32121619 ou do e-mail geesp@saude.sc.gov.br, para maiores informações sobre os critérios de uso do material.

Organização dos Conteúdos

O caderno é dividido em quatro módulos, cada um contendo duas unidades:

Módulo 1 – Introdução Temática

Unidade 1 - Concepção de saúde-doença e sistemas de saúde

Unidade 2 - Atenção Básica em Saúde

Módulo 2 - Processo de trabalho na ABS I: organização da atenção

Unidade 1 – Organização do trabalho em equipe e gestão do cuidado na ABS

Unidade 2 - Mecanismos de integração de serviços e coordenação da atenção

Módulo 3 - Processo de trabalho na ABS II: ferramentas para o trabalho na ABS

Unidade 1 – Ferramentas para o trabalho na ABS

Unidade 2 – Participação comunitária e controle social

Módulo 4 – Autoavaliação, programação local e monitoramento de ações

Unidade 1 - Instrumento de autoavaliação da melhoria do acesso e da qualidade (AMAQ-AB) e elaboração da matriz de intervenção

No início de cada Módulo e Unidade é possível identificar os objetivos de aprendizagem do aluno, e ao longo do texto foram utilizados ícones para facilitar a compreensão dos temas propostos:



Palavras do Professor: dicas do professor a respeito do tema.



Observação: destaque do professor para algum aspecto importante do tema.



Saiba mais: indicações de outras fontes de informação sobre o assunto, como livros, trabalhos científicos, sites e outros materiais, para aprofundamento do conteúdo.

Boa leitura! Bom curso!

SUMÁRIO

Módulo 1 - Introdução Temática

Apresentação do Módulo.....	11
Unidade 1 – Concepção de saúde-doença e sistema de saúde.....	12
Unidade 2 – Atenção Básica em Saúde.....	34
Encerramento do módulo.....	44
Referências.....	44

Módulo 2 - Processo de Trabalho na ABS I: organização da atenção

Apresentação do Módulo.....	48
Unidade 1 – Organização do trabalho em equipe e gestão do cuidado na ABS.....	49
Unidade 2 – Mecanismos de integração de serviços e coordenação da atenção.....	71
Encerramento do módulo.....	84
Referências.....	85

Módulo 3 - Processo de trabalho na ABS II: ferramentas para o trabalho na ABS

Apresentação do Módulo.....	88
Unidade 1 – Ferramentas para o Trabalho em Atenção Básica à Saúde.....	89
Unidade 2 – Participação comunitária e controle social.....	117
Encerramento do módulo.....	129
Referências.....	130

Módulo 4 - Autoavaliação, programação local e monitoramento de ações

Apresentação do Módulo.....	134
Unidade 1 - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).....	136
Unidade 2 – Autoavaliação na AB - AMAQ.....	140
Unidade 3 - Planejamento e Intervenção a partir do AMAQ.....	145
Encerramento do módulo.....	151
Referências.....	152

Módulo 1

Introdução Temática

Unidades 1 e 2

Luiz Roberto Agea Cutolo

Gisele Damian Antonio

Luana Gabriele Nilson

Inajara Oliveira

Revisão 2015: Elis Monteiro e Josimari Telino de Lacerda

APRESENTAÇÃO

Caro aluno,

Neste módulo você está convidado a refletir sobre a Atenção Básica à Saúde (ABS) no contexto brasileiro. Iremos contextualizar quando, como e por que a ABS surgiu no Brasil como uma proposta de reorientação do Sistema Nacional de Saúde brasileiro.

Optamos por iniciar a unidade trazendo a discussão sobre a influência das diversas concepções dos processos de saúde-doença nas práticas dos profissionais de saúde e fazendo uma reflexão sobre as diferenças entre o modelo biomédico e o modelo pautado na integralidade.

Portanto, de sua parte, pedimos uma atenção especial a este módulo e que reflita bastante sobre os tópicos de discussão. Bom estudo!

Objetivo Geral

Compreender como a concepção saúde-doença determina o tipo de ação dos profissionais de saúde e a organização do sistema de saúde brasileiro .

Unidade 1 – Concepção de saúde-doença e sistema de saúde

Introdução

Nesta unidade, você conhecerá diferentes concepções do processo saúde-doença e suas ações consequentes, e será convidado a refletir sobre dois modelos: o biomédico e o pautado na integralidade.

1. Concepções de saúde-doença e o cuidado em saúde

Toda ação em saúde é derivada de uma concepção de saúde-doença. A forma como pensamos influencia e determina a nossa prática seja: na gestão do processo de trabalho, na organização da rede de atenção à saúde, na conduta clínica na ABS, na interação entre diferentes saberes, na seleção e qualificação profissional ou na forma de comunicação com os usuários (MAEYAMA, CUTOLO, 2010).

Para entender a complexidade envolvida na concepção de saúde-doença e a aplicação na atuação dos profissionais de saúde, é necessário compreender o processo histórico envolvido nesta construção. Iniciaremos nossa explanação a partir de alguns séculos atrás. Saiba que nossa abordagem é breve nos orientaremos pela identificação do modo de ver e o corpo de práticas de cada concepção ao longo da história e de sua aplicação na atualidade. Entre neste túnel do tempo conosco...

1.1. Higienista-preventivista

Nos séculos XVII e XVIII, foi desenvolvida uma forma de Medicina de Estado que ficou conhecida como Polícia Médica (PM) por sua abordagem autoritária, focada na higiene e prevenção (CUTOLO, 2001). As práticas higienistas e preventivistas têm o objetivo de controlar e prevenir doenças, intervindo nas condições multifatoriais do adoecimento. O caráter de intervenção desta concepção de saúde orienta a atuação de **medidas locais** sobre os fatores condicionantes (MAEYAMA, CUTOLO, 2010).

Preocupações com a qualidade da água, com a higiene, com a prevenção de acidentes, com a iluminação, com o aquecimento, com a ventilação, com o aleitamento materno, com o vestuário.

Esta concepção de saúde-doença nos leva a agir hoje na Prevenção de doenças.



O que são ações de prevenção de doenças?

Prevenção de doenças

As ações preventivas orientam-se para evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência, através do conhecimento epidemiológico. Estruturam-se através de projetos de educação sanitária, com divulgação de informação científica e recomendações normativas de mudanças de hábitos (CZERESNIA, 2003). Exemplo: ferver a água, vacinação, buchecho com flúor e saneamento básico.

1.2. Social (determinação social)

No final do século XVIII, a explicação do processo de saúde-doença passa a incluir no rol de fatores causais de doenças as condições de trabalho e de vida das populações, ou seja, relacionadas com problemas sociais. Virchow, em 1847, sugere estratégias como aumento de oferta de empregos, melhores salários, criação de cooperativas agrícolas para melhoria da qualidade de vida das pessoas (MAEYAMA, CUTOLO, 2010).

Desta forma, um entendimento de saúde-doença como processo e sua Determinação Social têm como consequência a Promoção da Saúde na prática cotidiana.



E o que são ações de promoção da saúde?

Promoção da saúde

São medidas que visam aumentar a saúde e o bem-estar geral, não direcionadas especificamente a uma doença ou desordem. Utilizam estratégias para a transformação das condições de vida e de trabalho que influenciam nos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial (CZERESNIA, 2003).



SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização, v.7, n.12, p.91-112, 2003. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf>

1.3. Biologicista (biomédico)

No final do século XIX, Ehrlich, Kock e Pasteur desenvolvem a “teoria do germe” como causa biológica das enfermidades infecciosas. A inovação do aporte tecnológico que permitiu materializar os agentes causais, inaugura a fundação da chamada Medicina Científica ou Biomedicina (modo de ver). Com a Biomedicina desenvolve-se o “Complexo Médico-Industrial”, ocorrendo uma supervalorização da tecnologia médica, diagnóstica e terapêutica, dando ênfase aos procedimentos, instrumentos, técnicas e medicamentos (corpo de práticas).

O caráter unicausal da concepção biologicista reduz as práticas em saúde a intervenções simplesmente curativistas, ou seja, de Recuperação e Reabilitação da Saúde. Estas práticas são médico-centradas, com supervalorização do saber técnico-científico e marginalização dos outros saberes circulantes na sociedade.



Quais são as ações de recuperação e reabilitação da saúde presentes no nosso dia a dia?

Recuperação da saúde

Grupo de ações que envolvem o diagnóstico e o tratamento de doenças. O diagnóstico e o tratamento devem ser realizados o mais precocemente possível, evitando a progressão da doença e impedindo o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes (BRASIL, 2004). Exemplo: tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com Hidroclortiazida, tratamento de uma criança com broncopneumonia.

Reabilitação da saúde

Consiste na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença, objetivando a reintegração do indivíduo no seu ambiente social e em sua atividade profissional (BRASIL, 2004). Exemplo: colocação de prótese dentária, fisioterapia para um paciente com hemiplegia por AVC, fonoaudiologia para o mesmo paciente que se encontra afásico.

1.4. Integral (integralidade)

A concepção de saúde-doença integral potencializa a oferta de ações integradas em saúde, de serviços de promoção, proteção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde (modo de ver). De qualquer forma, podemos afirmar que a integralidade reconhece a necessidade e o saber do outro, a interação entre diferentes saberes e prática circulantes na comunidade; é reconhecida na prática dos serviços através da interação interdisciplinar e intersetorial, da prática da clínica ampliada, da combinação de tecnologia e para garantir a resolubilidade da ABS.

A concepção de saúde-doença baseada na integralidade nasce no Brasil em 1970 com o movimento da Reforma Sanitária e culmina com a criação do SUS.

Uma abordagem orientada pela integralidade precisa reconhecer a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize recursos para abordá-las (STARFIELD, 2004). Essa concepção também parte do outro pressuposto, que é o da complexidade do entendimento saúde-doença. A complexidade deve ser colocada não como produto final, mas como processo. Por consequência, integralidade não é totalidade; integralidade não é produto, é processo.



Palavras do professor

Não podemos ser puristas a ponto de inferir que toda a malha de complexidade que envolve o entendimento de saúde possa ser compreendida em sua íntegra. Nem que todas as necessidades do usuário possam ser satisfeitas em sua totalidade. A integralidade não é totalidade. Portanto, esta não pode ser usada como desculpa, pois parece que

a totalidade não é “palpável”, mas a integralidade o é. Integralidade é o dia a dia dos profissionais de saúde. Então, quando falo em concepção saúde-doença baseada na integralidade, estou falando das Ações Integradas em Saúde. Ficou clara agora a relação entre a concepção saúde-doença e suas ações consequentes? Então, o que seriam as Ações Integradas da Saúde? Seria intervir articulando as ações de Promoção, Proteção, Prevenção, Recuperação e Reabilitação.

Voltemos ao pressuposto de que toda ação em saúde é consequente a uma concepção saúde-doença. Ora, as ações integradas implicam, então, uma concepção saúde-doença baseada na integralidade. Reconhece a determinação social, o condicionante ecológico-ambiental e o desencadeador biológico. Não significa negar o biológico, mas contextualizá-lo, localizá-lo dentro de outra perspectiva, que não reduz, mas amplia, segundo Cutolo (2001).

Vamos exemplificar: Lactente com desnutrição de segundo grau, secundário a uma diarreia recorrente por giardíase, que vive numa comunidade com água de qualidade duvidosa e com coleta de lixo num único dia da semana. Como atender a necessidade deste lactente? Quais ações integradas de saúde devem ser utilizadas?

- **Reabilitação:** restabelecer o estado nutricional.
- **Recuperação:** tratar a giardíase com metronidazol.
- **Prevenção:** Ferver a água ou colocar uma gota de cloreto para cada litro de água.
- **Promoção:** Educação em Saúde, relação intersetorial com a companhia de água e esgoto, relação intersetorial com a companhia de coleta de lixo.

Carlos Matus (1991), um teórico do Planejamento Estratégico em Saúde, orienta que toda imagem-objetivo tenta indicar a direção que queremos chegar para transformar uma realidade. Então, vamos adotar o modelo pautado na integralidade como nossa imagem-objetivo para atender a necessidade do outro?



A integralidade está em constante construção e é materializada de diversas formas, de acordo com o contexto e o que as pessoas pensam.

Em síntese, a integralidade (imagem-objetivo) pode ser traduzida em práticas inovadoras e criatividade “do fazer” dos serviços:

- Exige a integração entre os membros da equipe SF.
- Necessita da integração entre equipe SF e NASF.
- Precisa do estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência.
- Induz a articulação intersetorial.
- Impele o apoio institucional da gestão municipal.
- Reforça o diálogo, a troca de experiência, as ações pedagógicas horizontalizadas, contínuas, solidárias e problematizadoras, estimulando, assim, a busca de estratégias de governabilidade da equipe para transformação das práticas em saúde.
- Cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade.
- As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas.
- As unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

O homem é um ser integral, biopsicossocial, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde integral, voltado a promover, proteger e recuperar a saúde.

1.5 Comparação entre o modelo biomédico e o modelo pautado na integralidade

Agora que você já analisou uma síntese das ações e consequências das principais concepções de saúde e doença, vamos aprofundar a explanação com foco nos modelos biomédico e aquele pautado na integralidade. Observe cada detalhe para perceber suas diferenças.

1.5.1 O modelo Biomédico

Durante o século XIX, a situação da morbi-mortalidade em todo o mundo era caracterizada pela predominância de doenças infecciosas em detrimento das demais. Nesse período também foram registradas grandes evoluções na biomedicina, tais como: a difusão da vacinação contra a varíola depois de 1800; a identificação, por Koch, do micro-organismo causador da cólera em 1883 e o desenvolvimento, por Pasteur, de sua teoria dos germes nas doenças infecciosas.

Esses fatos fizeram com que tomasse corpo a ideia da natureza biológica da doença, deslocando o pensamento causal em saúde do ambiente físico e social, predominante no Séc. XVII, para patógenos concretos. Todas estas questões e principalmente a teoria dos germes fez crescer a concepção de que a doença teria uma só causa, com um germe originando cada etiologia. Decorre dessa noção

o conceito de que saúde é a ausência da doença, isto é, a ausência de um agravo causado por um germe (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

Ocorreu, então, um esforço acadêmico direcionado à mudança do ensino médico, que não estava preparado para responder às novas evidências e ideias. Entre os vários projetos de reformulação, o da Fundação Carnegie para o progresso do ensino foi triunfante, sobrepondo-se e obtendo repercussão internacional. Deu origem ao **Relatório Flexner**, de 1910, que veio a instituir o ideário hegemônico no campo da saúde até a alguns poucos anos (MENDES, 2002).

Abraham Flexner (1866-1959), educador norte-americano que, na década de 1910, desenvolveu o relatório de uma pesquisa nos EUA sobre o ensino da medicina que provocou a reforma da educação médica nos Estados Unidos.

Entre tais reformas implementadas no ensino médico destacam-se o aumento da duração dos cursos para quatro anos, com o ensino de laboratório; a vinculação das escolas médicas às universidades e, com isso, à pesquisa e ao ensino; a ênfase na pesquisa biológica e o reforço à especialização (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

Este modelo tem sido bastante analisado e descrito, mas é importante que se reflita sobre cada uma de suas características, porque o ensino nos cursos da área da saúde, e a prática, ainda estão muito vinculados a ele. É considerado ainda um modelo hegemônico.

Veja as características do modelo flexneriano com atenção no quadro 1.

Quadro 1: Características do modelo biomédico

Positivismo	Tem a verdade científica
Fragmentação/ Especialização	Ensino com ênfase na anatomia, estudando segmentos do humano, dando origem às múltiplas especialidades médicas
Mecanicismo	Considera o corpo humano como uma máquina
Biologicismo	As doenças são causadas sempre por um agente causal (biológico, físico, químico)
Tecnificação	Centraliza os processos de diagnóstico e cura nos procedimentos e equipamentos tecnológicos
Individualismo	Focaliza no indivíduo, negando os grupos sociais e a comunidade

Individualismo	Focaliza no indivíduo, negando os grupos sociais e a comunidade
Curativismo	Dá ênfase à cura das doenças, em detrimento da promoção da saúde e da prevenção das doenças
Hospitalocêntrico	O melhor ambiente para tratar as doenças é o hospital, porque tem todos os exames acessíveis e se administram medicamentos nas horas certas

Fonte: Verdi, M., Da Ros, M., Cutolo, L. R. Saúde e sociedade [Recurso eletrônico]/ Universidade Aberta do SUS, Florianópolis : UFSC, 2010.

O aporte teórico conceitual do modelo Biomédico tem se caracterizado pela concepção de saúde-doença unicausal (biologicista). A unicausalidade pressupõe o reconhecimento do agente etiológico, e é este que deverá ser identificado e combatido (CUTOLO, 2006). A simplicidade da unicausalidade reside em trabalhar apenas a relação causa-efeito imediata (“A” causa “B”). Por exemplo: Bacilo de Kock causa tuberculose, vírus influenza causa gripe, ateroma causa doença cardíaca isquêmica, queda causa fratura.

Dentro desse olhar, se “A” causa “B”, tomam-se medidas terapêuticas anti-A e corrigem-se as sequelas de “B”. Embora seja um modelo que permite uma abordagem direta sobre o doente, é uma explicação bastante reducionista. Não se preocupa nem com o contexto social, nem emocional, em que estas condições podem ocorrer.

O exemplo nos mostra que o centro da atenção no modelo Biomédico é o indivíduo doente. As ações de recuperação e reabilitação da doença são priorizadas em detrimento das ações de promoção e proteção à saúde. É a doença e sua cura, o diagnóstico individual e o tratamento, o processo fisiopatológico que ganham espaço. Desloca-se respectivamente a saúde e sua promoção e proteção, o diagnóstico comunitário e suas intervenções e a determinação social do processo saúde/doença (CUTOLO, 2006).



Palavras do professor

O modelo Biomédico é muito importante na abordagem patológica específica que trata das enfermidades em geral e as classifica do ponto de vista explicativo. No entanto, tem limitações claras quando colocado diante dos enfrentamentos sociais de nosso país. Ele não consegue assumir a responsabilidade social que a área da saúde

demanda, tampouco é capaz, no plano coletivo, de ser modificador de indicadores sociais. Desta forma, algumas pessoas perceberam as limitações do modelo Biomédico, partilhando das mesmas preocupações, e organizaram-se, conscientes de que atitudes deveriam ser assumidas pelo bem de todos e em nome da saúde.

1.5.2 Modelo Pautado na Integralidade

Foi assim que um movimento de ideias, chamado Reforma Sanitária, nos anos 1970, questionou a performance do modelo Biomédico (curativista e não inclusivo) e contribuiu para a conquista do SUS.



A proposta de reorganização do modelo de atenção, baseada na integração de práticas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, pautada em uma concepção de saúde-doença integral, ganhou força na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986.

A primeira grande contribuição da VIII Conferência foi revisar o conceito de saúde, que resultou no entendimento de que:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

Esse conceito ampliado de saúde extrapola os limites da concepção biologicista, a qual apresenta um conceito de saúde como contrário de doença, e de doença como contrário de saúde. Portanto, o Modelo pautado na integralidade não nega o biológico, ao contrário, incorpora-o como uma de suas dimensões. Esta forma de conceber a saúde dialoga com a sociedade, respeitando-a em seu processo de vida, e com o adoecimento individual e coletivo, bem como seus saberes e práticas de cuidado autônomo.

Esse outro jeito de ver saúde e doença (integralidade) exige uma nova atitude diante dos enfrentamentos no campo da saúde. Mais do que curar doenças, o setor da saúde deve buscar fortalecer o empoderamento dos cidadãos, construindo alianças e parcerias (inter e intrasetoriais) para aumentar a **resolubilidade da ABS**. Além disso, deve se apropriar das práticas que superem a dicotomia curativa-preventiva e médico-centrada.

A resolubilidade diz respeito à combinação dos graus de eficácia e eficiência das ações em saúde.

Confira no quadro 2, apresentado a seguir, uma síntese das principais diferenças entre o Modelo Biomédico e o Modelo da Integralidade:

Quadro 2: Comparativo entre modelos Biomédico e da Integralidade

MODELO	BIOMÉDICO	ABS ampliada (Integralidade)
Concepção saúde e doença	Biologicista	Biologicista, higienista, preventivista, social
Ação	Recuperação e reabilitação	Recuperação, reabilitação, proteção, promoção
Princípio	Fragmentação	Integralidade
Lócus	Hospital, Policlínica	Hospital, Unidades Básicas de Saúde, Unidade Saúde da Família, comunidades, creches, asilos, associações
População	Objeto (não participa)	Sujeito (participação social)
Usuário	Paciente	Cidadão
Decisões	Centralizadas	Localizadas
Acesso	Restrito	Universal
Profissional	Médico	Equipe de Saúde (interdisciplinar)
Responsabilidade	Cura do doente	Também, mas melhoria das condições sanitárias.

Fonte: CUTOLO, L.R.A. **Introdução temática à APS. Unidade 2.** [Recurso eletrônico]/ Universidade Federal de Santa Catarina, Telessaúde SC, Florianópolis : UFSC, 2009.

A Atenção Básica à Saúde (ABS) se apresenta como um espaço potencial para o desenvolvimento da Integralidade. A Integralidade, além de ser uma diretriz do SUS, é um conjunto de valores pelos quais vale lutar.



Acesse a página do LAPPIS – Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde. Na parte de publicações, existem alguns artigos disponíveis para leitura sobre o tema Integralidade que vale a pena conferir: (<http://www.lappis.org.br/site/>)

Para iniciar o diálogo acerca da evolução das políticas públicas no Brasil, especialmente do SUS e da ABS, precisamos, antes de tudo, contextualizar a história dos modelos de saúde no Brasil. Assim, convidamos você a mergulhar no percurso histórico que antecede a emergência do SUS, que, apesar de tudo, se tornou decisivo para a possibilidade do exercício político na luta pela cidadania em nosso país.

2. As políticas de saúde no Brasil: Criação e construção do SUS

Para iniciar o diálogo acerca da evolução das políticas públicas no Brasil, especialmente do SUS e da ABS, precisamos, antes de tudo, entender o que é um **Sistema de Saúde e a que ele se propõe**.

Atualmente adotamos uma visão bem abrangente de sistema de saúde, que é definida conceitualmente como: “um conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais, responsáveis pela condução dos processos de saúde de uma população, que se concretiza em organizações, regras e serviços para se alcançar resultados com a concepção de saúde prevalente na sociedade” (LOBATO; GIOVANELLA, 2008).

Essa concepção que conhecemos hoje é recente, sendo consolidada apenas a partir dos meados do século XX, num cenário pós-guerra, quando foi necessário um maior envolvimento do Estado em ações que garantissem a saúde e o bem estar da população (LOBATO; GIOVANELLA, 2008).

Porém, o desenvolvimento dos sistemas de saúde pelo mundo se deu de formas diferentes. Em todos os países ele tem a função de solucionar os problemas relativos à saúde da população, entretanto ele pode atuar de forma mais ou menos abrangente. Importante ressaltar que a estruturação dos sistemas de saúde depende da: concepção de saúde-doença predominante em

cada local, noção de responsabilidade do Estado como provedor de políticas públicas e serviços. e das relações estabelecidas entre os componentes que constituem o sistema e suas funções. Os componentes e funções de um sistema de saúde estão apresentados na figura XXX. (LOBATO; GIOVANELLA, 2008).

Figura 1. Dinâmica dos sistemas de saúde



Fonte: LOBATO; GIOVANELLA, 2008.

O sistema de saúde brasileiro, por exemplo, foi o resultado de um longo processo social que visava mudar a forma como o Brasil garantia a atenção à saúde de seus cidadãos. O SUS levou a grandes mudanças na sociedade, principalmente na consolidação da ideia de saúde com direito de todos. Para compreender melhor essas transformações convidamos você a mergulhar no percurso histórico das políticas públicas de saúde no Brasil, até a emergência do SUS, que se tornou decisivo para a possibilidade do exercício político na luta pela cidadania em nosso país (LOBATO; GIOVANELLA, 2008; VERDI, DA ROS, CUTOLO, 2010).

2.1. As políticas públicas no Brasil

A intervenção do Estado no campo da saúde pública brasileira iniciou-se ainda no período colonial, com a vinda da família real para o Brasil, mas a sua atuação só foi efetivada após o período republicano. Do período colonial até o final do império essa participação se resumia basicamente no desenvolvimento de ações centradas na regularização do exercício da medicina, fiscalização dos

portos e controle de epidemias. As ações eram realizadas principalmente na capital do império, a cidade do Rio de Janeiro e os serviços médico-hospitalares estavam nas mãos de entidades filantrópicas, como as Santas Casas (SCOREL; TEIXIERA, 2008).

Nas últimas décadas do século XIX, com a decadência do regime monárquico e estabelecimento da República Federativa, as ações do Estado ainda estavam restrita ao controle das epidemias e na ordenação da vida urbana, na busca de manter a salubridade geral das cidades através da fiscalização das habitações populares e da venda de alimentos e bebidas alcoólicas. Uma importante ação com o intuito de fazer o controle das epidemias foi a criação em 1900, do Instituto Soroterápico Federal, depois denominado Instituto Oswaldo Cruz, com o objetivo de produzir nacionalmente vacinas para principais doenças infecciosas que acometiam a população (SCOREL; TEIXIERA, 2008).

Foi realizada uma grande reforma urbana na cidade do Rio de Janeiro coordenada pelo engenheiro Pereira Passos, que com ajuda das campanhas sanitárias e da obrigatoriedade da vacinação a toda a população propostas por Oswaldo Cruz, erradicaram as principais doenças epidêmicas do Rio de Janeiro. A lei que regulamentava a vacina foi o estopim para um grande levante na cidade que ficou conhecida como a **Revolta da Vacina**.



Saiba mais sobre Oswaldo Cruz assistindo aos vídeos:
<https://www.youtube.com/watch?v=STsPGm0WKnE>
https://www.youtube.com/watch?v=_bri0Gn7stc

Atendendo aos anseios e reivindicações da classe trabalhadora por direitos previdenciários e saúde, em **1923 surgem as primeiras Caixas de Aposentadorias e pensões (CAPs)**, instituídas pela Lei Eloy Chaves, voltadas a três categorias profissionais restritas: ferroviários, portuários e marítimos. As CAPs eram entidades autônomas semipúblicas, estruturadas por empresas, financiadas por contribuições de trabalhadores, empregadores e consumidores de serviços, com recursos destinados a aposentadoria dos seus segurados por idade, tempo de serviço, invalidez ou aos dependentes em caso de morte do trabalhador, e algumas delas prestavam também assistência médica. Com as Caixas, surgem as primeiras discussões sobre a necessidade de se atender a demanda dos trabalhadores (SCOREL; TEIXIERA, 2008).

Em 1930 com a chegada de Getúlio Vargas à presidência da República, iniciou-se o movimento de transformação das CAPs em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que passam a congrega os trabalhadores por categorias profissionais, e não mais por empresas, que assim como as CAPs também ofereciam serviços médicos. Houve uma modificação no financiamento dos

IAPs com menor participação dos empregados e a introdução da contribuição da União. Acentua-se a disponibilização da assistência médica a população, em parte por meio de serviços próprios, mas, principalmente, por meio da compra de serviços do setor privado (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Apesar da melhoria na assistência médica individual é importante lembrar que a assistência era limitada aos trabalhadores inseridos nos domínios do trabalho assalariado formal e dessa forma os desempregados, subempregados e trabalhadores rurais estavam à margem das ações de assistência à saúde do Estado. Essa situação é o que chamamos de Cidadania Regulada (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Os IAPs que arrecadavam os recursos para assistir os trabalhadores contribuintes e suas famílias mantinham hospitais próprios, corpo de médicos e enfermeiros, equipamentos de última geração e ambulatórios gerais, além de garantir as pensões/aposentadorias e financiar casas próprias.

Até a década de 60, as políticas públicas de saúde no Brasil se resumiam a dois modelos: o sanitário-campanhista, que era de responsabilidade do Ministério da Saúde (MS), e o modelo da medicina previdenciária de atenção à doença baseado nos IAPs.

Com 8% do orçamento, o MS cuidava da prevenção, realizando ações de saneamento, campanhas de controle de vetores e mantendo centros de saúde que atendiam grandes endemias de hanseníase, tuberculose, verminose. E, para a assistência da população pobre, a Igreja administrava Hospitais de Caridade e Santas Casas de Misericórdia.

Em 1º de abril de 1964, financiados e sob a gestão do governo dos EUA, militares, políticos e empresários conservadores brasileiros, através de um golpe contra o governo democraticamente eleito, instalaram a ditadura. Os militares no poder passaram a perseguir e punir aqueles com pensamento contrário e censurar os meios de comunicação. Além disso, intervieram junto aos sindicatos, fecharam a União Nacional dos Estudantes, modificaram toda a estrutura social e de serviços de saúde até então presentes.

Durante a primeira década do regime militar configurou-se um sistema com preponderância da lógica da previdência social sobre o Ministério da Saúde. Os IAPs foram unificados no Instituto de Nacional de Previdência Social (INPS) que centralizou os recursos de todos os trabalhadores e uniformizou os benefícios a todos os segurados.

O governo se “apropriou” dos hospitais que eram dos IAPs, tornando-os governamentais, sob a gestão do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Em média, o governo alocava 25% do que arrecadava para a saúde, sendo os recursos, em teoria, tripartite: 6% oriundos dos salários dos trabalhadores (o dobro do que era antes), 6% do empregador (nem sempre pagos e que a cada cinco anos de não pagamento eram anistiados) e 6% do governo (que também nem

sempre cumpria a sua parte). E, além disso, estes recursos, que deveriam ser o financiamento e o seguro para os benefícios futuros, foram em parte utilizados de outra forma, financiando obras e empresas privadas e beneficiando algumas pessoas.

O orçamento do MS foi reduzido drasticamente, o que permitiu que epidemias, já sob controle, ressurgissem. Ao mesmo tempo, a comercialização de medicamentos privados foi facilitada pela criação de uma central de distribuição de medicamentos para os pobres. Isso aliado à formação médica e de farmacêuticos com foco na medicalização e modelo curativo de cuidado, o que torna sem controle a produção de medicamentos no país. O complexo médico-industrial especializado foi montado, o modelo de atenção, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologias.

O fortalecimento do complexo médico-industrial “brasileiro” e de seus proprietários garantiu que se elegeassem deputados, senadores e governadores que viabilizaram investimentos públicos na rede privada, sob o discurso de que depois haveria retorno para o governo.

Na área da saúde, ocorreram intervenções que modificaram substancialmente a formação dos profissionais da saúde em direção à lógica capitalista de mercado. Especialmente na medicina, os alunos tornaram-se reféns de representantes de laboratórios farmacêuticos, inclusive não tendo mais a disciplina de terapêutica. Já em farmácia-bioquímica, a disciplina de farmacognosia (estudo de onde são extraídos os princípios ativos dos medicamentos) e a de farmacotécnica (como os princípios ativos se transformam em produto de venda) não eram mais ofertadas, garantindo ao público consumidor apenas medicamentos comercializados por multinacionais. Os cursos de graduação nesse período foram obrigados a seguir o modelo biologicista, hospitalocêntrico, fragmentado e tecnicificado – a verdade através de exames.

Com a crise internacional do petróleo, o capitalismo sofreu e, como consequência, deu-se a primeira grande crise do governo militar brasileiro. O próprio governo começou a se desmanchar, com aliados iniciando movimentos de denúncia das péssimas condições de saúde que acometiam a população. Algumas pessoas perceberam as limitações do modelo Biomédico e, partilhando das mesmas preocupações, organizaram-se conscientes de que atitudes deveriam ser assumidas pelo bem de todos e em nome da saúde, o que levou a criação do **Movimento pela Reforma Sanitária**, em 1976.



O Movimento pela Reforma Sanitária ou Movimento Sanitário torna-se um movimento contra-hegemônico, provocando uma tensão entre duas forças: o complexo médico-industrial e o movimento sanitário.

Fortemente influenciada pelo movimento italiano de reformulação normativa e institucional da assistência à saúde, a reforma sanitária brasileira teve o propósito de ser mais que uma reforma setorial, com o intuito de contribuir com a consolidação da cidadania no país. As mudanças almeçadas iam além do sistema para todo o setor, com a introdução de uma nova concepção de saúde, e o resultado final seria a melhoria das condições de vida da população (FLEURY, 2009).

O Movimento da Reforma Sanitária inclui a participação de vários movimentos que, autonomamente, iniciavam uma contraposição à política hegemônica:

- Os **preventivistas** por medicina preventiva e contra gastos com saúde curativa.
- Os **publicistas** a favor do emprego de recursos públicos na construção de hospitais e aquisições públicas e para mudanças na forma do pagamento por procedimentos.
- A **igreja** organizada nas pastorais de saúde, defendendo o uso de fitoterapia.
- Os **militantes estudantis, profissionais de saúde e professores universitários**, organizados em experiências de integração docente assistencial, em resistência ao movimento médico privatista.

Em consonância ao movimento da Reforma Sanitária em nível internacional realizou-se a **em 1978** a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que ficou conhecida como **Conferência de Alma Ata**, cidade da antiga URSS que sediou o evento, onde foram formuladas as bases conceituais e as estratégias de implantação de um modelo de atenção que privilegiava a inclusão, a prevalência, o trabalho em equipe e a participação popular: a Atenção Primária em Saúde (Unicef-BRASIL, 1979).

No Brasil, após o Movimento pelas “Diretas Já” (1983-1984) e a queda do Regime Militar (1985), foi realizada a **8ª Conferência Nacional de Saúde** em 1986, na busca pela legitimação das propostas do movimento sanitário. O evento teve como presidente Sérgio Arouca e pela primeira vez contou com a participação da sociedade organizada, envolvendo desde a presença de movimentos sociais, a associação de portadores de patologias e profissionais da saúde.

A conferência teve como tema **“Saúde: direito de todos, dever do Estado”** e propiciou muitos avanços, destacando-se o chamado Conceito Ampliado de Saúde, que traz a saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde, resultado das formas de organização social da produção, que podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.



A saúde não é um conceito abstrato, mas definida no contexto histórico de determinada sociedade em dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (BRASIL, 1986, p. 4).

Outro produto importante da 8ª Conferência Nacional de Saúde foi a redação de uma pauta de direcionamentos, que converge para o embate da formação da nova **Constituição Brasileira de 1988**, que nos dois anos que se seguiram, foi acompanhada pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária junto aos deputados de forma que, em 1988, pela primeira vez, numa constituição brasileira, aparecessem artigos a respeito da saúde (do §196 ao §200). **Assegurando a Saúde como direito de todos e dever do Estado e criando o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípios universalidade, integralidade, hierarquização e controle social.** O quadro 3 resume os princípios e diretrizes do SUS com expressão do direito de cidadãos brasileiros e deveres do estado.

Quadro 3. Síntese dos principais princípios e diretrizes do SUS.

Princípios e diretrizes do SUS	Direitos dos cidadãos	Deveres do Estado
Universalidade do acesso e igualdade na assistência	Igualdade de todos às ações e aos serviços necessários para a promoção e recuperação de saúde	<ul style="list-style-type: none"> Garantir ações e serviços necessários a toda a população, sem preconceito ou privilégios de qualquer espécie, independente da natureza das ações envolvidas, da complexidade e do custo do atendimento.
Integralidade da assistência	Acesso a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços resolutivos, preventivos e curativos, individuais e coletivos, de diferentes complexidades e custo, que reduzam o risco de doenças e agravos e proporcionem o cuidado a saúde.	<ul style="list-style-type: none"> Garantia de condições de atendimento adequado ao indivíduo e a coletividade, de acordo com as necessidades de saúde, tendo em vista as ações de promoção da saúde, a prevenção de doenças de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Articulação da política de saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas cujas ações tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida das pessoas.
Controle social	Participação na formulação, na fiscalização e no acompanhamento da implantação de políticas públicas de saúde nos diferentes níveis de governo.	<ul style="list-style-type: none"> Garantia de espaços que permitam a participação da sociedade no processo de formulação e implantação da política de saúde. Transparência no planejamento e na prestação de contas das ações públicas desenvolvidas.

Descentralização, regionalização, hierarquização de ações e serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso a um conjunto de ações e serviços, localizados em seu município e próximos à sua residência ou ao seu trabalho, condizentes com as necessidades de saúde. • Atendimento em unidades de saúde mais distantes, situadas em outros municípios ou estados, caso isso seja necessário para o cuidado à saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia de um conjunto de ações e serviços que supram as necessidades de saúde da população e apresentem elevada capacidade de resposta aos problemas apresentados, organizados e sugeridos pelos diversos municípios e estados brasileiros. • Articulação e integração de um conjunto de ações e serviços, de distintas naturezas, complexidade e custos, situados em diferentes territórios políticos-administrativos.
---	---	--

Fonte: NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008.



Leia os artigos §196 ao §200 da Constituição Federal que falam a respeito da saúde:

<http://migre.me/rTWWH>

Para que os artigos CF/88 passassem a vigorar, foram aprovadas, em 1990, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 e a Lei nº 8.142/90, sendo que a Lei nº 8080, constituindo junto à CF 88 as bases para a regulamentação do SUS.

A Lei 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e sua organização. Já a Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.



Saiba mais sobre as leis orgânicas da saúde acessando os arquivos na integra:

<http://migre.me/rTWWu>

http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/docs/l8142.pdf

A implantação e a organização do SUS vêm acontecendo como processo social em permanente construção, pautado em normativas e pactuações que se dão com o avanço da proposta e com a identificação de novos desafios.

Em 1992, foi realizada a 9ª Conferência Nacional de Saúde, na qual foi recomendado que se definissem Normas Operacionais Básicas (NOB) para que o SUS começasse a funcionar de fato.

As NOBs definiram quais as competências de cada esfera de governo na implantação do SUS e as condições necessárias para que estados e municípios assumissem as suas novas atribuições e tivessem condições para realizar a sua gestão. Elas definiam também os critérios para repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL, 2011).

A Portaria GM/MS 95 de 26 de janeiro de 2001 cria a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) que instituiu o processo de regionalização na assistência e de Investimentos, introduziu a ideia da organização das redes de assistência, ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e precede os critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2011).

Em 2006, o MS lança um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas do governo: **O Pacto pela Saúde**. Ele tem como objetivo promover inovações nos processos e instrumentos de gestão visando alcançar uma maior eficiência e qualidade das respostas do SUS, ao mesmo tempo que redefine as responsabilidades dos gestores.

O pacto foi dividido em três grandes dimensões:

- **Pacto pela vida:** compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira;
- **Pacto em defesa do SUS:** Expressa os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira e na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal.
- **Pacto pela gestão:** Estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.



Saiba Mais: <http://migre.me/rTX12>

A evolução das normativas e pactuações que estruturaram o SUS está representada no quadro 4.

Período	Principais portarias em vigor	Racionalidade sistêmica	Formas de financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS	Modelos de atenção	Acordo Federativo
1990 a 1994	NOB 91/92	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente 	<ul style="list-style-type: none"> • Única forma utilizada: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente 	<ul style="list-style-type: none"> • Negociação em âmbito nacional por meio dos conselhos de Representações dos Secretários Estaduais (Conass) e Municípios (Conasems) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT).
1994 a 1998	NOB 93	<ul style="list-style-type: none"> • Fraca: vinculada às iniciativas e negociações municipais isoladas 	<ul style="list-style-type: none"> • Forma preponderante: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada • Forma residual: transferências em bloco (block grants) segundo definido no teto financeiro 	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de responsabilidade sobre algumas ações programáticas e de vigilância (sanitária e epidemiológica) para a condição de gestão mais avançada 	<ul style="list-style-type: none"> • Negociação em âmbito nacional e estadual, por meio dos Conselhos dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). • Iniciativas isoladas de consórcios. • Formalização dos acordos intragovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS.

1994 a 1998	NOB 96	<ul style="list-style-type: none"> • Moderada: vinculada às iniciativas e negociações intermunicipais, com participação e mediação da instância estadual (PPI) 	<ul style="list-style-type: none"> • Forma residual: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada • Forma preponderante: transferências segmentadas em várias parcelas por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de Agentes Comunitários de Saúde/Programa Saúde da Família (Pacs/PSF) • Programa e projetos prioritários para controle de doença e agravos (carências nutricionais, catarata, varizes, atenção de urgência/emergência, doenças infecciosas, vigilância sanitária, atenção à população indígena) 	<ul style="list-style-type: none"> • Negociação em âmbito nacional e estadual e experiência de negociação regional isoladas (ex.: CIB regionais) • Iniciativas isoladas de consórcios • Formalização dos acordos intragovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS e PPI
2002 a 2003	NOAS 2001 /2002	<ul style="list-style-type: none"> • Forte: vinculada às definições do conjunto de ações serviços a serem contemplados nos módulos assistenciais pelo nível federal e às iniciativas e negociações intermunicipais sob coordenação da instância estadual (PPI, Plano Diretor de Regionalização, Plano Diretor de Investimentos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Forma residual: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada • Forma preponderante: transferências segmentadas em várias parcelas por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas incluindo a definição de referências intermunicipais. 	<p>Manutenção dos dispositivos anteriores e:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definição das responsabilidades mínima e conteúdo para a atenção básica. • Redefinição de procedimentos da atenção de média complexidade • Redefinição de procedimentos da atenção de alta complexidade • Criação de protocolos para assistência médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Negociação em âmbito nacional e estadual e experiência de negociação regional isoladas (ex.: CIB regionais) • Iniciativas isoladas de consórcios • Formalização dos acordos intragovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS, da PPI e de experiências de contrato de gestão isoladas. • Implantação de mecanismos de avaliação de resultados (Agenda da Saúde, Pacto de Atenção Básica).

Fonte: NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008.

Finalizando seu estudo sobre os principais marcos legais na constituição do Sistema de Saúde Brasileiro, outro momento importante no SUS foi a publicação do [Decreto 7.508/2011](#), em 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, dispondo, principalmente, sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Seu foco

principal está na organização das redes de atenção do SUS e na apresentação do sistema em si para responder às atuais necessidades do sistema de saúde pública brasileiro. O Decreto trouxe maior clareza acerca dos conceitos essenciais ao sistema: regionalização, hierarquização, região de saúde, articulação interfederativa, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, contratos entre entes públicos, comissões intergestores. Além de oficializar a Atenção Primária como porta de entrada preferencial do SUS e ordenadora do acesso aos serviços.



Pacto pela Saúde: <http://migre.me/rTX1o>

Decreto 7508: <http://migre.me/rTX1A>

3. Resumo

A ideia central desta unidade foi apresentar as diferentes concepções de saúde-doença que podem orientar a clínica, as ações e as práticas na ABS. A partir de seus estudos, você pôde reconhecer relações entre os diferentes modos de ver saúde e a influência disso nas suas práticas.

Você também compreendeu as diferenças entre modelo Biomédico e da Integralidade, o que você precisa fazer para implementar ações integradas em saúde para transformar sua realidade e o processo histórico de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

A seguir, na Unidade de Aprendizagem 2, estudaremos sobre a Atenção Básica à Saúde e as estratégias utilizadas no Brasil para implementá-la.

4. Recomendação de leitura complementar

Sobre a evolução histórica do conceito de saúde-doença:

BARATA, R. de C. B. A historicidade do conceito de causa. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983. p. 1-22.

SCLIAR, M. Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública. Porto Alegre: L & PM, 1987.

Sobre integralidade e equidade:

SILVA, C. M. Equidade e promoção da saúde na estratégia saúde da família: desafios a serem enfrentados. Rev ABS, v.11, p. 451-458, out./dez., 2008.

Unidade 2 – Atenção Básica em Saúde

Introdução

Nesta Unidade abordaremos o conceito de Atenção Básica à Saúde (ABS) e os atributos que o sustentam. Também apresentaremos a estratégia de implementação da Atenção Básica no Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF).

1. Atenção Básica à Saúde (ABS)

Antes de qualquer descrição sistemática da Estratégia Saúde da Família, seria prudente categorizar o conceito em que essa atividade se localiza, a ABS. O termo é uma tradução habitual do que a língua inglesa chamou de *Primary Care*. Entretanto, parece que nem Atenção Básica da Saúde, nem Atenção Primária da Saúde expressam a essência do significado. Atenção Ampliada da Saúde, Atenção Integral da Saúde, também são expressões que não caracterizam fielmente seus sentidos. Claro que não há consenso. Mas, sobretudo, por respeito à forma como o MS tem tratado o assunto, assumiremos, a ABS como expressão do que desenvolveremos a seguir.



A imagem de ABS está intrinsecamente relacionada com aqueles princípios que entendem saúde-doença como processo determinado socialmente. Não nega os condicionantes ecológico-ambientais, mas entende-os como hierarquicamente subjugados à forma como nossa sociedade se organiza. Tão pouco nega os desencadeadores etiológicos, mas situam-nos como componentes dos condicionantes e esses como servis do determinante social.

Vale ressaltar que existem diferentes formas de pensar ABS. Existe, por exemplo, a ABS seletiva que se caracteriza basicamente por programas de impacto a comunidades específicas. Um exemplo poderia ser o Programa de Terapia de Reidratação Oral em região com alta mortalidade por doença diarreica. Também seria considerada ABS seletiva um programa de Saúde Indígena. Outra forma de ver a ABS é como um nível de atenção à saúde. Em geral nível eleito como o primeiro contato dos indivíduos com o sistema de saúde que resolve um elevado número de problemas de saúde com aporte tecnológico ínfimo, centrado no atendimento clínico, ou seja, centrado nas doenças mais comuns, no indivíduo e na figura do médico (ABS Clássica).



Palavras do professor

A construção da ABS que se pretende com o SUS não se afina com nenhum desses dois modelos. Estamos nesse momento assumindo integralmente os princípios da terceira forma de se conceber a ABS, assumida como estratégia de organização/orientação do sistema ao que definiremos ABS ampliada, orientada à comunidade. Que fique bem claro, também, que, quando nos referimos à comunidade, estamos assumindo que nela há famílias e nessas famílias existem pessoas. Comunidade tem vida, pulsa. Esse posicionamento, apesar de ser político, tem uma base epistemológica, e está profundamente relacionado com uma visão de mundo e, conseqüentemente, com uma concepção saúde-doença.

Existem várias opções teóricas que poderiam ser usadas como pontos de partida para definir os princípios da ABS. Mas, aqui, estamos falando da ABS ampliada, orientada à comunidade.



A ABS no Brasil se orienta pelos princípios (BRASIL, 2012):

- Universalidade;
- Acessibilidade e coordenação;
- Vínculo e continuidade,
- Integralidade;
- Responsabilização;
- Humanização;
- Equidade;
- Participação social.

Vamos pautar nossa explanação no princípio de que a ABS está orientada para a comunidade e a ela deve ser servil. Nesse contexto a ABS entende usuário não como um ser individual, mas inserido num contexto familiar e em uma comunidade. A expressão comunidade carrega em seus sentidos estruturas complexas como a cultura e suas representações: grupos sociais, etnias, religiões, saberes, identidades, micropoderes, modos de vida, relações no trabalho, formas particulares de

organização, distribuição de renda, educação, características ambientais, entre outros.

Cabe à equipe de ABS a adscrição dos usuários e a sistematização do conhecimento da prevalência dos problemas comunitários e o arsenal que a comunidade dispõe para seus enfrentamentos. A aplicação de métodos epidemiológicos favorece o reconhecimento dos problemas comunitários, bem como suas relações causais e de determinação, colaborando com o planejamento local de saúde.

A participação democrática dos usuários do sistema nos processos decisórios, como nos Conselhos Municipais de Saúde, Conselhos Locais de Saúde (CLS), Assembleias, reuniões com os usuários, entre outros, são categorias que insinuem a participação social, premissas da orientação comunitária de uma ABS ampliada. Mas, seria a participação nos conselhos locais de saúde a única forma de participação social?



Palavras do professor

É importante que se diga que a simples elaboração de um CLS não assegura a construção de uma nova cidadania, mas podemos entender o seu papel como algo mais significativo do que ser unicamente um instrumento regulador. O CLS deve ser visto como um potente instrumento de planejamento, de ouvidoria, de corresponsabilização e de democracia participativa.

2. Atributos da ABS

Conceito: Atributo – É aquilo que é próprio ou peculiar de alguma coisa, que confere propriedade, qualidade. Símbolo.

A autora Barbara Starfield 2004 conceituou a ABS a partir da sistematização dos seus quatro atributos: Primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

a) Primeiro Contato

Os serviços de primeiro contato do usuário com o sistema de saúde é conhecido como “porta de entrada”, e pressupõe a *acessibilidade e uso do sistema*. Ou seja, a porta de entrada deve garantir

o acesso facilitado ao serviço a cada novo problema de saúde ou novo episódio.

A acessibilidade deve ser inerente à organização dos sistemas de saúde, *já que a sua ausência* faz com que a população não obtenha atenção adequada, ou que ela seja adiada, acarretando prejuízos à saúde e gastos adicionais (STARFIELD, 2004).

A ABS deve ser acessível a todos. Universalidade é a garantia legal, o direito à atenção à saúde, já acessibilidade é a facilitação dos fluxos ao direito da universalidade.

De acordo com Starfield (2004) a maximização do acesso para uma fonte de atenção primária é um ponto muito importante. Vários estudos indicam que há muitas vantagens quando a primeira consulta é realizada por profissionais com abordagem generalista, tais como: melhores resultados na resolução dos problemas de saúde da população, menores custos para o sistema, menor incidência de doenças iatrogênicas e resultados falsos positivos.

Partindo-se do princípio da Universalidade, espera-se que a ABS seja a porta de entrada do SUS. A partir da adscrição do usuário é possível fazer o acompanhamento de suas demandas de saúde e situações de agravos. A ideia de porta de entrada funciona como uma referência de cuidado para o usuário. É na sua comunidade, na sua unidade de ABS, na sua equipe de saúde, que ele busca “abrigo” quando precisa. Essa referência é necessária, mesmo porque o usuário não conhece os fluxos do sistema de saúde.

b) A longitudinalidade

A longitudinalidade, que muitas vezes é inapropriadamente chamada de continuidade, refere-se ao conjunto de mecanismos estabelecidos e necessários no cuidado à população de referência durante o período em que está sob responsabilidade da ABS, que dá uma dimensão de transversalidade na relação entre a equipe de saúde e o usuário do sistema.

Melhor dizendo, longitudinalidade implica em uma relação de corresponsabilização de atenção aos indivíduos em seus ciclos de vida (eixo temporal), quer seja na proteção e promoção da saúde, ou no tratamento de suas demandas clínicas (eixo processo saúde-doença).

Conforme Starfield (2004), “a essência da longitudinalidade é uma relação pessoal ao longo do tempo, independente do tipo de problemas de saúde ou até mesmo da presença de um problema de saúde, entre um paciente e uma equipe de saúde”. Essa relação, por consequência, gera vínculo, responsabilização, confiança e otimização da resolubilidade.



Palavras do professor

Você pode estar pensando: longitudinalidade, vínculo, segmento em certo espaço de tempo? Como resolver isso se as relações trabalhistas na ESF são tão frágeis e a rotatividade é tão grande? Para um profissional de saúde se estabelecer em uma comunidade, além de gostar muito do que faz e entender que aquela opção profissional tem relação com a concepção de mundo que ele carrega, deve ter uma relação trabalhista que implique vínculos fortes e um bom salário, além de boas condições logísticas de trabalho.

c) Integralidade

A integralidade é o principal eixo do modelo de atenção pautado na ABS ampliada, conforme já discutido. Ela exige que a ABS reconheça a variedade completa das necessidades relacionadas à saúde dos indivíduos e disponibilize os recursos necessários para abordá-las (STARFIELD, 2004).

A ABS deve ser o ponto de entrada para atenção à saúde individual, da responsabilização continuada e é o nível de atenção que permite melhor interpretar os problemas apresentados num contexto histórico e meio social (STARFIELD, 2004).

Dessa forma, entende-se que as unidades de ABS devem se organizar para que o usuário receba todos os tipos de serviços de saúde que precisar, mesmo que não possam ser oferecidos dentro dela, incluindo os encaminhamentos para os níveis de média e alta complexidade.

d) Coordenação do Cuidado

A coordenação do cuidado, tratada por Starfield (2004) como sinônimo de integração, pode ser definida como a articulação entre os diversos profissionais, serviços e ações relacionados à atenção em saúde de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012).

A essência da coordenação do cuidado é a disponibilização de informações a respeito dos problemas e serviços anteriores e o reconhecimento da mesma, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento. Ou seja, ela requer alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais ou por parte dos prontuários médicos, ou ambos, além do

reconhecimento de problemas (STARFIELD, 2004).

Um problema de saúde detectado em consultas anteriores ou numa consulta com especialistas deveria ser avaliado nas consultas subsequentes. Esse acompanhamento será facilitado se o usuário for atendido diversas vezes pelo mesmo profissional ou se houver um prontuário médico que esclareça o problema (STARFIELD, 2004). Portanto cabe à equipe da ABS à qual o indivíduo está adscrito, a responsabilidade dessa coordenação.

3. ABS: Por quê? Para quê?

Existem estudos que concluem que países com desenvolvimentos econômicos aproximados podem ter indicadores sanitários diferenciados, sustentado na premissa de ter ou não um Sistema Nacional de Saúde baseado na ABS. Outros resultados também são encontrados: menor gasto per capita em saúde; maior grau de satisfação do usuário; menor quantidade de medicamentos consumidos.

Pesquisas mostram que quanto maior a proporção de médicos de ABS por população, melhores são as chances de vida, independentemente do efeito de outros fatores de influência como a renda per capita (STARFIELD, 2004, p. 533).

Observa-se que, apesar da importância do determinante social e dos condicionantes ecológico-ambientais no desencadeamento nos processos de adoecimento, a ABS pode dar uma resposta satisfatória a indicadores.



A ABS pode promover:

- Menor taxa de mortalidade pós-natal.
 - Melhor sobrevivência à meningite bacteriana.
 - Menores taxas de hospitalização por complicações a diabetes.
 - Menores índices de gravidez na adolescência.
 - Maior cobertura vacinal.
 - Maior expectativa de vida.
 - Maior disponibilidade de tratamento efetivo.
-

Entende-se, assim, que os argumentos para organizar um Sistema Nacional de Saúde baseado na ABS são convincentes.

E o que o Brasil tem a ver com isso? E a Estratégia Saúde da Família? Veremos no próximo tópico.

4. Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família é a opção operacional de implantação e consolidação da ABS no Brasil no âmbito do SUS. Inicialmente foi chamado de Programa Saúde da Família (PSF), em 1993. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi antecessor do Programa de Saúde da Família (PSF), lançado em 1991 para se configurar no cenário nacional como um potencial integrador da política pública governamental.

Há nesse período multiplicação das equipes no Brasil, tendo as premissas do SUS como base, juntamente aos princípios de Atenção Básica/Saúde da Família, o que deveria contemplar: o trabalho com promoção da saúde, acolhimento, visitas domiciliares, trabalho em equipes multidisciplinares, educação em saúde, alta resolubilidade. É o SUS rumo à universalidade e à equidade.

No vocabulário do SUS, equidade diz respeito aos meios necessários para se alcançar a igualdade, estando relacionada com a ideia de justiça social. Condições para que todas as pessoas tenham acesso aos direitos que lhe são garantidos.

Para que se possa exercer a equidade, é preciso que existam ambientes favoráveis, acesso a informação, acesso a experiências e habilidades na vida, assim como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. O contrário de equidade é iniquidade, e as iniquidades no campo da saúde têm raízes nas desigualdades existentes na sociedade.

Idealizado para atender ao princípio da equidade, com indicativo de implantação em regiões bolsões de pobreza, com atividades voltadas às mulheres, gestantes e crianças, nos moldes da APS seletiva, o PSF aos poucos foi mudando de configuração. Deixou de ter as limitações de um programa focal, setorial e expandiu limites, mudou a forma de ver o cuidado em saúde, reorganizou a ABS e consolidou os princípios do SUS, portanto não poderia mais ser assumido como um programa. O MS promoveu a mudança de programa para estratégia, com todas as implicações que essa mudança abrange. Em documento de 1997, o PSF passou a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 1997).

O MS conceitua a ESF como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situado no nível de atenção básica do sistema de saúde, voltado à: ampliação da cobertura e melhoria da qualidade do atendimento; organização do acesso ao sistema; integralidade do atendimento; conscientização da população sobre as principais enfermidades locais e seus determinantes; incentivo à participação da população no controle do sistema de saúde (BRASIL, 2006).

Em 2006, o MS aprovou a Política Nacional de Atenção Básica mediante a Portaria nº 648, de 28 de março. A PNAB 2006 foi atualizada pela Portaria Ministerial GM/MS nº 2488, de 2011, que lançou

inovações, mantendo a essência do documento anterior e reafirmando o significado da ABS:



A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo. Abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Observa os critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido (BRASIL, 2011).

Dentre as atribuições comuns a todos os profissionais que compõem as equipes de saúde da família podemos citar:

- Participar do processo de territorialização e cadastramento das famílias.
- Realizar reuniões de equipes para planejar, monitorar e avaliar as ações em saúde, visando à readequação do processo de trabalho.
- Realizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos, procedendo a primeira avaliação técnica (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade), conforme previstas nas prioridades e protocolos da gestão local.
- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local.
- Manter a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde.
- Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica.
- Realizar ações de educação popular e educação permanente.

- Mobilizar a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social.
- Potencializar ações interdisciplinares e intersetoriais.

A portaria ministerial estabelece as condições para a formação da Equipe de Saúde da Família, sendo elas:

- Equipe multiprofissional com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais.
- Responsável por 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas.
- Composta por, no mínimo, 1 médico, 1 enfermeiro e 1 dentista generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, técnicos de enfermagem, até 12 agentes comunitários de saúde (ACS) (máximo 1 ACS para 750 pessoas).
- Cada profissional pode ter cadastro em apenas uma equipe de SF.
- O profissional médico poderá atuar em no máximo duas equipes de SF e com carga horária total de 40 (quarenta) horas semanais, com as respectivas equivalências de incentivo federal determinadas na Política Nacional de Atenção Básica. É importante lembrar que a carga horária semanal do médico está atrelada ao incentivo financeiro às equipes.

Além da equipe mínima a ESF conta também com a equipe de Saúde Bucal, composta por dentista, auxiliar de higiene bucal e/ou técnico de higiene bucal.

Em 2008, o MS criou o **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)** com o objetivo de apoiar a inserção do ESF na rede de serviços, ampliar o escopo e a abrangência das ações da ABS, aumentando a sua resolubilidade, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde. O Nasf deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, selecionados pelo gestor municipal para atender as demandas locais de saúde, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das ESF (BRASIL, 2010).

Em 2012 o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) com o objetivo de regulamentar a implantação e a operacionalização as ações de ABS no SUS. A PNAB incorpora as inovações dentre eles destacam-se:

- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), regulamentado pela Portaria GM/MS nº 1654, de 19 de julho de 2011.
- Incentivo financeiro para qualificação da infraestrutura das UBS.
- Mudanças nos critérios de credenciamento dos NASF pelos municípios.
- Inclusão de novas estratégias de cuidado: Academia da Saúde, Consultório de Rua, Unidades Básicas fluviais e Equipes SF para comunidades Ribeirinhas.



Política Nacional de Atenção Básica, 2011:
<http://migre.me/rTX27>

É importante que você pense na realidade da área territorial de abrangência de sua UBS e compare com as diretrizes e os parâmetros de organização da ESF preconizados na PNAB 2011, buscando refletir sobre as fragilidades presentes no seu cotidiano e as potencialidades possíveis de serem acionadas para a transformação dessa realidade.



No site do MS, você pode encontrar, além das atribuições comuns à equipe, aquelas relativas a cada categoria profissional e as novas portarias relacionadas à AB. A leitura é fundamental para que você cumpra efetivamente a sua parte. Vá lá! Acesse:
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>

5. Resumo

Com este estudo, esperamos propiciar a reflexão sobre a evolução das políticas públicas no Brasil, especialmente a construção do SUS e a identificação da ABS como atual organização do sistema de saúde.

Contextualizando o conhecimento:

Você conhece seus usuários como pessoas ou somente como alguém com um problema de saúde? Quando o problema de seu usuário é identificado, você garante a resolução do mesmo na ABS ou fornece informações necessárias (faladas ou escritas) para a coordenação do cuidado pelos demais serviços?

6. Sugestão de Leitura

STARFIELD, B. **Atenção primária e sua relação com a saúde**. Brasília: UNESCO - Ministério da Saúde, 2004.

Encerramento do módulo

Neste módulo 1, inicialmente discutimos as concepções de saúde-doença possíveis de serem encontradas nas práticas sanitárias contemporâneas. Partiu-se do pressuposto de que qualquer ação em saúde está inicialmente relacionada com uma concepção de saúde. Admite-se como concepção/ação quatro “jeitos” de fazer saúde. São eles, higienista-preventivista (multicausalidade), social (determinação social do processo saúde-doença), biológico (unicausalidade) e integral (ações integrais em saúde). Caracteriza-se o modelo integral o mais adequado à concepção de saúde e os princípios do SUS. A Atenção Básica é apontada como uma estratégia de organização do SUS. Seus atributos (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) são discutidos, bem como as vantagens de se estruturar um sistema nacional de saúde tendo como eixo a ABS nessa perspectiva.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**. v. 36, n. 94, p. 375-391, set. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: Conass, 2011. 534 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1986.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 153 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção**

Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **.Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36 p.

CUTOLO, L. R. A. **Estilo de Pensamento em Educação Médica: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC.** 2001. 227 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Educação, Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

CUTOLO, L. R. A. **Introdução temática à APS. Unidade 2.** [Recurso eletrônico]/ Universidade Federal de Santa Catarina, Telessaúde SC, Florianópolis : UFSC, 2009.

CUTULO, R. L. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, v. 35, n. 4, p.16-24, 2006.

CZERESINA D.; FREITAS, C. M. (Org). **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.39-53.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: Do império ao desenvolvimento populista. In: Giovanella, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.743-752, 2009.

LOBATO L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: Origens, componentes e dinâmica In: Giovanella, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 107-140.

MAEYAMA, M. A.; CUTOLO, L. R A. As concepções de saúde e suas ações consequentes. **Arquivos Catarinenses de Medicina.** v.39, n.1, p.89-96, 2010.

MATUS, C. **O Plano como Aposta. São Paulo em perspectiva.** v.5, n.4, p.28-42 out/dez. 1991. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_como_aposta-matus.pdf.

MENDES, E. V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

Noronha, J. C.; Lima, L. D.; Machado, C. V. O Sistema Único de Saúde. In: Giovanella, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p.71-88, 1999.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Unesco Brasil, 2004. 726 p.

UNICEF-BRASIL. **Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. 1979.

VERDI, M., DA ROS, M., CUTOLO, L. R. **Saúde e sociedade** [Recurso eletrônico]/ Universidade Aberta do SUS, Florianópolis: UFSC, 2010.

Módulo 2

Processo de Trabalho na ABS I: Organização da Atenção

Unidades 1 e 2
Jorge Ernesto Sergio Zepeda

APRESENTAÇÃO

Caro aluno,

Seja bem vindo! Neste módulo, composto por duas unidades com temas integrados, vamos recuperar alguns conceitos apresentados no Módulo I, agora de forma contextualizada com seu trabalho cotidiano. Serão apresentadas diretrizes e exemplos de trabalho em equipe, organização do acesso à unidade básica de saúde, agendamento de usuários, gestão da atenção ao longo do tempo, organização de reuniões e ações educativas e integração com outras equipes e serviços.

A operacionalização de conceitos e diretrizes do SUS e da Atenção Básica em práticas de atenção nem sempre é tarefa fácil. Com este módulo, esperamos ajudá-lo a entender como o princípio da equidade, por exemplo, pode se expressar no equilíbrio entre atendimento à demanda espontânea e programada, ou como o princípio da integralidade pode se realizar no trabalho coordenado entre os profissionais de uma equipe e entre equipes de serviços diferentes.

Assim, esperamos que, ao terminar o módulo, você entenda a importância dos conceitos trabalhados e, principalmente, que seja capaz de colocá-los em prática em seu local de trabalho, motivando sua equipe a organizar uma atenção em saúde centrada nas pessoas, integral, resolutiva e com o melhor uso possível dos recursos disponíveis na Atenção Básica.

Tudo serve para alguma coisa, mas nada serve para tudo.

Mafalda (Quino)

Objetivo Geral

Ao final deste módulo, o aluno deve ser capaz de organizar o conjunto das atividades de atenção em saúde de uma unidade básica, incluindo a gestão do acesso, a organização das agendas, as reuniões e integração do trabalho da equipe de SF e a coordenação entre a equipe de SF e outras equipes e serviços.

Unidade 1 – Organização do trabalho em equipe e gestão do cuidado na ABS

Ao final desta unidade, o aluno deve ser capaz de organizar seu próprio processo de trabalho, integrado a uma equipe de Atenção Básica, com base nas necessidades da demanda atendida e de forma a oferecer acesso com equidade ao longo do tempo para a maior gama possível de problemas da população sob sua responsabilidade.

1. Introdução

Esta unidade inicia pela apresentação de um perfil das competências esperadas para cada membro das equipes de Atenção Básica. Serão apresentadas as noções de competências e de trabalho em equipe e enfatizada a importância do desenvolvimento de equipes integradas e funcionais, com máximo aproveitamento das potencialidades de cada profissional. As principais atribuições dos profissionais dos NASF e estratégias gerais de integração com as equipes de SF/SB serão abordadas nesta Unidade e aprofundadas na Unidade 2.

Serão apresentadas diretrizes para organização da atenção na unidade de saúde, com ênfase na discussão sobre acesso, agendamento e adequação entre oferta e demanda. Serão abordados de maneira introdutória também a gestão da atenção e o desenvolvimento da equipe. Discutiremos ainda os usos das reuniões de equipe como espaços de planejamento, discussão de casos e educação permanente.

2. Competências dos profissionais da ABS e trabalho em equipe

As necessidades de saúde são complexas, e na Atenção Básica, os problemas costumam apresentar-se de maneira pouco diferenciada e com muita superposição entre problemas orgânicos, funcionais e psicossociais. Para responder ao desafio de oferecer uma atenção à saúde integral à população, a **Estratégia de Saúde da Família** traz alguns diferenciais importantes em relação aos modelos de outros países:

- A presença dos agentes comunitários de saúde.
- A inclusão da saúde bucal.
- A centralidade em equipes multidisciplinares, com territórios definidos, e que atendam todas as idades, grupos populacionais e tipos de problemas (Sampaio, Mendonça & Lermen Jr., 2012).

Quanto ao trabalho em equipe proposto pela ESF é importante salientar que uma equipe deve ser mais eficiente do que um grupo de pessoas sem coordenação, portanto organizar o trabalho em

ESF: Forma brasileira de organizar o SUS, orientada pela Atenção Básica.

equipe é fundamental para a qualidade assistencial. No entanto, a simples presença de diferentes profissionais da saúde não responde este desafio. A oferta de um cuidado integral na Atenção Básica está relacionada à capacidade das equipes multidisciplinares trabalharem efetivamente de forma integrada, interdisciplinar. Para isso, as equipes precisam ter, entre outras características:

- Objetivos comuns, materializados em planos de ação compartilhados, confiança entre seus membros e apoio mútuo.
- Interdependência entre seus membros, com eficiência do trabalho coordenado e responsabilidades claras sobre as ações.
- Boa comunicação, tanto nos desacordos quanto nos consensos (SEMFyC, 2006).

Uma construção conceitual que pode auxiliar na compreensão e organização do trabalho em equipe é a diferenciação entre campo e núcleo de competência profissional. O núcleo define a identidade de uma determinada profissão da saúde, aquilo que é exclusivo dela, e o campo seria um espaço de limites menos precisos, em que cada profissão buscaria nas outras o apoio para cumprir tarefas comuns e que exigem múltiplos saberes e habilidades (Campos, Chakour & Santos, 1997). Por exemplo, o campo da Saúde da Família ou da Atenção Básica seria o espaço de sobreposição das atividades das várias profissões da saúde que atuam neste cenário, enquanto os núcleos seriam as atribuições específicas de cada uma das profissões, que as definem e justificam uma existência separada.

Como exemplo, apresentaremos a seguir alguns exemplos de atribuições comuns a todas as profissões que atuam nas equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal – competências de campo - e exemplos de atribuições específicas de cada profissão das equipes de SF/SB – competências de núcleo, conforme definição normativa do MS na Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2011).

Quanto ao trabalho em equipe proposto pela ESF é importante salientar que uma equipe deve ser mais eficiente do que um grupo de pessoas sem coordenação, portanto organizar o trabalho em equipe é fundamental para a qualidade assistencial. No entanto, a simples presença de diferentes profissionais da saúde não responde este desafio. A oferta de um cuidado integral na Atenção Básica está relacionada à capacidade das equipes multidisciplinares trabalharem efetivamente de forma integrada, interdisciplinar. Para isso, as equipes precisam ter, entre outras características:

- Objetivos comuns, materializados em planos de ação compartilhados, confiança entre seus membros e apoio mútuo.
- Interdependência entre seus membros, com eficiência do trabalho coordenado e responsabilidades claras sobre as ações.
- Boa comunicação, tanto nos desacordos quanto nos consensos (SEMFyC, 2006).

Uma construção conceitual que pode auxiliar na compreensão e organização do trabalho em

equipe é a diferenciação entre campo e núcleo de competência profissional. O núcleo define a identidade de uma determinada profissão da saúde, aquilo que é exclusivo dela, e o campo seria um espaço de limites menos precisos, em que cada profissão buscaria nas outras o apoio para cumprir tarefas comuns e que exigem múltiplos saberes e habilidades (Campos, Chakour & Santos, 1997). Por exemplo, o campo da Saúde da Família ou da Atenção Básica seria o espaço de sobreposição das atividades das várias profissões da saúde que atuam neste cenário, enquanto os núcleos seriam as atribuições específicas de cada uma das profissões, que as definem e justificam uma existência separada.

Como exemplo, apresentaremos a seguir alguns exemplos de atribuições comuns a todas as profissões que atuam nas equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal – competências de campo - e exemplos de atribuições específicas de cada profissão das equipes de SF/SB – competências de núcleo, conforme definição normativa do MS na Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2011).

2.1 Atribuições comuns a todos os profissionais das equipes SF/SB



- Participar da territorialização da área de atuação da equipe.
- Manter atualizado o cadastramento das famílias da área (população adscrita).
- Utilizar dados da territorialização, dos sistemas de informação da Atenção Básica e de análise da demanda atendida para adequação constante do planejamento local às necessidades de saúde.
- Realizar ações de atenção à saúde da população adscrita na unidade de saúde e, quando necessário, nos domicílios e demais espaços comunitários, para todas as faixas etárias e todos os problemas mais comuns.
- Realizar ações nos âmbitos da promoção de saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde, conciliando atendimento de demanda espontânea, realização de ações programáticas e outras ações coletivas e educativas.
- Participar do primeiro atendimento dos usuários, realizando escuta qualificada, identificação dos motivos de procura, avaliação de riscos e vulnerabilidades e identificação das possibilidades de intervenção pela própria equipe e por outros pontos de atenção, responsabilizando-se pela continuidade da atenção.
- Realizar ações de vigilância à saúde, incluindo busca ativa e notificação de agravos.
- Coordenar o cuidado da população quando esta necessita de cuidado em outros pontos de atenção do sistema de saúde.

- Participar de reuniões de equipes para planejamento e avaliação das ações.
- Participar das atividades de educação permanente.
- Identificar parceiros e recursos na comunidade e em outros setores (educação, assistência social) que possam potencializar as ações da equipe de saúde.
- Promover a participação da comunidade no autocuidado, na melhoria das condições coletivas de saúde e no manejo de seus problemas sanitários, inclusive através do controle social do SUS.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2011.

2.2 Atribuições específicas de cada profissional da ESF

Enfermeiro

- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo; solicitar exames, prescrever medicamentos e encaminhar usuários para outros serviços quando necessário, em conformidade com protocolos e normas vigentes e observadas as disposições legais da profissão.
- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com a equipe.
- Realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem.
- Participar do gerenciamento dos insumos da UBS.



Auxiliar e técnico em enfermagem

- Participar das atividades de atenção à saúde em todos os locais de atuação, nos âmbitos da promoção, prevenção e recuperação de saúde, para todas as faixas etárias, realizando procedimentos regulamentados para sua profissão.
- Realizar ações de educação em saúde, conforme planejamento da equipe.
- Participar do gerenciamento dos insumos da UBS.

Médico

- Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atendimentos de urgência e atividades em grupo na UBS e, quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários.
- Encaminhar os usuários, quando necessário, a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais e mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento e, sempre que possível, pela coordenação do plano terapêutico do usuário; indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo o acompanhamento do usuário.
- Contribuir com as atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe.
- Participar do gerenciamento dos insumos da UBS.

Agente Comunitário de Saúde

- Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados.
- Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver ações para fortalecer a integração e a vinculação entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS.
- Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, com programação das visitas e discussão das situações encontradas em conjunto com a equipe; manter contato permanente com as famílias para estímulo de autocuidado, prevenção de doenças e acompanhamento dos problemas de saúde.
- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas na comunidade.
- Manter a equipe informada a respeito de situações de risco individual e coletivo encontradas, inclusive situações de risco ambiental.
- Acompanhar as condicionalidades do Programa Bolsa Família e de outros programas similares de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades.
- Desenvolver atividades de atenção à demanda e organização da atenção, vinculadas às atribuições acima, no âmbito das UBS.

2.3 Visitas do ACS e demais membros da equipe

Os documentos normativos do Ministério da Saúde apontam uma média de uma visita por mês a cada família para o ACS como referência, porém isso não deve restringir ou burocratizar o uso que as equipes podem fazer das visitas. Em especial, não se devem limitar as visitas aos grupos “marcadores” da Saúde da Família (hipertensos, diabéticos, idosos, gestantes, crianças, pessoas com tuberculose e com hanseníase). As



necessidades de visitas devem ser discutidas nas reuniões de equipe, utilizando-se do cadastro de famílias e usuários, dos dados dos sistemas de informação utilizados no município. A partir dos dados da demanda atendida pela equipe, é possível planejar a adequação da agenda de visitas do ACS e dos demais profissionais das equipes de SF/SB às diferentes necessidades dos usuários. Devem ser utilizados critérios de risco e vulnerabilidade para esta programação, evitando que sejam visitadas sempre as mesmas pessoas e possibilitando que famílias com maior necessidade sejam vistas mais vezes. Por exemplo, as visitas podem ser usadas para:

- Reforço de adesão a tratamentos ou acompanhamentos preventivos.
- Acompanhamento de sinais vitais e/ou realização de procedimentos em usuários selecionados.

- Orientação sobre consultas ou exames solicitados/realizados.
- Suporte a famílias em situações difíceis.
- Avaliação de fatores de contexto influenciando situações de saúde.
- Vinculação de pessoas que normalmente não frequentam a unidade (ex: pessoas com problemas com álcool e outras drogas); etc.

2.4 Atribuições específicas de cada profissional da ESB

Cirurgião-Dentista

- Realizar diagnóstico epidemiológico para o planejamento de ações em saúde bucal.
- Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as pessoas da área adscrita.
- Realizar procedimentos clínicos do âmbito da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares.
- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais.
- Acompanhar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os membros da equipe de SF.
- Supervisionar o Técnico em Saúde Bucal (TSB) e o Auxiliar em Saúde Bucal (ASB).

Técnico em Saúde Bucal (TSB)

- Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva a todas as pessoas da área de abrangência, de acordo com suas competências técnicas e legais.
- Acompanhar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os membros da equipe de SF.
- Apoiar as atividades de prevenção e promoção da saúde bucal dos ASB e dos ACS; Participar do treinamento e capacitação do ASB.
- Participar do gerenciamento dos insumos da UBS; coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos.
- Participar na realização de levantamentos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador.
- Realizar o primeiro atendimento do paciente nos serviços de saúde bucal.
- Fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista; realizar fotografias e tomadas de uso odontológico; Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta; proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos; aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos.

Auxiliar em Saúde Bucal (ASB)

- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde.
- Executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho; aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos; processar filme radiográfico; selecionar moldeiras; preparar modelos em gesso; manipular materiais de uso odontológico.
- Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas.
- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal.
- Acompanhar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os membros da equipe de SF.
- Participar na realização de levantamentos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador.



Na Política Nacional de Atenção Básica (Portaria 2488/2011), reformulada em 2011 (há uma versão anterior, de 2006), encontram-se as bases normativas da organização da ABS no Brasil. Disponível em:

<http://migre.me/rTX2U>

Na busca de uma atuação integrada e interdisciplinar, cada profissional deve melhorar e expandir continuamente suas habilidades para exercer seu potencial máximo de trabalho colaborativo com sua equipe. Pode-se ampliar o alcance do trabalho em saúde na Atenção Básica através de processos de transferência de saberes e habilidades e de divisão do trabalho dentro da própria equipe de Saúde da Família. Trata-se de constituir equipes mais funcionais (Gérvas & Pérez Fernández, 2011), por meio, por exemplo, da transferência gradual de competências educativas, de comunicação e administrativas para os agentes de saúde e técnicos de enfermagem. Também com uma melhor divisão do trabalho clínico entre médicos e enfermeiros, respeitando os limites técnicos e legais de cada profissão. A seguir apresentamos alguns exemplos, que devem ser vistos como sugestões e avaliados sempre em função do contexto local de cada equipe:

- Os agentes de saúde e o pessoal administrativo e de recepção (onde este recurso estiver disponível) podem ser capacitados para: orientar os usuários sobre o funcionamento da unidade e o acesso a outros serviços; organizar a demanda espontânea na unidade, inclusive direcionando para os profissionais ou setores adequados; realizar ações educativas em sala de espera, domicílios ou outros espaços comunitários; ajudar em tarefas de gerenciamento de cuidado e continuidade da atenção como a busca de usuários para retorno na unidade, contatos

por telefone para estimular adesão, devolução de exames já avaliados pela equipe de saúde, etc.

- Os auxiliares e técnicos de enfermagem podem manter uma agenda de visitas e consultas para seguimento de usuários em acompanhamento pela equipe de saúde, como parte dos planos terapêuticos de alguns usuários; realizar ações educativas e preventivas com maior conteúdo técnico, inclusive educação para realização de procedimentos (curativos; cuidados com acamados; cuidados com materiais e medicamentos); participar do primeiro atendimento da demanda espontânea, realizando identificação de motivos de procura, e coleta de sinais vitais e outras informações, de forma integrada à retaguarda do enfermeiro e/ou médico; etc.

- Os enfermeiros devem buscar uma atuação clínica compatível com suas competências técnicas, que muitas vezes são subaproveitadas nas equipes, mantendo uma agenda aberta para todas as faixas etárias e integrada à agenda do médico, de forma a possibilitar ampla colaboração horizontal na atenção à demanda espontânea e programada, através de interconsultas, consultas conjuntas, intercâmbio de usuários entre os profissionais; além disso, podem se responsabilizar direta ou indiretamente por grande parte das visitas domiciliares, grupos operativos, atendimentos em grupo e ações em escolas.

- Os médicos devem buscar uma maior integração com os enfermeiros, com ampla troca de saberes e acompanhamento dos usuários de forma complementar e não paralela; idealmente, os médicos deveriam atender cada vez mais doenças, queixas vagas e mal definidas e outras situações de difícil manejo, oferecendo retaguarda para a equipe na realização de ações mais rotineiras como acompanhamento de usuários com doenças crônicas, gestantes e crianças.



Palavras do professor

Para que sugestões como estas sejam colocadas em prática é fundamental um acordo de toda a equipe. Abertura para a troca de saberes e habilidades e a disponibilidade de cada um para se desenvolver como trabalhador de saúde. Igualmente importante é o grau de organização local da atenção, com população definida e conhecimento mínimo sobre o perfil demográfico, epidemiológico e de utilização da unidade. Estes conhecimentos também podem ser utilizados para monitorar e adequar a divisão de trabalho na equipe e as ofertas da equipe para a população.

2.5 Integração da equipes de SF/SB com as equipes dos NASF

A Atenção Básica no Brasil vem passando por algumas mudanças importantes no sentido da ampliação do conjunto de ações e serviços oferecidos. A nova Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2011) incorpora ao escopo da ABS, além das equipes de SF e SB, outras equipes para populações específicas, como os Consultórios na Rua; as Academias da Saúde, voltadas para a promoção da prática de atividade física; e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).



Os NASF são equipes multiprofissionais da ABS, formadas por profissionais com núcleos de competências diversos daqueles dos profissionais das equipes de SF/SB, que foram criados para ampliar a abrangência e a resolubilidade das ações da ABS.

A abrangência é uma das dimensões do conceito de integralidade e se refere ao conjunto de ações e serviços oferecidos na Atenção Básica (na unidade de saúde ou em outros espaços como domicílios, escolas e espaços comunitários). A abrangência está diretamente ligada ao conceito de resolubilidade, que se refere à capacidade da ABS de resolver a maior parte dos problemas que se apresenta para ela.

As ocupações que podem compor NASF são: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Homeopata; Nutricionista; Pediatra; Psicólogo; Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Geriatria; Médico Internista (clínica médica); do Trabalho; Veterinário; Profissional com Formação em Arte e Educação - arte-educador; e Profissional Sanitarista - graduado na área de saúde, com pós-graduação em saúde pública ou coletiva, ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

Os NASF devem trabalhar de forma integrada às equipes de SF/SB, a partir de demandas e problemas clínicos e sanitários destas equipes, oferecendo suporte assistencial e técnico-pedagógico na forma de: discussão de casos, atendimentos conjuntos, atendimentos específicos, ações de educação permanente, articulação de recursos do território ou de outros setores, entre outras atividades. Apesar de fazer parte da Atenção Básica, os NASF não são serviços com unidades físicas independentes, o acesso aos seus atendimentos deve ser regulado pelas equipes de SF/SB. Sua missão central é apoiar o fortalecimento das equipes de SF/SB para que estas possam lidar de maneira mais efetiva com os problemas de seus usuários.

As principais apostas dos NASF são de que, ao agregar outros profissionais às equipes da ABS em posição de apoio: (i) as equipes de SF/SB terão oportunidades de ampliar sua capacidade de resposta

a problemas complexos, através da educação permanente, atendimentos conjuntos, discussão de casos e projetos terapêuticos multiprofissionais; e (ii) os usuários terão acesso a um maior espectro de recursos terapêuticos, representados tanto pelas ações específicas dos profissionais NASF, quanto pelas parcerias facilitadas pelo NASF com outros serviços e outros setores. A integração do NASF com as equipes de SF/SB representa, ainda, uma oportunidade de reflexão sobre o processo de trabalho na ABS, através da prática regular de discussão de problemas e construção de respostas conjuntas entre as equipes.

Como exemplo, tomemos a discussão de uma equipe de SF com o NASF sobre suas dificuldades em lidar com pessoas com problemas com álcool e outras drogas, iniciada a partir da necessidade em se estabelecer um plano terapêutico conjunto entre as equipes para um adulto com problemas com álcool e difícil adesão a consultas agendadas. Podem ser construídas diversas atividades para abordar estas dificuldades, como espaços de formação para a equipe de SF, grupos para usuários realizados em conjunto com profissional do NASF, contato com serviços de referência como os CAPSad e contato com grupos dos Alcoólicos Anônimos na região. Também se pode aproveitar a ocasião para discutir melhorias no primeiro atendimento de pessoas com este tipo de problema, combinar maior agilidade nos encaminhamentos internos entre as equipes, definir responsabilidades por seguimento telefônico de usuários que faltam a atendimentos. A equipe pode utilizar este caso ou problema para pensar, por exemplo, sobre a incorporação de técnicas de entrevista motivacional entre as habilidades dos profissionais, úteis também para tratar problemas como obesidade e adesão a doenças crônicas. Pode perceber que o número de atendimentos de usuários de álcool e outras drogas é menor que o que seria esperado e, a partir disso, repensar as formas de acesso para aumentar a utilização por adolescentes e adultos jovens e incluir pessoas com este tipo de problema entre as prioridades de identificação pelos ACS, como forma adicional de captação.

Ou seja, a discussão de um problema clínico ou sanitário pode levar a melhorias na organização do processo de trabalho das equipes, muitas vezes com consequências positivas para além do caso inicial. Esta “função adicional” da equipe NASF não deve ser confundida com o trabalho da gestão, pois não há ascendência do NASF sobre as equipes apoiadas. Mas para que esta discussão do processo de trabalho da ABS entre equipes de SF/SB e NASF possa ocorrer sem resistências das próprias equipes, deve preferencialmente partir de problemas clínicos e sanitários que incomodam e mobilizam as equipes apoiadas, aumentando assim as chances de envolvimento e evitando a confusão entre papéis de apoio e supervisão do trabalho.

2.5.1 Atribuições comuns a todos os profissionais NASF

- Organizar suas ações de acordo com o referencial do apoio matricial.
- Atuar de maneira integrada aos profissionais das equipes de SF/SB, nas próprias unidades de saúde ou em outros espaços dos territórios.
- Atuar de forma integrada às Redes de Atenção à Saúde e seus serviços e a outras redes como o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e redes sociais e comunitárias, a

- partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da Saúde.
- Dividir com as equipes apoiadas a responsabilidade pelo acompanhamento dos usuários de seu território de abrangência, através de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal sob responsabilidade das equipes de SF.
 - Auxiliar no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários.
 - Realizar ações de educação permanente voltadas para a ampliação da clínica das equipes apoiadas.
 - Realizar discussão de casos e interconsultas; participar da formulação de projetos terapêuticos e de atendimentos conjuntos, individuais e coletivos.
 - Realizar atendimentos específicos de casos que ultrapassam a capacidade atual da equipe de SF mesmo com apoio do profissional NASF, definindo seguimento complementar pela equipe de SF.
 - Definir, em conjunto com as equipes apoiadas, critérios para acionamento do apoio em situações imprevistas e critérios para acesso as suas atividades específicas.
 - Realizar intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade.

Fonte: Brasil, 2011

3. Organização do acesso e gestão da Atenção

A gestão da demanda dos usuários é tarefa fundamental da Atenção Básica, embora muitas vezes seja interpretada pelas equipes de saúde e pelos gestores como uma interferência no trabalho cotidiano. Não é incomum ouvir queixas de profissionais que atuam na Saúde da Família sobre o excesso de assistência quando deveria ser feito apenas promoção de saúde e prevenção de doenças, ou sobre o excesso de pressão da demanda espontânea quando se deveria realizar apenas Atenção “de rotina” a alguns grupos prioritários. Não estamos nos referindo aqui a problemas de excesso de população por equipe, que sem dúvida dificultam o desenvolvimento de um trabalho ideal, mas à percepção geral de que a assistência, principalmente à demanda espontânea, seria um “desvio de rota” da Estratégia de Saúde da Família.

Esta percepção é, em parte, herança de modelos de atenção à saúde anteriores ao SUS e à ESF, em que as ações de assistência à saúde eram ofertadas em hospitais e ambulatórios, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O Ministério da Saúde ficava responsável pelas ações programáticas e preventivas, como campanhas de vacinas, puericultura e pré-natal, prevenção do câncer de colo de útero e de mama e controle de hipertensão e diabetes. Além da separação entre ações de vigilância/prevenção e ações de tratamento, grande parte da assistência era focada em ações para grupos prioritários, que são mais ou menos os mesmos até hoje (crianças, gestantes, idosos, pessoas com hipertensão, diabetes, hanseníase e tuberculose). Os primeiros programas de abrangência nacional que poderiam ser considerados de Atenção Básica,

na década de 80 (antes do SUS), eram focados em populações específicas, como os programas de assistência integral à saúde da criança e da mulher. O próprio Programa de Saúde da Família, em seus primeiros anos, priorizou a atenção a seis grupos específicos, apesar de já trazer também uma ideia de ampliação da abrangência da Atenção Básica para atender à maior parte dos problemas da área de abrangência das equipes.



Com a criação do SUS e principalmente com a expansão da Atenção Básica no modelo de Saúde da Família, ambos fortemente sustentados pelo princípio da integralidade, estas dicotomias entre prevenção e assistência, ações programáticas e atenção à demanda espontânea têm dado lugar progressivamente a uma orientação de sistema de saúde centrado nas necessidades das pessoas. Independente da presença de algum “marcador de prioridade”, com o máximo possível de integração entre as distintas ações e serviços de saúde de forma a facilitar o acesso das pessoas aos recursos mais adequados, dentre aqueles disponíveis para prevenir ou resolver seus problemas de saúde. Hoje, pode-se dizer que esta dupla dicotomia – prevenção versus assistência e atenção programada versus demanda espontânea – é um dos dilemas centrais a serem superados na organização de uma Atenção Básica mais resolutiva.

Veja o que está escrito no primeiro parágrafo da nova Política Nacional de Atenção Básica, sobre os princípios e diretrizes da Atenção Básica (Portaria GM/MS nº 2488, de 21 de outubro de 2011): *“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito **individual e coletivo**, que abrange a **promoção** e a **proteção** da saúde, a **prevenção** de agravos, o **diagnóstico**, o **tratamento**, a **reabilitação**, **redução de danos** e a **manutenção da saúde** com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de **trabalho em equipe**, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza **tecnologias de cuidado complexas e variadas** que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que **toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida.**” (Brasil, 2011).*



Palavras do professor

Como se pode ver, a missão da ABS é exatamente integrar estas funções e atividades de forma a atender às diferentes necessidades de saúde das pessoas.

Mas como fazer isso? Como trabalhar com vigilância em saúde e atenção a urgências, procedimentos cirúrgicos e visitas domiciliares?

Já foi ressaltada a importância de um trabalho integrado em equipe para garantia de integralidade na atenção, ampliando a capacidade de atuação de cada profissional e a capacidade de resposta conjunta da equipe aos problemas de saúde. Para que este trabalho seja mais efetivo, é fundamental, além disso, o entendimento e acordo da equipe sobre a organização da interface entre equipe e usuários e sobre a disponibilidade de ações e serviços pela equipe.

3.1. Barreiras de acesso

O acesso das pessoas, em tempo oportuno, a ações e a serviços de saúde adequados as suas necessidades é condição limitante para uma atenção à saúde de qualidade, e é atributo central dos serviços e sistemas de Atenção Básica.



Acesso pode ser definido como o grau de ajuste/desajuste entre as pessoas e os serviços de saúde, ou como as características dos serviços de saúde que influenciam a capacidade das pessoas de utilizá-los (Travassos & Martins, 2004).

Ou seja, existem características da organização dos serviços que podem facilitar ou dificultar sua utilização, o que nos impõe a responsabilidade de entender estes fatores para organizar os serviços de forma a facilitar sua utilização adequada e acesso oportuno às ações disponíveis. A Unidade Básica de Saúde, como referência das ações de Atenção Básica nos territórios, deve ser o primeiro contato das pessoas com a rede de serviços de saúde e o local de utilização mais frequente pela população. Mas, muitas vezes os serviços podem impor barreiras de acesso aos usuários, dificultando a utilização, limitando o acesso oportuno das pessoas às ações disponíveis e impedindo os efeitos esperados na saúde das pessoas. As principais barreiras de acesso podem ser classificadas em geográficas – distância entre a unidade e a residência, existência de transporte – e organizacionais – horários da unidade, tipo de profissional disponível, forma de marcação de consultas, humanização ou burocracia na relação com o usuário, tempos de espera, entre outros. Algumas situações comuns que podem dificultar o acesso da população são: burocratização do contato entre população e equipe de saúde; “gargalos” no agendamento de consultas, gerando filas e listas de espera; ênfase excessiva em ações programáticas, gerando discriminação positiva para alguns grupos e dificultando o acesso de outros; baixa disponibilidade de consultas para a demanda espontânea; pouca integração entre os profissionais da equipe, gerando repetição e

desperdício de consultas; subutilização das competências de cada profissional; excesso de retornos induzido pelo profissional; má comunicação com a população sobre a organização da unidade; entre outros. Podemos ver que, apesar de ainda estarmos longe, na maior parte dos lugares, de uma proporção ideal entre população e equipe, e de reconhecer que muitas vezes as equipes de ABS são pressionadas a resolver problemas que ultrapassam suas possibilidades, é possível realizar mudanças que facilitem o contato da população com o serviço e melhorem a satisfação dos usuários e, em última instância, da própria equipe com seu trabalho.



Palavras do professor

A demanda não desaparece quando “fechamos” a unidade para ela; pelo contrário, a população tende a pressionar para obter o que necessita, gerando atritos entre equipe e população, e ao mesmo tempo tem dificuldades de se vincular à equipe, gerando falta e má adesão. Desse modo, organizar a atenção com maior abertura à demanda espontânea pode gerar um excesso de utilização nas primeiras semanas, mas este tende a se estabilizar ao longo do tempo, à medida que as pessoas percebem que são atendidas se precisam e que podem confiar na equipe não apenas para a vigilância de problemas crônicos ou orientações preventivas, mas também para problemas agudos e preocupações comuns. Com o conhecimento da população pela equipe e a oportunidade de múltiplos contatos ao longo do tempo, as consultas tendem a ser mais breves e centradas em poucos problemas. Consultas mais prolongadas ou procedimentos podem ser autorreferenciados pelo próprio profissional para espaços específicos em sua agenda. Organizar a atenção à demanda não é uma forma de reprimi-la, mas sim de coordená-la.

3.2. Organização das agendas de consultas e demais ofertas assistenciais

Os primeiros horários da manhã e da tarde podem ser reservados para atender a demanda do dia, oferecendo a possibilidade de contato com a equipe de saúde todos os dias. Nestes horários, devem ser atendidas situações urgentes e também não urgentes, como demandas de continuidade

da atenção (receitas, exames), pessoas que só podem consultar neste dia, pessoas com dificuldades de acesso, pessoas que nunca vieram à unidade, problemas de acesso geram preocupação importante entre outras situações específicas. A regra seria evitar adiar aquilo que pode ser resolvido na hora. Alternativamente, podem-se intercalar consultas agendadas com consultas do dia. Cada equipe pode ter que testar várias formas até encontrar o melhor funcionamento, sempre com acordo entre seus membros e comunicação clara com a população sobre cada mudança.



A segunda metade de cada turno (ou a metade dos horários, no caso de agenda com alternância entre consultas do dia e programadas) pode ser reservada para consultas previamente agendadas, procedimentos, visitas, reuniões de equipe, ações compartilhadas com o NASF, elaboração de relatórios, contatos telefônicos com usuários. O agendamento deveria ser feito durante toda a semana, evitando filas em dias específicos.

O médico e o enfermeiro da equipe devem trabalhar de maneira integrada na atenção às demandas programada e espontânea, trocando usuários, auto encaminhando para consultas estendidas. Idealmente, um dos dois profissionais deve estar disponível para consultas na maior parte do tempo de funcionamento da unidade, oferecendo retaguarda para o pessoal de recepção ou técnicos de enfermagem.

Os técnicos devem ser dispensados de atividades burocráticas, como a triagem de sinais vitais de todos os usuários, e ser capacitados para realizar funções complementares ao atendimento dos médicos e enfermeiros. Podem fazer a primeira avaliação dos usuários, com direcionamento adequado para as agendas quando necessário, procedimentos agendados sobre supervisão do enfermeiro, tarefas de seguimento e organização da atenção, como acompanhamento de sinais vitais, de adesão ou problemas com medicamentos, contatos telefônicos, devolução de exames já avaliados com orientações, entre outras. Desse modo, a equipe trabalha de maneira integrada e centrada nos usuários.



Características de uma boa agenda

- Número de consultas disponível compatível com a demanda.
- Não separar períodos da agenda para programas específicos.
- Adaptar constantemente a agenda às variações na demanda.
- Reservar espaços para recuperação de atrasos nos atendimentos.
- Agenda complementar entre médico e enfermeiro (com utilização de interconsultas e encaminhamentos).

horizontais).

Individualizar o tempo de consulta (maioria de consultas rápidas, com espaço para algumas consultas mais demoradas, programadas ou autoencaminhadas).

Evitar excesso de consultas e retornos gerados pelo próprio profissional.

Adaptado de: Gusso & Poli Neto, 2012.

É importante reservar alguns minutos da agenda de cada profissional para contatos telefônicos, úteis e efetivos principalmente para garantia de continuidade da atenção. Nesse sentido, os contatos podem servir para: monitorar o uso de medicamentos ou a evolução de sintomas; reforçar a importância da adesão a determinados procedimentos; comunicar sobre novas ofertas de promoção da saúde das equipes de SF/SB; obter informações de usuários ou seus familiares sobre pessoas internadas; avisar sobre exames marcados ou resultados de exames avaliados; entre outras funções. Além de ajudar a diminuir custos e tempo, pode ajudar a reduzir faltas e melhorar a adesão a atividades. A equipe deve manter um livro de recados e registros.

A principal limitação que deve ser observada na realização de consultas por telefone são a ausência da comunicação não verbal e a impossibilidade de se examinar a pessoa. Nesse sentido, um dos objetivos principais de um contato telefônico é definir se a pessoa precisa ser examinada ou vista pessoalmente. Deve-se, sempre que possível, falar com a própria pessoa que busca atenção, e não apenas com familiares. O conhecimento prévio do usuário é a melhor forma de se evitar erros e avaliar a confiabilidade das informações. Na dúvida ou na ausência de informações confiáveis, não se deve aconselhar. Sempre que for dada alguma orientação, deve-se garantir que a pessoa entendeu, pedindo que repita com suas palavras, e estabelecer um plano de seguimento, para o caso de dúvidas ou de uma evolução diferente do previsto. Muitas vezes é necessário um contato adicional no dia seguinte, por exemplo. Toda consulta por telefone deve ser detalhadamente registrada no prontuário da pessoa.

Exemplo de agenda do médico e do enfermeiro de uma equipe de SF considerando apenas a atividade 'consulta'

Médico	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
8h-10h*	Consultas do dia**	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia
10h-10h20	Telefone, receitas, relatórios, atividades não assistenciais				
10h20-12h	Consultas agendadas***	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Consultas agendadas
13h-15h	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia

15h-15h20	Telefone, receitas, relatórios, atividades não assistenciais				
15h20-17h	Consultas agendadas***	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Consultas agendadas
Enfermeiro	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
8h-10h*	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia
10h-10h20	Telefone, receitas, relatórios, atividades não assistenciais				
10h20-12h	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Reunião de equipe	Consultas agendadas
13h-15h	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia
15h-15h20	Telefone, receitas, relatórios, atividades não assistenciais				
15h20-17h	Consultas agendadas	Grupo educativo	Consultas agendadas	Visita domiciliar	Consultas agendadas

Fonte: Adaptado de Gusso & Poli Neto, 2012.

*Os **horários e a distribuição das atividades** nos turnos e dias são ilustrativos, devendo ser adaptados à realidade de cada equipe. Lembrando que uma parte do turno pode ser reservada para procedimentos, visitas, reuniões de equipe, ações compartilhadas com o NASF, elaboração de relatórios, contatos telefônicos com usuários, entre outros.

****Consultas do dia** (exemplos) - Pessoas que se sentem mal, que estão ansiosas com algum sintoma ou problema ou precisam falar com o médico/enfermeiro; oportunidades de vinculação, como pessoas que nunca consultaram, com problemas de adesão ou dificuldade de vir à unidade.

Erros comuns: considerar como consultas do dia apenas as urgências médicas; definir critérios rígidos para inclusão na agenda.

*****Consultas agendadas** (exemplos) – Pessoas que preferem agendar, retornos para reavaliação, auto encaminhamento para consulta estendida, problemas de saúde mental que exigem atenção especial, pequenos procedimentos cirúrgicos.

Erros comuns: considerar como consultas agendadas apenas as “programáticas” (hipertensos, gestantes, puericultura, etc.); separar os horários por faixa etária ou tipo de problema.

Algumas situações comuns, com procedimentos relativamente estruturados de atenção, podem ser abordadas em grupos, recurso muitas vezes utilizado para lidar com a demanda. Os grupos podem ser úteis como oferta complementar aos atendimentos individuais, e devem ser organizados de acordo com o perfil de demanda e problemas de cada equipe SF.

Os grupos mais comumente realizados na atenção primária são aqueles voltados para educação em saúde ou apoio no autocuidado para usuários homogêneos, seja por compartilhar faixa etária ou fase do ciclo vital – grupos de gestantes, de idosos etc. -, seja por compartilharem problemas semelhantes – grupos de diabéticos, de asmáticos, de cuidadores familiares etc. Por serem mais

centrados nas características da situação em comum do que no processo grupal como veículo terapêutico, não exigem necessariamente da equipe uma capacitação consistente em trabalhos com grupos (Casanova, Osório & Dias, 2012).



Para entender um pouco sobre as potencialidades dos trabalhos com grupos e conhecer as principais abordagens e técnicas utilizadas, leia: OSÓRIO LC. *Grupoterapia: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

Sempre deve haver planejamento e discussão sobre a necessidade do grupo, motivação para criá-lo e para participar dele, público-alvo, resultados esperados e abordagens ou técnicas utilizadas na condução. A equipe deve definir o responsável ou os responsáveis pelo grupo, que devem estudar os temas e planejar a condução de cada encontro. De um modo geral, grupos educativos podem ser realizados por agentes de saúde e técnicos de nível médio, inclusive atividades coletivas como escovação bucal supervisionada em escolas. **Grupos terapêuticos**, em geral, devem ser realizados por médico, enfermeiro ou dentista, como os grupos de tratamento de fumantes com técnica cognitivo-comportamental e os grupos de resolução de problemas para pessoas ansiosas e deprimidas.



Grupos baseados em problemas reais vivenciados pelos usuários e com espaço para reflexão conjunta e troca de experiências são preferíveis a grupos do tipo “palestra”, em que um profissional de saúde discorre sobre um tema previamente definido. Podem ser criados grupos em torno de tarefas específicas de autocuidado, como: adesão a uso de medicamentos; apoio no automonitoramento de glicemia; abandono do tabagismo; aumento da prática de atividades físicas; adaptação a mudanças corporais da gestação; adaptação a crises vitais; adaptação a sintomas somáticos crônicos etc. Os participantes devem ser estimulados a interagir e trocar soluções, em vez de centralizar perguntas no profissional de saúde como um “especialista”. É fundamental respeitar o senso comum, as crenças e medos relacionados às doenças e outras situações de vida, e buscar um entendimento mútuo entre os membros do grupo e o profissional de saúde sobre os temas discutidos. Recomenda-se o uso de técnicas que favoreçam o diálogo e a problematização, em que perguntas são respondidas com novas perguntas, gerando reflexão e construção conjunta das respostas (Casanova, Osório & Dias, 2012).



Palavras do professor

Ao conduzir discussões em grupo sobre temas de saúde, deve-se tomar cuidado especial para evitar abordagens

moralizantes, culpabilizantes ou depreciativas das competências dos usuários. Alguns exemplos destas abordagens são: a associação de doenças sexualmente transmissíveis com comportamentos reprováveis ou desviantes; o uso de imagens escatológicas de doenças com o objetivo de amedrontar os usuários; a associação de má adesão com falta de responsabilidade ou preguiça; a abordagem de gravidez na adolescência como um problema a ser combatido e eliminado; grupos para ensinar os pais a alimentarem seus filhos; etc.

4. Reuniões, educação permanente e atividades não assistenciais.

As reuniões de equipe podem ser um recurso importante de organização da atenção e do trabalho em equipe, quando bem aproveitadas. Também podem ser um espaço burocrático e de pouca utilidade. Alguns pré-requisitos para a realização de boas reuniões são:

- Apoio à realização da reunião pela gestão local e/ou municipal (por exemplo, organizando a atenção à demanda e a comunicação com a população durante sua realização).
- Propósito e objetivo claros e acordados entre os participantes.
- Liderança e condução adequadas, promovendo participação de todos e apoiando a elaboração de questões e propostas.
- Síntese, registro e seguimento das decisões (evitar confusão sobre o que foi decidido e sensação de que após a reunião nada se modifica).



Preferencialmente, as reuniões devem ser encontros frequentes, breves, com pauta e registro das principais decisões, abordando temas clínicos, sanitários e administrativos, e com propósitos de avaliação do trabalho, planejamento de ações e fortalecimento da equipe. Por exemplo, pode-se dividir uma reunião semanal de duas horas em três partes de 40 minutos.

A **primeira parte** seria utilizada para discussão de alguns casos de usuários ou famílias, escolhidos por serem difíceis, complexos, exigirem atendimento por vários profissionais ou por “mobilizarem” um ou mais membros da equipe. A discussão deve ser organizada, com registro de problemas, dificuldades encontradas pela equipe, novos encaminhamentos ou intervenções, responsáveis, resultados esperados e formas de seguimento do caso. Se necessário, pode ser planejada a ativação de alguns profissionais do NASF ou um contato com o CRAS para apoiar ações específicas, bem como uma discussão posterior sobre um aspecto do problema que parece ser de difícil

entendimento ou manejo para um ou mais membros da equipe. Assim, uma discussão de caso se desdobra em construção e seguimento de **projetos terapêuticos**, planejamento da ativação de parcerias, apoio mútuo entre os membros da equipe e identificação de temas para futuras ações de educação permanente.

Na **segunda parte** da reunião, pode ser analisado o perfil dos atendimentos realizados pela equipe no último mês ou última semana, para verificação de problemas de demanda reprimida, pressão assistencial, oferta insuficiente. Esta verificação pode constatar um excesso de faltas em consultas de retorno marcadas pelo médico com muita antecedência e excesso de consultas de demanda espontânea de grupos com situações crônicas, como diabéticos e gestantes. A equipe pode então pensar em ações como: deixar a marcação de retornos de diabéticos e gestantes, por exemplo, ser realizada pelo usuário e associada a algum marco, como a realização de um exame de controle; confirmar a consulta na véspera e/ou realizar busca ativa em caso de falta para usuários selecionados, por exemplo, gestantes de alto risco, diabéticos descompensados, pessoas deprimidas (estas ações podem ser feitas por telefone, quando este recurso estiver disponível, ou por visita do ACS). Neste exemplo, a análise dos atendimentos de uma semana típica levou a mudanças na organização da agenda de retornos do médico e à instituição de ações de **gerenciamento de casos**, como o reforço à adesão, a busca de faltosos e a utilização de ajudas de memória para os retornos, estratégias importantes na garantia de continuidade da atenção.

Na **terceira parte** da reunião pode ser apresentado e discutido um tema previamente elaborado por um dos membros da equipe e definido a partir de falhas ou insuficiências percebidas na atenção a algum problema específico, por exemplo: avaliação de gravidade em bebês muito pequenos, identificação de casos de sofrimento psíquico que devem ser encaminhados para consulta médica, aconselhamento breve para pessoas que querem parar de beber etc. Neste caso, a equipe definiu, após a discussão do tema, que faria uma verificação em algum tempo para avaliar se a discussão ajudou em alguma situação real de atendimento (esta “verificação” foi registrada na hora como tema para a reunião da equipe de quatro semanas depois). Esta é uma forma de **educação da equipe** que exemplifica princípios importantes que parecem estar associados a maior efetividade de estratégias de desenvolvimento profissional continuado (Grant, 1999):

- A demanda pela discussão do tema surge de um problema real e cotidiano, ou de uma necessidade percebida pela equipe.
- A atividade educativa é claramente vinculada à abordagem desta necessidade.
- A equipe combina uma forma de seguimento e verificação da incorporação da atividade educativa à prática.

Aqui cabe uma diferenciação entre os conceitos de educação continuada e educação permanente, vejamos:

A **educação continuada** é a forma mais usual de desenvolvimento de profissionais de saúde já

formados e pode ser definida como o conjunto das atividades desenvolvidas por um profissional já formado e qualificado para renovar, incrementar e atualizar suas capacidades profissionais (Gomes, 2012). É um processo contínuo, essencial e que deve fazer parte da prática de todos os profissionais de saúde, mas muitas vezes acaba reduzida a um misto de participação em palestras e congressos - normalmente por iniciativa do profissional, de acordo com seus interesses pessoais - e participação em cursos e “capacitações” – normalmente por iniciativa da gestão e com temas pré-definidos. Estudos que avaliaram o impacto desta educação continuada “tradicional” na prática de médicos, por exemplo, demonstraram pouco impacto na prática profissional cotidiana (Davis, Thomson, Oxman & Haynes, 1995).

Já a **educação permanente**, estratégia preferencial e adotada como modelo na Política Nacional de ABS, além da sua dimensão pedagógica, é também uma importante “estratégia de gestão”, com maior potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços. Deve partir da análise coletiva dos processos de trabalho e identificação de nós críticos a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias mais contextualizadas e inovadoras. É central que cada equipe e unidade de saúde desenvolva ações de educação permanente, e que equipes e gestão busquem, em conjunto, sintonizar e mediar as ofertas de educação permanente pré-formatadas (cursos, por exemplo) com o momento e contexto das equipes, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade (Brasil, 2011).

Por fim, é importante não se esquecer de reservar tempo nas agendas dos profissionais para a realização das **atividades não diretamente assistenciais**, como elaboração de receitas, documentos médicos e relatórios de ações programáticas; pedidos de materiais e medicamentos; revisão de casos clínicos difíceis e atividades docente-assistenciais; preparação de visitas, grupos e das reuniões de equipe, entre outras. Estas atividades poderiam ocupar algo como 20% do tempo semanal, incluindo a realização das reuniões de equipe para planejamento e educação permanente. Uma adequada organização das agendas de forma a conciliar atividades assistenciais (individuais, coletivas e comunitárias) e não assistenciais parece estar associada à maior satisfação dos profissionais e menor incidência de esgotamento profissional (SEMFyC, 2006).

5. Resumo

Muito bem, chegamos ao fim desta primeira unidade do módulo II, que tratou do processo de trabalho na Atenção Básica com foco na organização da atenção em uma unidade de saúde. Você estudou aqui o conjunto das atividades de atenção em saúde de uma unidade básica, incluindo algumas não diretamente assistenciais, como reuniões e educação permanente das equipes. Discutimos a gestão do acesso, a organização das agendas, a integração do trabalho da equipe de SF e a coordenação entre a equipe de SF e outras equipes e serviços. Esperamos que após este estudo você se sinta mais preparado para organizar seu próprio processo de trabalho, integrado a

uma equipe, com base nas necessidades dos usuários, de forma a oferecer acesso com equidade ao longo do tempo para a maior gama possível de problemas da população sob sua responsabilidade. As principais atribuições dos profissionais dos NASF e estratégias gerais de integração com as equipes de SF/SB que foram abordadas nesta Unidade serão aprofundadas na Unidade 2. Continue seus estudos!

6. Recomendação de leitura complementar

Para aprofundar seus conhecimentos sobre alguns aspectos trabalhados nesta unidade, principalmente sobre a organização do trabalho na Unidade Básica de Saúde, recomendamos a leitura do relatório de uma pesquisa promovida pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade em 2011 e realizada por dois médicos de família espanhóis, sobre os erros e acertos da Estratégia de Saúde da Família. Os dois pesquisadores visitaram dezenas de unidades de saúde e conversaram com profissionais de todo o Brasil, e o resultado está disponível gratuitamente *online* em uma versão completa e uma resumida.

Gérvás J, Perez Fernandez M. Como construir uma atenção primária forte no Brasil: resumo técnico para políticos, gestores e profissionais de saúde com responsabilidades em organização e docência. SBMFC, 2011. Acesso em: 07/10/2015, disponível em: <http://migre.me/rTX4g>

Unidade 2 – Mecanismos de integração de serviços e coordenação da atenção

Ao final desta unidade, o aluno deve ser capaz de organizar a atenção em saúde a partir de sua unidade básica de saúde de forma compartilhada e colaborativa com outras equipes da ABS (como os NASF) e outros serviços da rede de atenção à saúde. Também com parceiros de outros setores (como educação e assistência social) e recursos comunitários, de forma a ampliar a abrangência ou integralidade das ações de saúde, mantendo e fortalecendo a coordenação da atenção pela ABS.

1. Introdução

Esta unidade discute o papel de **coordenação da atenção** pelas equipes de SF, que pode ser traduzido como a manutenção do acompanhamento das pessoas de sua área mesmo quando estas precisam utilizar outros serviços e recursos, além do esforço constante para que todas as ações sejam integradas e façam sentido para as pessoas atendidas. Apesar de ser resolutiva para uma ampla gama de problemas, a ESF não pode resolver sozinha todos os problemas das pessoas; por isso, é muito importante saber trabalhar em conjunto com outros serviços, seja da saúde ou de outros setores. Apresentaremos também o conceito de redes de atenção, com destaque para o papel de coordenação da ABS.

Serão apresentados alguns parceiros importantes das ESF e discutidos os principais mecanismos de **integração** de equipes e serviços, com destaque para o trabalho conjunto com os NASF. Apresentaremos as principais atividades que ESF e NASF podem desenvolver em conjunto, como discussões de casos, interconsultas e atendimentos compartilhados, usando alguns exemplos práticos. A articulação com outros serviços e com órgãos de outros setores, como as escolas e os Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), será apresentada em linhas gerais, e o aluno receberá referências para estudo complementar nestas áreas.

2. Mecanismos de coordenação da atenção e integração de serviços

No setor saúde, **coordenação** da atenção pode ser definida, de maneira geral, como a articulação entre os diversos serviços e ações, de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, esses serviços estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum. Já a **integração** é definida por alguns autores como um nível mais elevado no contínuo da coordenação, ou como o resultado de uma coordenação ótima. Coordenação e integração assistencial são experimentadas pelos usuários como **continuidade** entre as diversas ações de saúde. A imagem ideal derivada destes conceitos é a de um “sistema de saúde sem muros”

(Hartz et al, 2004), ligado por corredores virtuais que facilitariam o trânsito dos usuários pelos diversos pontos de atenção no percurso de resolução de um determinado problema de saúde, removendo as barreiras de acesso causadas pela fragmentação e pela burocracia. Nesta seção, apresentaremos de forma introdutória estes conceitos, exemplificando alguns mecanismos que podem ser utilizados pelas equipes da ABS para promover coordenação, integração e continuidade assistencial.

2.1. Fragmentação da atenção e organização em redes

A **fragmentação** dos serviços de saúde, que pode ser entendida como a coexistência de muitas unidades ou entidades não integradas na rede de serviços, é uma causa importante de baixo desempenho dos serviços e do sistema de saúde. Leva à falta de acesso aos serviços, perda de continuidade dos processos assistenciais e falta de conformidade entre os serviços e as necessidades e expectativas dos usuários (OPS, 2008).



Na ABS, a fragmentação pode se manifestar como baixa capacidade resolutiva, “captura” de usuários pelos especialistas (não voltam depois das interconsultas) e uso excessivo de serviços de urgência como forma de “atenção especializada”.

Mudanças na **demanda** por serviços de saúde também têm impulsionado tentativas de construção de sistemas mais integrados. Em especial, o aumento das doenças crônicas e o envelhecimento da população - muitas vezes em coexistência com problemas associados à pobreza e a causas externas, como é o caso do perfil epidemiológico brasileiro – levam a uma necessidade de maior integração entre ABS e outros serviços e especialidades.

Os usuários experimentam a fragmentação como aumento de tempos de espera, demanda reprimida, encaminhamentos tardios, necessidade de visitas a vários serviços para resolver um único episódio de doença, perda de informação clínica entre as consultas, indicação de intervenções duplicadas ou desnecessárias. Por outro lado, a **integração** de serviços de saúde pode ser conceituada como “a gestão e entrega de serviços de saúde de forma que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com suas necessidades ao longo do tempo e através dos diferentes níveis do sistema de saúde” (OPS, 2008). Pode-se notar grande proximidade com o conceito de integralidade, apresentado no Módulo I.

A integração dos serviços de saúde em redes de atenção tem como finalidade central garantir maiores **continuidade** assistencial, **coordenação** do cuidado e **integração** entre pontos de atenção. Do ponto de vista do usuário, a organização em **redes de atenção** facilita acesso oportuno a serviços de ABS, melhora acesso a outros níveis quando necessário, evita duplicidade ou repetição desnecessária de histórias clínicas, exames e trâmites burocráticos e facilita a implantação de estratégias de autocuidado e seguimento de doenças crônicas. Vale destacar que, para uma adequada organização em rede, é preciso haver, entre outros elementos: um **primeiro nível** de atuação que seja de fato porta de entrada preferencial do sistema, que integre e coordene a atenção e que resolva a maioria das necessidades de saúde da população; mecanismos de **coordenação assistencial** ao longo de todo o contínuo de serviços; e um cuidado em saúde baseado na pessoa, na família e no território, sem excesso de oferta de programas verticais, que podem gerar mais fragmentação.

Quadro: Funções da ABS no funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS)

I - Ser base:

ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;

II - Ser resolutiva:

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

III - Coordenar o cuidado:

elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos e articulando outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais;

IV - Ordenar as redes:

reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

Fonte: Brasil, 2011

2.2. Mecanismos de integração assistencial

Na unidade anterior, discutimos o trabalho em equipe, destacando aspectos importantes da organização dos serviços que podem facilitar esta integração entre os profissionais, como as reuniões, a definição de atribuições, a educação permanente, as intervenções conjuntas. Estas estratégias são importantes para integrar os profissionais de uma equipe, mas quando se trata de integrar **equipes e serviços distintos**, é preciso desenvolver outras formas de coordenação, que facilitem o percurso dos usuários entre os serviços de uma rede e coordenação de ações no cuidado das pessoas.

Alguns **mecanismos de integração de serviços** parecem ser efetivos em garantir continuidade e coordenação entre as ações de uma rede assistencial (Gibody et al, 2003; Smith et al, 2007; Fuller et al, 2011, Almeida et al, 2010):

- Planejamento e realização de **atividades colaborativas diretas** entre profissionais de equipes diferentes, como interconsultas, discussões de casos e atendimentos conjuntos, estratégias muito utilizadas pelas equipes de apoio matricial como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).
- Estratégias de **gerenciamento de casos e gestão da atenção** no seguimento de pessoas com problemas que exigem múltiplas intervenções, seja entre profissionais de uma mesma equipe ou entre equipes de serviços distintos, com ou sem a introdução de profissionais de ligação para integração das ações e reforço à adesão.
- Implantação de sistemas de garantia de **continuidade informacional e fortalecimento da comunicação entre profissionais**, com destaque para os prontuários eletrônicos unificados entre unidades de atenção básica e especializadas.
 - Implantação de sistemas de **marcação e regulação de consultas especializadas** a partir dos centros de saúde, como por exemplo, o **SISREG** do Ministério da Saúde, que podem permitir a gestão de filas de espera pelos gestores ou pelas próprias equipes de SF.
 - Definição de **protocolos, critérios de acesso, fluxos de atenção**, com divisão de trabalho e normatização do percurso dos usuários pela rede de atenção, muitas vezes envolvendo contratos entre os serviços e definição de referências territoriais para determinadas ações (como na integração vertical entre centros de saúde e maternidades ou hospitais de referência regional).

O SISREG (Sistema de Regulação) é um aplicativo oferecido pelo DATASUS do Ministério da Saúde para os municípios, tendo utilidade tanto como ferramenta de marcação de consultas, exames e procedimentos quanto de regulação das listas de espera.

Alinhada a estas recomendações de estudos científicos, a nova Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2011) recomenda que as equipes de ABS incorporem ferramentas e dispositivos de **gestão do cuidado**, como:

- Gestão das listas de espera de encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames.
- Prontuário eletrônico em rede, preferencialmente compartilhado entre unidades de Atenção Básica e especializadas.
- Protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, como no caso da atenção ao pré-natal, parto e puerpério.
- Discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, como os óbitos infantis ou internações por causas evitáveis pela Atenção Primária.

A seguir, apresentaremos algumas possibilidades de utilização destes mecanismos de integração pelas equipes de saúde da família, com destaque para a integração com os NASF, a regulação do acesso à atenção especializada e a articulação intersetorial.

3. Estratégias de integração da ABS nas redes de atenção

No Brasil, o Ministério da Saúde tem estimulado nos últimos anos, como principal estratégia de organização da atenção em saúde, a construção de redes integradas de atenção, com base territorial e ordenadas pela Atenção Básica. Porém, para que a ABS desempenhe de fato seu papel de coordenação das redes de atenção, é preciso facilitar o acesso e ampliar a abrangência no primeiro nível de atenção – através da diversificação de ações das próprias ESF e da integração com novas equipes da ABS, como os NASF – e, ao mesmo tempo, regular o acesso à atenção especializada, promovendo um uso mais adequado dos recursos disponíveis e evitando intervenções desnecessárias e potencialmente danosas. Esta seção abordará de forma introdutória as noções de integração horizontal (entre equipes da própria ABS), integração intersetorial e regulação de acesso à atenção especializada a partir da ABS.

3.1. Ampliando a abrangência da ABS

Nos últimos anos, a ABS tem buscado ampliar não apenas sua **cobertura assistencial**, através do credenciamento contínuo de novas equipes de SF e SB, mas também a **abrangência** e a **resolubilidade** de suas ações. Para isso, outras equipes, programas e ações têm sido incorporadas ao âmbito da ABS, sempre de forma articulada ao trabalho das equipes de SF/SB e visando melhorar a qualidade das ações:

- As equipes de Consultório na Rua (eCR), voltados para o atendimento de pessoa em situação de vulnerabilidade social extrema (pessoas em situação de rua).
- As equipes de Atenção Domiciliar (eAD), voltadas para o suporte a pessoas acamadas, com dificuldade de locomoção ou restritas ao domicílio com vistas a reduzir a demanda por atendimento hospitalar e/ou a redução do período de internação.

- As Academias da Saúde, espaços públicos supervisionados por profissional de saúde ligado ao NASF e/ou à equipe de SF e voltados para a promoção de hábitos saudáveis, principalmente atividade física.
- O Programa Saúde na Escola (PSE), voltado para a articulação intersetorial entre equipes da ABS e escolas e creches de seu território.
- O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), que vincula repasse adicional de recursos para a ABS à avaliação de desempenho e cumprimento de metas pactuadas entre equipes e gestores.
- E os **Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**, estratégia abrangente de fortalecimento da clínica das equipes de SF/SB e da capacidade resolutiva da ABS em geral, sobre os quais falaremos um pouco mais na próxima seção.



Na página eletrônica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, você pode explorar as ações do Ministério da Saúde para o fortalecimento da ABS, entender o papel da ABS nas Redes de Atenção à Saúde, conhecer as redes temáticas prioritárias para o Ministério da Saúde e ter acesso a uma série de materiais de estudo complementar, como os Cadernos de Atenção Básica.

Acesse em: dab.saude.gov.br

3.2. Apoio matricial e integração com os NASF

Os NASF são equipes multiprofissionais responsáveis por oferecer apoio a um conjunto de equipes de SF em áreas de saber complementares àquelas dos profissionais que compõem estas equipes. Foram criados para fortalecer os atributos de **resolubilidade, integralidade e coordenação** da ABS, além de apoiar a integração das equipes da ABS em redes de atenção à saúde. As equipes de SF e dos NASF devem trabalhar de forma conjunta, de acordo com o referencial teórico e metodológico do **apoio matricial**, em que equipes de apoio (NASF) oferecem suporte e retaguarda clínico-assistencial e técnico-pedagógica a equipes de referência responsáveis por uma população (equipes de SF).

O suporte clínico assistencial pode ser oferecido na forma de:

- Atendimento específicos do profissional NASF, na unidade de saúde ou no domicílio, para casos que ultrapassam a capacidade da equipe de SF mesmo com o apoio na forma de discussão sobre o caso.
- Grupos temáticos conduzidos por profissionais NASF, com critérios de acesso pactuados entre equipes de SF e NASF.

- Intervenções coletivas combinadas a partir de necessidades das equipes de SF, como ações nas escolas e reuniões com a comunidade.

O suporte técnico pedagógico pode ser oferecido na forma de:

- Discussão de casos difíceis, com construção de planos terapêuticos compartilhados entre profissionais da equipe de SF e do NASF.
- Discussão de temas em que a equipe de SF tem dificuldades, podendo ser organizados seminários breves nas próprias reuniões entre as equipes de SF e dos NASF, com temas pré-selecionados por estas.
- Atendimentos compartilhados, como as consultas e visitas conjuntas e os grupos conduzidos em parceria, que têm ao mesmo tempo caráter assistencial e de educação permanente (pelo tempo que consomem, devem ser reservados para casos complexos).

A proposta do apoio matricial busca facilitar o contato direto entre os profissionais das equipes, revisando a prática do encaminhamento impessoal e construindo um sistema de responsabilidade compartilhada que reforce a coordenação das ações entre os profissionais e garanta uma utilização mais adequada dos recursos de ambas as equipes. A decisão sobre o acesso de uma pessoa a uma consulta ou grupo específico do profissional NASF, por exemplo, deveria ser tomada sempre que possível de maneira interativa entre os profissionais da equipe de SF e do NASF, ou de acordo com diretrizes pactuadas entre estes. Da mesma forma, quando uma pessoa se utiliza de uma ação ou serviço ofertado na forma de apoio matricial, deve manter o vínculo com sua equipe de referência na ABS, mesmo que a maior parte das intervenções aconteça em outros serviços. Ou seja, não deve haver encaminhamentos com transferência de responsabilidade, mas sim o desenho de projetos terapêuticos coordenados pela equipe de referência (equipe de SF/SB) e executados por um conjunto mais amplo de profissionais (Saraiva & Zepeda, 2012).



Palavras do professor

Ao longo da vida ou de um episódio de doença, uma pessoa pode precisar da intervenção de diversos serviços, que podem inclusive assumir a totalidade das ações de cuidado em determinados momentos, como durante uma internação hospitalar. Porém, a equipe de SF deve sempre manter pelo menos um seguimento complementar, que pode se dar na forma de: apoio à pessoa e sua família na compreensão de recomendações e na tomada de decisões sobre intervenções; facilitação da comunicação entre equipes e serviços, evitando ações redundantes ou desnecessárias; ou mesmo mantendo contato periódico com a pessoa para detecção precoce de riscos e/ou de

oportunidades de apoio. É isso que está expresso na afirmação de que uma pessoa só tem “alta” de sua equipe de SF por morte ou mudança de endereço.

Se voltarmos aos **mecanismos de integração** expostos na seção anterior, podemos perceber que os NASF se utilizam principalmente das **atividades colaborativas diretas** entre equipes. Porém, para que esta integração entre equipe de SF e NASF seja percebida pelos usuários como acesso facilitado a intervenções oportunas e com continuidade, é preciso desenvolver também algumas estratégias de **gestão da atenção** ou **gestão do cuidado** (Saraiva & Zepeda, 2012):

- Os **encontros regulares** entre os profissionais podem ser utilizados para divisão de responsabilidades e atribuições entre as equipes. Favorecem a construção conjunta de critérios para acesso às consultas e outras ofertas de apoio do profissional do NASF, também o planejamento e execução de ações de saúde compartilhadas como visitas, grupos e consultas conjuntas, levantamento de temas para educação permanente, e mesmo resolução de conflitos entre os profissionais.
- Reuniões de equipe de SF com participação de profissionais dos NASF, reuniões específicas de “matriciamento”, ou até mesmo conversas breves após uma atividade realizada em conjunto.
- A discussão conjunta de listas de encaminhamentos para atendimento especializado pode ser uma boa oportunidade de dividir atribuições e definir melhor as intervenções das equipes de SF e dos NASF. Os profissionais podem definir em conjunto que pessoas precisam de atendimento especializado, quais podem ficar com a equipe de SF após discussão do caso e orientação pelo NASF, quais se beneficiariam de participação em um grupo, quais serão agendadas para consultas conjuntas para melhor compreensão do caso e decisão de manejo; os profissionais podem ainda definir condutas de comum acordo para alguns encaminhamentos externos comuns, como aqueles das escolas, conselhos tutelares e hospitais.
 - O uso de instrumentos para gestão e seguimento dos casos compartilhados pode ajudar a evitar perdas em termos de adesão, duplicação de tarefas ou sensação de que “a discussão não resolve nada” ou “o caso não melhora nunca”. O próprio prontuário comum da equipe de SF deve ser utilizado para registro da discussão do caso, do plano terapêutico e das ações realizadas por cada profissional. Porém é recomendável a manutenção de um registro auxiliar dos casos compartilhados (em planilha simples, caderno, pasta compartilhada etc.), com os principais encaminhamentos e os profissionais de referência, de modo que as equipes de SF e NASF possam monitorar ao longo do tempo a execução e os resultados das ações e própria efetividade da atenção compartilhada.

Em suma, a presença de profissionais de apoio pode favorecer a constituição da UBS como serviço de procura regular pela população – evitando a busca de serviços de pronto atendimento ou hospitais para obtenção de “atenção especializada” - e contribuir para uma atenção mais resolutiva. Porém, é preciso cautela para que os profissionais de apoio não assumam o atendimento de grupos específicos no lugar da equipe de SF, comprometendo a integralidade da atenção e, de certa forma, reproduzindo o modelo de atendimento ambulatorial fragmentado que se busca superar.

4. Regulação do acesso à atenção especializada

O acesso à atenção especializada ainda é um dos maiores problemas da ABS no Brasil. Os modelos de atenção que ampliam a coordenação do cuidado pela equipe da ABS, com priorização dos atendimentos especializados segundo necessidade e não por ordem cronológica, têm potencial de diminuir desigualdades no acesso a atenção especializada e contribuir para maior equidade em saúde. Por isso, as experiências de reformas de serviços de saúde voltadas para melhorar a coordenação entre atenção primária e especializada têm maior impacto quando são focadas na melhora da capacidade resolutiva da ABS, com reforço do papel de “filtro” destas equipes para outros níveis de atenção (OjedaFeo et al, 2006; Gervas & Pérez Fernández, 2005).

Para além da melhora no uso de recursos, a coordenação do cuidado pela ABS também ajuda a proteger as pessoas de intervenções desnecessárias e medicalização excessiva, através da **prevenção quaternária**.

Prevenção quaternária é um conceito que pode ser descrito de maneira simples como um conjunto de estratégias para manejo e prevenção de intervenções médicas desnecessárias, tendo sido inicialmente proposto por um médico de família belga, Marc Jamouille, e posteriormente incorporado ao Dicionário de Clínica Geral da organização mundial dos médicos de família, a WONCA.

Apesar de, tradicionalmente, a **regulação** ser identificada como função de uma central ligada à SMS, deve haver cada vez mais o entendimento de que **a primeira instância reguladora do sistema de saúde é a equipe de SF/ABS**. O primeiro ator a estabelecer prioridades é a equipe de ABS, depois o distrito ou regional, quando houver no município, e depois a SMS. Algumas condições que favorecem o exercício desta função reguladora pela equipe de SF são (Almeida et al, 2011):

- O **aumento da capacidade resolutiva** da ABS, que pode ser obtido através de ampliação dos serviços oferecidos nas UBS (por exemplo, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, coleta de exames, etc.), integração de novas equipes, profissionais ou funções no âmbito da ABS (como os NASF e equipes de AD) ou educação permanente das equipes para atender situações mais complexas.
- A definição pelo município do **monopólio do papel de porta de entrada e acesso à atenção especializada** para a equipe de SF, por meio de aumento de cobertura – que

facilita o acesso da população aos serviços – e do estabelecimento de mecanismos de marcação e regulação de consultas e procedimentos a partir da UBS.

Apesar de muitos municípios priorizarem, nos últimos anos, a expansão de cobertura e abrangência de ações da ESF e a descentralização da marcação de consultas e procedimentos para as unidades básicas, esta função de **regulação do acesso e gestão da atenção** ainda é muito pouco explorada pelas equipes de SF. Municípios que implantaram o SISREG nas UBS, por exemplo, têm a seu dispor uma ferramenta importante de regulação, disponível para as equipes de SF e para a gestão, que possibilita acompanhamento de listas de espera, identificação de gargalos assistenciais, definição de áreas prioritárias para ações preventivas, entre outras ações.

Vejam algumas atividades que podem ser desenvolvidas pelas próprias equipes de SF/SB para melhorar a coordenação e integração entre Atenção Básica e especializada:

- Fornecimento de informação escrita sobre todas as pessoas encaminhadas para outros níveis de atenção e solicitação de informações de contrarreferência, com registro no prontuário da equipe de SF, garantindo continuidade informacional na atenção.
- Definição, em conjunto com a gestão, de critérios de priorização para o acesso às consultas especializadas, possibilitando o ordenamento do acesso por necessidade e não apenas por ordem cronológica.
- Análise sistemática dos encaminhamentos para consultas especializadas, visando programar atividades de educação permanente voltadas para melhoria da resolubilidade da equipe de SF (em conjunto com a gestão ou com o NASF, por exemplo).
- Monitoramento das filas de espera para consultas e procedimentos e da adesão das pessoas a estes, visando programar ações preventivas ou de reforço à adesão.
- Promoção, em conjunto com a gestão, de medidas para maior integração da ABS com serviços de urgência e emergência, como a obtenção de listas de atendimentos de pessoas por área ou o fornecimento de informações sobre o funcionamento da ABS.
- Promoção de interconsulta, discussão de caso e/ou acompanhamento compartilhado entre profissionais da ABS e serviços especializados como, por exemplo, ambulatórios de pré-natal de alto risco.

5. Integração intersetorial e ampliação de parcerias na ABS

Além da coordenação dos cuidados entre os distintos níveis assistenciais, tema da maior parte desta unidade, outro componente essencial da ABS é a capacidade de influir sobre os **determinantes sociais da saúde** mediante o **trabalho intersetorial**. Estes dois componentes diferenciam as concepções de atenção primária abrangente, concebida como estratégia para reorganizar

Os Determinantes Sociais da Saúde incluem as condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade, as condições de vida e trabalho de seus membros - habitação, saneamento, ambiente de trabalho, acesso a serviços de saúde e de educação -, e a trama

o sistema de saúde, de concepções mais seletivas, como a de primeiro nível de atenção ou oferta de cesta restrita de serviços.

A função de articulação intersetorial está presente desde a origem da atenção primária, conforme se vê no seguinte trecho da Declaração de Alma-Ata, de 1978:

de redes sociais e comunitárias. Esses determinantes influenciam os estilos de vida e condicionam decisões relativas, por exemplo, ao hábito de fumar, à dieta, à prática de exercícios, influenciando, portanto o estado de saúde das pessoas e populações.

“Os cuidados primários de saúde (...) envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, principalmente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores.” (OMS, 1978)



Na página eletrônica da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde você encontra textos, apresentações, documentos e outras fontes de informação para ampliar sua compreensão sobre a dinâmica de saúde e adoecimento das populações, seus determinantes e ações de enfrentamento, como as iniciativas de promoção da saúde, Disponível em:

<http://migre.me/rTX7w>

A diretriz de trabalho intersetorial aponta para a necessidade de que as equipes da ABS busquem articular suas ações às de outros setores, que também influenciam o estado de saúde da população, muitas vezes mais do que o acesso ou a utilização de serviços de saúde. Embora possa ser dito que grande parte da responsabilidade pela articulação intersetorial é de setores governamentais, responsáveis por formular e implantar políticas públicas, algumas articulações podem ser feitas no próprio território, por equipes locais, com impacto potencial sobre a coordenação de ações voltadas para promoção e recuperação da saúde, dentre as quais se destacam as seguintes:

- Articulação com **escolas e creches do território**, para ações conjuntas de promoção de saúde de pré-escolares e escolares, apoio a educadores e pais na promoção do desenvolvimento infantil e definição de fluxos de atendimento das demandas da comunidade escolar. O

Programa de Saúde na Escola, componente da atual Política Nacional de Atenção Básica, pode ser um espaço privilegiado para esta articulação.

- Articulação com **serviços e programas da assistência social** para acompanhamento conjunto de famílias mais vulneráveis, incluindo discussão de casos e planos terapêuticos compartilhados. O acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) é um exemplo de ação conjunta neste sentido, mas as equipes de SF também devem buscar aproximação e integração de ações com os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e Conselhos Tutelares de sua área.
- Apoio aos **conselhos locais de saúde**, previstos na Política Nacional de Saúde como os espaços privilegiados de interlocução dos serviços de saúde com a população para promoção de organização comunitária, autonomia dos usuários e cogestão dos serviços de saúde; estes espaços podem ser potencializados através de ações como educação para autocuidado em saúde, discussão de ações comunitárias de promoção da saúde, e na busca de entendimento comum entre trabalhadores de saúde e população sobre dificuldades e mudanças nos serviços.

6. Resumo

Chegando ao fim de mais esta unidade, podemos dizer que o aluno “ultrapassou os muros” da unidade de saúde, tendo sido apresentados a papéis fundamentais da ABS nas redes de atenção: coordenação do cuidado, promoção da integração assistencial e intersetorial, garantia da continuidade da atenção ao usuário. Foram introduzidos conceitos avançados amparados por exemplos práticos, para que o aluno perceba a importância e ao mesmo tempo a viabilidade de se organizar uma ABS abrangente. Nosso objetivo com esta seção era demonstrar que organizar uma ABS integral é muito mais do que apenas oferecer assistência nas unidades básicas de saúde. É preciso desenvolver parcerias, entender o funcionamento do sistema e coordenar o percurso das pessoas pela rede de serviços, ajudando seus usuários a navegar por um sistema de saúde que nem sempre se encontra bem conectado. Esperamos que o aluno interessado busque aprofundar seus conhecimentos sobre coordenação e continuidade assistencial, discuta como integrar melhor sua equipe nas redes de atenção, desenvolva parcerias sustentadas com os NASF e equipes de outros setores, com isso ampliando a abrangência e a resolubilidade da ABS e a qualidade e efetividade de seu trabalho.

7. Recomendação de leitura complementar

Duas publicações patrocinadas pela Organização Mundial da Saúde na última década ajudaram a recolocar a Atenção Primária à Saúde (ou ABS) no centro do debate internacional sobre organização e reforma dos sistemas de saúde. Grande parte das concepções apresentadas de forma panorâmica

nesta unidade sobre **coordenação da atenção** e **integração de serviços** está presente em capítulos destas publicações de forma mais detalhada e baseada em diversos exemplos internacionais, inclusive brasileiros. O primeiro documento foi produzido pelo Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde e Políticas em 2006 e analisa as reformas da atenção primária ocorridas na Europa. O segundo é o Relatório Mundial da Saúde da OMS de 2008, que reafirma o papel central da atenção primária nas reformas dos sistemas de saúde. Ambos estão disponíveis em português, gratuitamente, em formato pdf, na internet.

Saltman RB, Rico A & Boerma (Editores). Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia. Berkshire: Open University Press; 2007. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_conduzindo_redes.pdf

Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde 2008. Atenção primária em saúde: agora mais do que nunca. Genebra: WHO; 2008. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/rms.pdf>

Conheça a Rede Cegonha acessando: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php

Conheça a Rede de Urgência e Emergência acessando:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_emergencias

Conheça a Rede de Atenção Psicossocial:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_psicossocial

Conheça a Rede de Cuidados a Pessoa Portadora de Deficiências:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_deficiencias

Conheça a Rede de Atenção às Pessoas Portadoras de Doenças Crônicas acessando:

<http://migre.me/rTXa1>

Conheça os Cadernos da Atenção Básica acessando:

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes>

Encerramento do módulo

Neste módulo buscamos apresentar ao aluno os principais conceitos que definem e organizam a ABS, de uma maneira ao mesmo tempo acessível e baseada nas melhores evidências disponíveis sobre organização de sistemas de saúde. Com o acesso a informação hoje disponível sobre organização e fortalecimento dos serviços de Atenção Básica e sua integração em redes de atenção, não é mais aceitável que o treinamento dos profissionais de saúde seja baseado apenas na experiência pessoal dos tutores. Por isso, um dos objetivos da unidade foi mostrar ao aluno que é possível utilizar conhecimento científico para organizar a Atenção Básica, sem que para isso o profissional de saúde tenha que se tornar um sanitarista.

Trabalhamos os conceitos de acesso e barreiras de acesso; abrangência e integralidade das ações; gestão da demanda e organização das agendas; organização de reuniões e atividades de desenvolvimento da equipe; fragmentação e coordenação assistencial; integração intersetorial e continuidade assistencial. Todos estes são atributos de uma Atenção Básica forte, presentes como diretrizes na PNAB e como componentes de diversos modelos de Atenção Primária, como os dos países europeus.

O aluno deve buscar continuamente entender e experimentar a aplicação destes conceitos em sua prática cotidiana, de forma a tornar-se um profissional de saúde melhor e ao mesmo tempo reformar o sistema de saúde a partir de seu local de trabalho. A reforma de nossas práticas cotidianas de saúde – assistenciais e gerenciais - talvez seja uma das maiores contribuições que podemos dar para a implantação de um sistema de saúde capaz de responder adequadamente e de forma equilibrada e sustentável às necessidades das pessoas, sejam estas usuários, gestores ou trabalhadores dos serviços.

Referências

ALMEIDA PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev Panam Salud Publica. 2011;29(2): 84-95.

ALMEIDA PF, Giovanella L, Mendonça MH, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(2): 286-298, Fev.2010.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab> Acesso em: 07/10/2015

CAMPOS GWS; Chakour M & Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 13(1):141-144, Jan-mar, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n1/0233.pdf>. Acesso em 30/09/2105.

CASANOVA F, Osório LC, Dias LC. Abordagem comunitária: grupos na Atenção Primária à saúde. In: Gusso G & Lopes JMC (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: ArtMed, 2012. Vol.1, P. 265-273.

DAVIS DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. JAMA 1995;274(9):700-5.

FULLER JD, Perkins D, Parker S, Holdsworth L, Kelly B, Roberts R et al. Effectiveness of service linkages in primary mental healthcare: a narrative review part 1. BMC Health Services Research 2011;11:72.

GERVAS J & Perez Fernandez M. Como construir uma atenção primária forte no Brasil: resumo técnico para políticos, gestores e profissionais de saúde com responsabilidades em organização e docência. SBMFC, 2011. Disponível em: <http://migre.me/rTXbp> Acesso em: 07/10/2015

GERVAS J & Pérez Fernández M. El Fundamento científico de la función de “filtro” del médico general. Rev Bras Epidemiol 2005; 8(2):205-18. Disponível em: <http://migre.me/rTXcw>. Acesso em 02/10/2015.

GILBODY S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. JAMA 2003; 289: 3145-3151.

GOMES LF. Desenvolvimento profissional continuado. In: Gusso G & Lopes JMC (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: ArtMed, 2012. Vol.1, P. 414-20.

GRANT J. Measurement of learning outcomes in continuing professional development. The Journal of Continuing Education in the Health Professions 1999;19(4):214-221.

GUSSO G & Poli Neto P. Gestão da Clínica. In: Gusso G & Lopes JMC (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: ArtMed, 2012. Vol.1, P. 159-166.

HARTZ ZM & Contandriopoulos AP. Comprehensive health care and integrated health services: challenges for evaluating the implementation of a «system without walls». Cad Saude Publica. 2004;20(Suppl.2):S331-336

OJEDAFEJO JJ, Freire Campo JM, Gérvas J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional. RevAdmSanit 2006; 4(2): 357-82

Organizacion Panamericana de La Salud - OPS. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de políticas e hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington DC, 2008. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_integradas_servicios_salud.pdf Acesso em 02/10/2015.

SAMPAIO LFR, Mendonça CS, Lermen Jr N. Atenção primária à saúde no Brasil. In: Gusso G & Lopes JMC (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: ArtMed, 2012. Vol.1, P.28-41.

SARAIVA SA&ZepedaJ. Princípios do apoio matricial. In: Gusso G & Lopes JMC (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: ArtMed, 2012. Vol.1, P. 298-306.

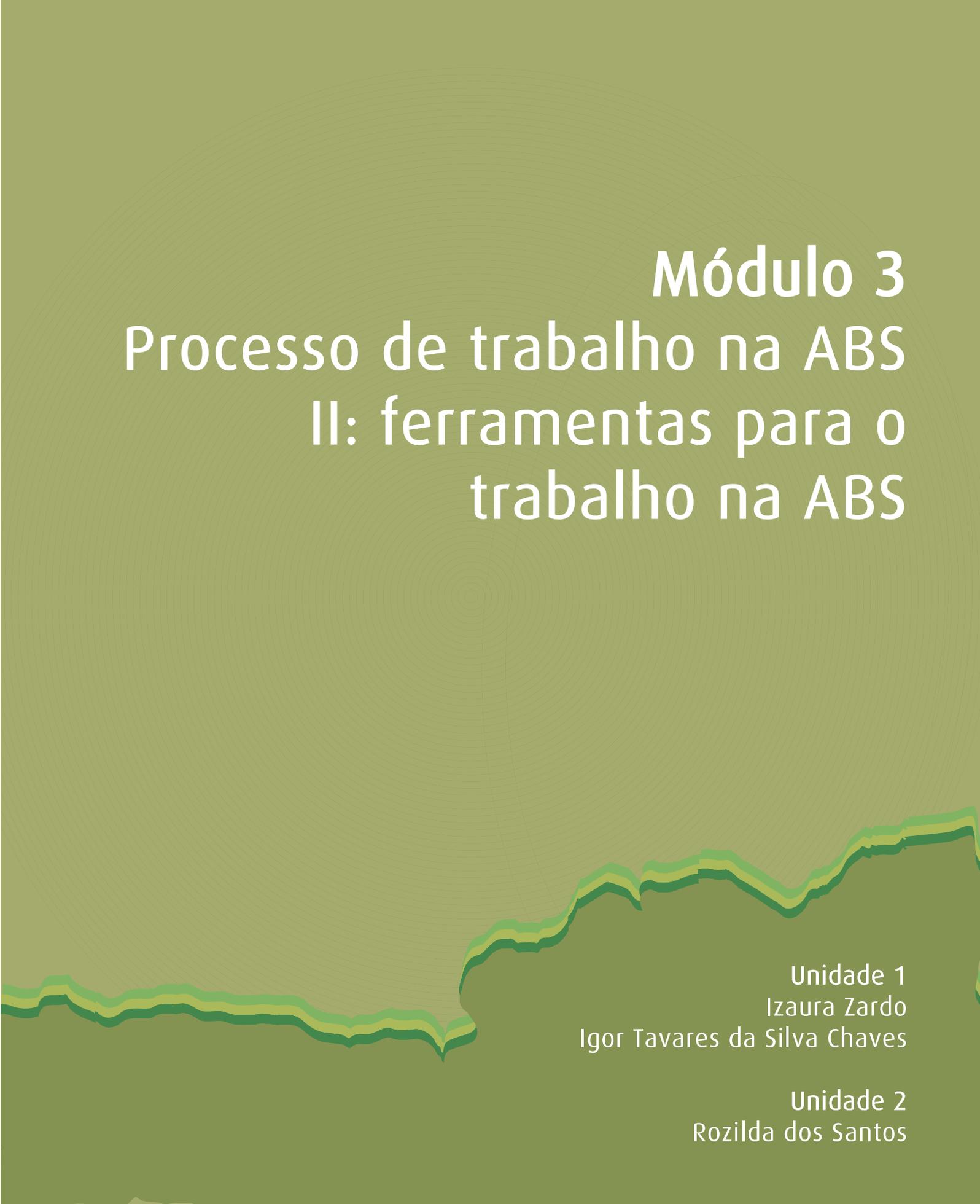
SEMFyC - Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Guía de actuación en atención primaria. 3.ed. Barcelona: 2006.

SMITH SM, Allwright S, O'Dowd et al. Effectivenessofsharedcareacrossthe interface betweenprimaryandspecialtycare in chronicdisease management [Internet]. Cochrane DatabaseofSystematicReviews 2007; 3(CD004910). Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17636778>. Acesso em out. 2015.

TRAVASSOS C & Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde. Cad Saúde Pública 2004; 20(Suppl.2):S190-S198. Disponível em:

<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20s2/14.pdf>. Acesso em: 02/10/2105



Módulo 3

Processo de trabalho na ABS II: ferramentas para o trabalho na ABS

Unidade 1
Izaura Zardo
Igor Tavares da Silva Chaves

Unidade 2
Rozilda dos Santos

APRESENTAÇÃO

Caro aluno,

Você estudou no Módulo I sobre como as concepções de saúde e doença se correlacionam com as práticas de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde e da Atenção Básica e, no Módulo II sobre o trabalho em equipe, a organização do acesso à unidade básica de saúde e a integração com outras equipes e serviços. Agora avançaremos no estudo de importantes ferramentas para o trabalho na Atenção Básica.

Na Unidade 1 você terá a oportunidade de conhecer algumas das principais ferramentas para um trabalho de qualidade na Atenção Básica como Territorialização, Diagnóstico Comunitário, Sistemas de Informação em Saúde, estudo de demanda, Abordagem Comunitária e Familiar, instrumentos de Ecomapa e Genograma e metodologias de visita domiciliar, para dar suporte à elaboração de um projeto de saúde no território.

Na Unidade 2 você irá refletir sobre o conceito de “cidadania”, conhecerá as diferenças entre conceitos importantes para o trabalho na Estratégia Saúde da Família como “participação social”, “controle social” e “participação popular” em saúde. Identificará, a partir destes conceitos, possibilidades de trabalho conjunto entre os Centros Comunitários/Conselhos Locais de Saúde e as equipes de ESF e NASF, bem como identificará o papel da Atenção Básica no fortalecimento do Controle Social no SUS e na potencialização da participação popular.

O estudo destes temas é fundamental para compreender como se dá a prática do trabalho na Atenção Básica.

Seja bem-vindo e bons estudos!

Objetivo Geral

Conhecer ferramentas que auxiliem na elaboração de um projeto de saúde no território e conhecer os conceitos de Participação Comunitária e Controle Social, refletindo sobre como as equipes de Saúde da Família podem inseri-los em seu processo de trabalho.

Unidade 1 – Ferramentas para o trabalho em Atenção Básica à Saúde

Ao final desta unidade você será capaz de identificar algumas das principais ferramentas para um trabalho de qualidade na Atenção Básica como territorialização, diagnóstico comunitário, sistemas de informação em saúde, estudo de demanda, abordagem comunitária e familiar, instrumentos de Ecomapa e Genograma e metodologias de visita domiciliar para dar suporte à elaboração de um projeto de saúde no território.

1. Introdução

Ao iniciar os trabalhos junto a uma **equipe de Saúde da Família** é importante olhar para a realidade que nos cerca e planejar o trabalho, de modo que as ações não se restrinjam apenas à assistência. Não é possível realizar um bom trabalho em saúde sem ampliar os processos para além da doença. Cada profissional precisa organizar sua agenda de modo a contribuir com a melhoria dos indicadores de saúde de onde vai atuar.

Entende-se equipe de Saúde da Família de uma forma ampliada, incluindo todos os atores que de alguma forma relacionam-se com a mesma: equipe de Saúde Bucal, NASF, técnicos, agentes comunitários, administrativos, médico e enfermeiro.

O trabalhador em saúde não deve se restringir a ações curativas, mas ampliar seu olhar para ações preventivas e promotoras de saúde. É necessário entender qual o papel de cada membro da equipe, como cada um pode e deve interagir com os demais, quanto tempo será utilizado para a reunião de equipe, para as ações preventivas. Também, qual o perfil da população local, quais os aspectos culturais mais relevantes, quais os aliados para construir saúde na região, quanto tempo será investido para a demanda espontânea, quanto tempo para a demanda programada, em quais aspectos investir para melhorar o acesso dos usuários aos serviços, entre outros.

Produzir saúde implica em ser responsável com o trabalho e com os recursos disponíveis. Desta forma, o planejamento e a avaliação contínua, levando em conta o custo-efetividade das ações e a implementação de novas tecnologias são imprescindíveis. É preciso compreender onde se está, aonde se quer chegar e, acima de tudo, como contribuir para a melhora da saúde da população. Tendo estes objetivos em mente, essa Unidade de Estudo vai discutir a temática do Planejamento em Saúde e algumas ferramentas que podem contribuir com a abordagem individual e coletiva da população em que a equipe está inserida.

2. Onde Estamos? A importância de conhecer o território

O território onde as pessoas vivem determina sua atitude frente à vida. Na visão de Deleuze e Guattari (BRUCE e HAESBAERT, 2012), o território vai além das questões geográficas, mas é consistente com o conjunto de relações sociais, comportamentais e psicológicas que o indivíduo estabelece. Esse conceito fica claro em outra obra de Felix Guattari:



O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente “em casa”. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. “Ele é o conjunto de projetos e representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos” (GUATTARI e ROLNIK, 1996:323).

Conforme Milton Santos (1988, p. 28), o espaço geográfico “é um conjunto indissociável de sistemas de objetos fixos e de ações (fluxos) que se apresentam como testemunhas de uma história escrita pelos processos do passado e do presente”.

Reconhecer o território, portanto, é de extrema importância para as equipes de Saúde da Família, reiterado pela Política Nacional de Atenção Básica:



(A Estratégia de Saúde da Família) É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (PNAB, 2011)

Tendo em vista as considerações apresentadas, torna-se imprescindível que a equipe de saúde conheça o território onde vai atuar e compreenda profundamente suas características sociais, políticas, econômicas, culturais e epidemiológicas. No processo de territorialização, a equipe precisa estar disposta a conhecer a realidade e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são

fundamentais nesse processo.

Sugere-se que a equipe ande pela comunidade, em toda a sua área de abrangência e converse com as pessoas, buscando compreender:

- Os problemas de saúde locais e suas causas.
- Outros problemas que afetam o bem estar das pessoas.
- Os problemas que as pessoas consideram graves.
- As crenças, costumes e hábitos que afetam a saúde.
- A estrutura familiar e social prevalente.
- As formas tradicionais de cura e solução de problemas.
- Como as pessoas se relacionam umas com as outras.
- Como as pessoas aprendem (por tradição e na escola).
- Quem controla a distribuição de terras, poder e recursos.
- Quem são as pessoas habilidosas: líder, curandeiro, contador de histórias, artista, artesão, professor, etc.
- Como é o terreno, seus recursos naturais, saneamento básico, fontes de água, quais são as áreas verdes e naturais e como são os cuidados com as mesmas.
- Como é a estrutura urbano-comercial da comunidade, suas feiras, lojas, transportes, comunicações, ferramentas.
- Quais são as instituições que podem ser aliadas no estabelecimento de uma rede de cuidados, segurança e educação: empresas, igrejas, postos policiais, escolas.

3. Onde Estamos? Diagnóstico Comunitário

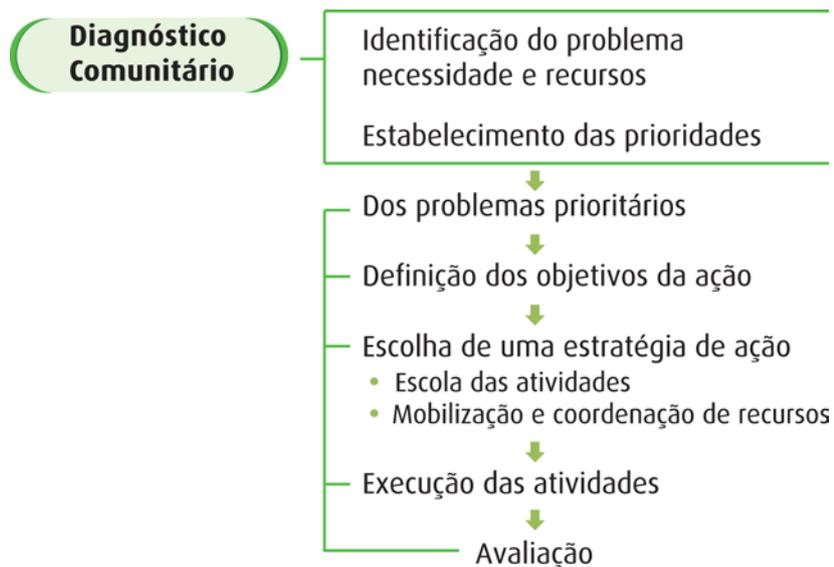
Conhecer o território é a primeira etapa que uma equipe de saúde precisa cumprir para desempenhar bem seu papel, mas não basta apenas esse quesito, é importante avaliar a situação de saúde da comunidade e, para isso, conta-se com dados subjetivos e objetivos.

Dados subjetivos são colhidos através de questionários comunitários, reuniões da equipe com representantes da comunidade e compreensões e vivências da equipe dentro do território.

Dados objetivos são aqueles coletados de fontes oficiais, tais como o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), IBGE, DATA-SUS, etc.

Fazer o diagnóstico comunitário é identificar os problemas, as necessidades, os recursos de uma comunidade. É um processo que constitui a primeira etapa do **Planejamento em Saúde Comunitária**, como se vê na figura a seguir:

Figura 1.1 : Etapa do Planejamento em Saúde Comunitária



Fonte: Brasil, 2000

Para construir o diagnóstico real da comunidade, não se deve colocar a comunidade diante de um projeto pronto, mas propor a participação dela desde a fase de planejamento do projeto. As etapas necessárias para um bom diagnóstico comunitário são as seguintes:

1. Definição dos objetivos do diagnóstico comunitário escolhido.

Recomenda-se que se estabeleça a imagem objetivo da equipe ou sua missão.

Exemplo: Atuar no bairro promovendo saúde, prevenindo doenças e atendendo as necessidades de saúde de sua população e, dessa forma, melhorando seus indicadores de saúde.

2. Estabelecimento da lista das informações ou dados a coletar.

Os dados devem referir-se ao território e sua população, em suas características culturais, socioeconômicas, epidemiológicas, institucional e a rede de instituições que a cerca, conforme apresentado na figura 1.2:

Figura 1.2: Estado de saúde da comunidade



Fonte: Brasil, 2000

3. Identificação das fontes de dados, escolha dos métodos mais apropriados para recolher esses dados e, se necessário, elaboração de instrumentos para questionários, entrevistas, tabelas, etc.

4. Coleta de dados.

Dependerá do tempo disponível para atingir os objetivos e da disponibilidade da equipe para o planejamento. É uma atividade contínua, com períodos de maior intensidade.

5. Análise e interpretação dos dados coletados, identificação dos problemas, necessidades, recursos e grupos de risco.

A partir dos dados coletados, o grupo precisa encontrar quais são os fatores que desempenham um papel importante na saúde da comunidade, bem como os problemas epidemiológicos mais relevantes. Durante esta etapa é importante ouvir a opinião das pessoas da comunidade sobre os problemas e necessidades prioritários, suas opiniões e representações sobre fatos ligados à saúde, suas expectativas, suas tendências ou resistências às mudanças, etc.



Palavras do professor

Sugerimos como metodologia de trabalho o estabelecimento de um momento coletivo, unindo equipe de saúde e lideranças comunitárias, para análise dos dados levantados a partir da matriz **SWOT** ou FOFA.

O termo SWOT na verdade é um acrônimo de Forças (Strengths), Fraquezas (Weaknesses), Oportunidades (Opportunities) e Ameaças (Threats), oriundo do inglês.

O objetivo é focalizar a combinação das forças ou fortalezas e fraquezas (internas) da organização com as oportunidades e ameaças (externas). As **Fraquezas** e **Fortalezas** de uma organização ou sistema são constituídas dos seus recursos humanos (experiências, capacidades, conhecimentos, habilidades), organizacionais (sistemas e processos da organização como estratégias, estrutura, cultura, etc.) e físicos (instalações, equipamentos, tecnologia, canais, etc.). Já as **Oportunidades** são situações externas e não controláveis atuais ou futuras que, se adequadamente aproveitadas, podem influenciá-la positivamente. Quanto às **Ameaças** são situações externas e não controláveis pela organização, atuais ou futuras que, se não eliminadas, minimizadas ou evitadas, podem afetá-la negativamente. Analisando-se as variáveis incontroláveis do ambiente externo, tais como de aspectos

socioeconômicos, políticos, de legislação, entre outros, pode-se esperar um cenário otimista ou pessimista. Tal cenário é então confrontado com a capacidade da organização e assim se avaliam os meios para superar os nós críticos. Desse modo, são estabelecidos os **objetivos** que irão definir o que será feito para os próximos anos.

O objetivo da SWOT é levantar estratégias para, no contexto do planejamento estratégico, manter pontos fortes, reduzir a intensidade de pontos fracos, aproveitando-se de oportunidades e protegendo-se de ameaças. A análise também é útil para revelar fortalezas que ainda não foram plenamente utilizadas e identificar fraquezas que podem ser corrigidas.

Forças: O que fazemos bem? Quais recursos especiais possuímos e podemos aproveitar? O que os outros acham que fazemos bem?

Fraquezas: No que podemos melhorar? Onde temos menos recursos que os outros? O que os outros acham que são nossas fraquezas?

Oportunidades: Quais são as oportunidades externas que podemos identificar? O que a sociedade deseja e precisa que pode servir como oportunidade? Como agregar valor ao nosso trabalho? Quais são as novas tendências, demandas, preocupações que a sociedade tem apontado e que podem ser parcial ou totalmente atendidas?

Ameaças Que ameaças (leis, regulamentos, posturas) podem nos prejudicar? Que forças ou fatores dificultam a realização do nosso projeto? Qual o ponto forte do adversário que pode ser uma ameaça para nós? Quais as estratégias e diferenciais dos seus adversários?

6. Estabelecimento das prioridades.

Nesta etapa há o risco de confrontar as diferenças de percepção entre profissionais de saúde e membros da comunidade quanto à importância real e a urgência dos problemas e das necessidades. A matriz SWOT ajudará bastante na condução da discussão. A escolha final deverá ser o resultado de um diálogo, de uma negociação em que os diferentes argumentos e pontos de vista deverão ser considerados.

7. Documentação dos problemas prioritários.

Esta etapa consiste em definir com precisão o problema e se for necessário reformulá-lo, estabelecer as causas determinantes na comunidade e os fatores de risco e identificar os recursos que poderão ser utilizados para sua resolução.

A figura 1.3 trata da contextualização do Diagnóstico Comunitário dentro do planejamento da equipe:

Figura 1.3: Contextualização do Diagnóstico Comunitário



Fonte: Brasil, 2000

4. Onde estamos? Dados objetivos e suas fontes

Como citado anteriormente, para realizar efetivamente um diagnóstico comunitário e saber onde se está, com o fim de iniciar o planejamento, não bastam apenas dados subjetivos, territoriais e culturais, mas também é preciso saber **dados objetivos** do campo de atuação. Neste sentido, os sistemas de informação em saúde são importantes fontes de dados sobre o território, a morbidade e a mortalidade e também a produção de serviços. A seguir você poderá conhecer um pouco sobre as principais fontes de informação para a Atenção Básica.

4.1 Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB

O SIAB foi implantado em 1998 para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Foi desenvolvido como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde e incorporou em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária, completamente inserido no contexto de reorganização do SUS no país.

Por meio do SIAB obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, dados demográficos por faixa etária do território, zoneamento da área, escolaridade, profissão dos moradores e desemprego,

condições de moradia, saneamento, situação de saúde dos moradores, acompanhamento de gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos, casos e acompanhamento de tuberculose e hanseníase, produção e composição das Equipes de Saúde. Em 2012, foi acrescentada uma ficha complementar, com o objetivo de compor indicadores de monitoramento que constam do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Esta ação melhorou o registro de várias ações que não constavam.

É muito importante o preenchimento adequado do SIAB e sua atualização mensal para que represente a real situação do território e possa ser utilizado como principal fonte de informações no planejamento da Equipe de Saúde.



Para obter mais informações sobre o SIAB acesse:
<http://siab.datasus.gov.br>

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é uma plataforma de informações, cujo objetivo centra-se em agregar, armazenar e processar as informações relacionadas à Atenção Básica.

O Departamento da Atenção Básica (DAB) pretende reestruturar o SIAB, substituindo-o gradativamente por um novo sistema de informação, o SISAB - Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica que apresenta informações individualizadas, desta forma otimizando o uso das informações pelos gestores, profissionais de saúde e cidadãos.

As diretrizes orientadoras dessa reestruturação estão alinhadas com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), Programa Saúde na Escola (PSE), Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), Plano Estratégico de e-Saúde no Brasil e, ainda, com a integração aos sistemas de informação que compõem as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A alimentação da plataforma SISAB é realizada através do e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) que é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica que visa reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação corresponde à qualificação da gestão da informação, ampliando a qualidade do atendimento à população.

Os objetivos da Estratégia e-SUS são: individualizar o registro; reduzir o retrabalho na coleta de dados; integrar informações; informatizar as unidades; e aprimorar a gestão e a coordenação do cuidado.

Poderá ser utilizado tanto por profissionais das equipes de Atenção Básica (AB), como por equipes

dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), de Consultório na Rua (CnR) e de Atenção Domiciliar (AD), oferecendo ainda dados para acompanhamento de programas como Saúde na Escola (PSE) e Academia da Saúde.

Os sistemas que compõem a estratégia e-SUS AB são o CDS e PEC.

O CDS - Coleta de Dados Simplificada – é um programa de digitação composto por fichas: Cadastro Individual, Cadastro Domiciliar, Ficha de Atendimento Individual, Ficha de Atendimento Odontológico Individual, Ficha de Atividade Coletiva, Ficha de Procedimentos, Ficha de Visita Domiciliar e Ficha de Marcadores de Consumo Alimentar. É utilizada principalmente nos serviços de saúde que não dispõem de sistema informatizado para utilização rotineira no trabalho. Neste caso, deve-se manter o registro das informações no Prontuário do Cidadão.

O PEC - Prontuário Eletrônico do Cidadão – é um sistema de gestão para as UBSs informatizadas. Além do prontuário eletrônico, auxilia todo o fluxo da UBS com ferramentas como: agenda dos profissionais, lista de atendimentos, histórico de prontuário do cidadão, atenção domiciliar, exportar BPA e relatórios.



Conheça mais sobre o e-SUS no Portal da Saúde do Ministério da Saúde.

Acesse: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>

No portal do Telessaúde SC estão disponíveis videoaulas sobre o e-SUS AB e sobre o preenchimento das fichas para a Coleta de Dados Simplificada (CDS).

Também estão disponibilizados os contatos para apoio na implantação do e-SUS por meio de Helpdesk, num projeto do MS, com parceria entre o Telessaúde SC e a Gerência de Atenção Básica da SES/SC.

Acesse o Telessaúde SC, por meio do link:

<https://telemedicina.saude.sc.gov.br/rctm/#>

4.2. Sistemas de Informações Epidemiológicas

São aplicativos cujo objetivo fundamental é possibilitar a avaliação do risco relativo à ocorrência de surtos de doenças ou epidemias na população estudada.

- Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN): O SINAN tem por objetivo o registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território

nacional, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade.

- Programa Nacional de Imunizações (PNI) e Avaliação do Programa de Imunizações (API): O PNI permite o gerenciamento do processo de vacinação a partir do registro de imunobiológicos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, que são agregados por faixa etária, em determinado período de tempo, em uma área geográfica. Possibilita também o controle do estoque de imunobiológicos necessários aos administradores que têm a incumbência de programar sua aquisição e distribuição.
- Sistema de Informações de Mortalidade (SIM): A partir da criação do SIM foi possível a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente e confiável, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública.
- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC): O SINASC foi implantado com o objetivo de reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional.



Para obter mais informações sobre os sistemas acesse:

SINAN: <http://migre.me/rTXiz>

SIM: <http://migre.me/rTXj8>

SINASC: <http://migre.me/rTXjK>

Informações e materiais referentes aos Sistemas de Informações Epidemiológicas podem ser acessados também em:

<http://www.dive.sc.gov.br>

- Sistema de Informações sobre o Pré- Natal (SISPRENATAL): O SISPRENATAL, atualmente SISPRENATAL WEB, foi desenvolvido com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e atualmente na Rede Cegonha. Está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Permite o acompanhamento das gestantes desde o início da gravidez até a consulta de puerpério. Este sistema fornecerá dados para o monitoramento das ações do município na atenção a gestação, parto e puerpério no contexto da Rede Cegonha.
- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN): O SISVAN é um sistema de informação estruturado para a vigilância do estado nutricional e da situação alimentar da

população brasileira. Tem como missão produzir um elenco básico de indicadores capazes de sinalizar os eventos de maior interesse, tais como: disponibilidade de alimentos, aspectos qualitativos e quantitativos da dieta consumida, práticas de amamentação e perfil da dieta complementar pós-desmame, distribuição do peso ao nascer, prevalência da desnutrição energético-protéica, de anemias, do sobrepeso, das deficiências de iodo e de vitamina A e das demais carências de micronutrientes relacionadas às enfermidades crônicas não transmissíveis.



Para obter mais informações sobre estes sistemas acesse:

SISPRENATAL: <http://migre.me/rTXlp>

SISVAN: <http://migre.me/rTXmp>

4.3 Sistemas de Processamento das Ações e serviços de Saúde

O Datasus dispõe de programas de processamento de dados, de domínio público, voltados para a manutenção, administração e gestão de informações sobre o atendimento ambulatorial do SUS.

- **Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA SUS):** Os dados gerados pelo SIA-SUS nas unidades de atendimento são consolidados e armazenados no Banco de Dados Nacional de Informações Ambulatoriais do SUS, que oferece informações sobre produção (registro de procedimentos), capacidade operacional dos prestadores de serviço (públicos e privados), orçamento e controle dos repasses dos recursos financeiros, custeio das Unidades Ambulatoriais, administração das atividades ambulatoriais em nível nacional. É importante ressaltar que os procedimentos registrados no SIAB devem também ser registrados no SIA, já que este envolve toda a Atenção Básica e o SIAB é específico para a Estratégia Saúde da Família. A produção de Saúde Bucal, por exemplo, tem poucos campos para preenchimento no SIAB, no entanto, estão todos presentes no SIA.
- **Sistema de Informações Hospitalares (SIH):** Visa à coleta de dados de atendimentos hospitalares realizados pelo SUS, consolidando quantitativamente os atendimentos e os valores da produção hospitalar. Os dados do SIH ficam disponíveis on-line através do DATASUS, onde você pode, por exemplo, resgatar os motivos de internação dos indivíduos do seu município e, a partir destes dados, levantar indicadores para fortalecer a Atenção Básica.

Dentre os motivos da demanda hospitalar está um percentual de internações por condições

sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), que se constitui num novo indicador que vem sendo adotado em alguns países para avaliação de acesso e efetividade da AB. O uso prudente do indicador pode ajudar a incrementar a capacidade de resolução da AB ao identificar áreas claramente passíveis de melhorias, em particular, pondo em evidência problemas de saúde que necessitam de melhor seguimento e de melhor coordenação entre os níveis assistenciais.



Para obter mais informações sobre estes sistemas, acesse:

SIASUS: <http://sia.datasus.gov.br/principal/index.php>

SIH: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/midescr.htm>

ICSAP: <http://migre.me/rTXnl>

No site da SES encontra-se na área de Downloads nos ícones Base de dados e arquivos do SIA e SIH. Diversas informações estão disponíveis na página on-line da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Acesse o ícone “Atenção Básica” e conheça as várias áreas da atuação da Atenção Básica nas quais estão disponíveis informações importantes para o processo de trabalho e o planejamento da equipe de saúde. Acesse: www.saude.sc.gov.br

5. Onde e como iremos chegar? O Planejamento

Agora que o Diagnóstico Comunitário está construído com a priorização dos problemas, podemos discutir em conjunto com a comunidade como superar os problemas estabelecendo metas e ações para um dado período de trabalho. O planejamento é um processo que ganha força com a participação de todos, incluindo trabalhadores, coordenador da UBS (quando houver) e comunidade. Embora parte do planejamento deva ser realizado apenas pela equipe de saúde, principalmente a parte que requer ações específicas de organização do processo de trabalho e organização da agenda, a comunidade deve ser envolvida nos diversas etapas, incluindo diagnóstico, ações e avaliação. O planejamento da equipe deve fazer parte de um projeto para a comunidade, em consonância com o planejamento da UBS e o plano municipal de saúde.

Revisando os passos do Diagnóstico Comunitário, precisamos ter em mente a missão da equipe, ou sua imagem objetivo, apresentado no tópico 1. Com o diagnóstico realizado, pressupõe-se que

foi realizada a priorização dos problemas. A partir dos problemas prioritários de saúde, os passos descritos a seguir poderão ser desenvolvidos:

- **Estabelecimento dos Objetivos e Metas para enfrentamento dos problemas:** Sobre cada problema prioritário será descrito um objetivo ou meta a ser atingido. Ex: Problema: Alto índice de gravidez na adolescência – Meta: Reduzir o número de casos de gravidez na adolescência. Preferencialmente, o objetivo ou meta deve ser mensurável, para que se possam avaliar os resultados a partir de indicadores estabelecidos pelo grupo.
- **Definição de Estratégia de Ação:** A partir do objetivo proposto, o grupo discutirá qual a estratégia a ser desenvolvida para atingir aquele objetivo. Toda estratégia é uma exploração consciente do futuro, ela resulta da situação diferenciada dos vários atores em relação a problemas, oportunidades e ameaças. Primeiramente, é necessário realizar a análise de cenários e dos demais atores sociais ou agentes. Os cenários representam distintas reflexões sobre possíveis “arranjos” econômicos, institucionais, políticos, sociais, etc., capazes de influenciar positiva ou negativamente a execução das ações planejadas. Já a análise dos demais agentes envolvidos no espaço do problema-alvo do plano é imprescindível para identificar o possível interesse e motivação de cada um e o tipo de pressão que é (ou será) exercida em relação às ações planejadas. Dessa forma, define-se a melhor estratégia possível para cada trajetória traçada, estabelecendo um programa direcional para o plano, construindo viabilidade estratégica para atingir com a máxima eficácia a Situação-Objetivo.
- **Definição das ações, prazos e responsáveis:** Vale a pena montar uma planilha com estas informações, lembrando que membros da comunidade também podem assumir ações em parceria com a equipe de saúde.
- **Implementação e Avaliação das Ações:** É preciso avaliar as ações. Por esse motivo é aconselhável evitar períodos longos de planejamento. Sugere-se avaliação trimestral e planejamentos anuais. Se a equipe estabeleceu indicadores de saúde e monitoramento, estes contribuem e facilitam a avaliação, já que basta utilizá-los como parâmetro de sucesso do planejamento. Indicadores são sinais qualitativos e quantitativos (padrão) para medir ou avaliar as realizações das atividades e dos objetivos do projeto. Exemplo: Número de Internações por Causas Sensíveis à APS – se este indicador teve o seu número reduzido e pertencia a uma das metas do planejamento, significa que a equipe obteve sucesso em um dos quesitos de seu planejamento.
- **A autoavaliação** é entendida como ponto de partida da fase de desenvolvimento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), uma das principais estratégias indutoras de qualidade no Ministério da Saúde. Entre os objetivos do programa, destacam-se a institucionalização da cultura de avaliação da Atenção Básica (AB) no Sistema Único de Saúde (SUS). Os processos orientados para a melhoria da qualidade têm início na identificação e reconhecimento das dimensões positivas e também problemáticas do trabalho da gestão e das equipes de atenção à saúde.

Considerando o exposto, o Ministério da Saúde oferece o instrumento autoavaliativo: Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), o qual será tratado com maior propriedade e aprofundamento no módulo IV deste curso.

Agora basta planejar. Boa Sorte!

6. O Estudo da Demanda e a Organização da Agenda

Outro passo importante para a equipe de saúde é a organização do processo de trabalho. Para tanto, é preciso entender qual a demanda de serviços de saúde do território, ou seja, é necessário saber quantas pessoas efetivamente utilizam o SUS. Dos usuários do SUS, é preciso saber quantos são homens e quantos são mulheres, qual o número de gestantes, crianças e idosos, quantos são portadores de doenças crônicas, quantos são portadores de necessidades especiais e necessidades de visitas domiciliares ou cuidados intensivos da equipe.

A maioria destas informações pode ser conhecida a partir dos relatórios do SIAB e/ou do e-SUS, bem como das visitas dos Agentes Comunitários de Saúde. O desafio da equipe de saúde está em organizar a sua agenda conforme as necessidades da população, mantendo acesso amplo aos usuários de sua área e a qualidade na atenção. O ideal é que se busque uma organização da demanda baseada em 3 a 4 consultas médicas ou de enfermagem/usuário/ano. No Brasil o número conhecido é de 1,4 consulta.

O Ministério da Saúde estabelece na Portaria GM/MS 2.488 que a população sob a responsabilidade de uma equipe de Saúde da Família não deva exceder 4000 pessoas. A atenção ao número de usuários por equipe é importante para o sucesso das ações de saúde. Além disso, é importante organizar o trabalho em equipe para que os profissionais de saúde façam a gestão do tempo no processo de trabalho e trabalhem com divisão de atribuições, como ocorre na maioria dos países com AB forte, por exemplo: Canadá e Reino Unido.

É importante ressaltar que no processo de trabalho das equipes de saúde é necessário organizações inteligentes da abordagem individual e em grupo. Em populações com número expressivo de portadores de doenças crônicas, gestantes e crianças, as atividades podem ser realizadas em grupos com a ajuda de toda a equipe, prezando por manter um bom acesso aos serviços de saúde para situações de urgência ou risco individual identificados pela equipe, pelo indivíduo ou sua família. As consultas de rotina precisam ser realizadas de acordo com o número mínimo exigido pelos manuais de medicina baseados em evidências e continuadas através de critérios de risco individual.

As agendas dos profissionais de saúde precisam dispor de horários para atendimento da demanda espontânea. É importante salientar que se pode buscar formas alternativas para agendamento

programado, bem como alternativas para dar respostas rápidas à comunidade, como o uso de telefone, blogs e e-mail geridos pela equipe.

Sugerimos que revejam a abordagem do tema “**Organização das agendas de consultas e demais ofertas assistenciais**”, contemplada no Módulo II – Unidade I.

7. Abordagem Comunitária

A abordagem comunitária faz parte do escopo de atuação da equipe de Saúde da Família e inclui ações de vigilância, prevenção, terapêutica e promoção da saúde.

Segundo Starfield (2004, p. 534):



“O ponto mais importante da atenção orientada para a comunidade é garantir que os recursos fluam para as áreas em que são mais necessários, diminuindo, assim, as iniquidades dentro das populações.”

Esse conceito nos remete aos princípios da equidade e da participação popular, inscritos na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), imprimindo novas características ao modelo de gestão e aos processos de trabalho, o que implica na reorganização das práticas em saúde.



Palavras do professor

Alguns desafios guiam a abordagem comunitária: Que ações intersetoriais são necessárias para alcançar o conceito ampliado de saúde? O que o profissional pode aprender com o saber popular e as tradições locais? Como pode acontecer a interação com o saber científico contribuindo para a diminuição das iniquidades em saúde?

Existem diversas leis regulamentadas e estruturadas no campo da Seguridade Social que, articuladas, podem possibilitar a construção de uma rede de proteção social, de modo a instituir a lógica da inclusão. Para tanto, essa rede precisa articular e integrar as diversas políticas públicas, tanto do ponto de vista quantitativo e de recursos financeiros, quanto do qualitativo, evitando o paralelismo e a fragmentação, buscando a integralidade e a intersetorialidade das ações.

Na saúde, essa ferramenta é de fundamental importância, tendo em vista as questões que perpassam por diversas políticas, não exclusivamente a de saúde, o que requer parcerias que fortaleçam as ações já existentes ou ainda a criação de novas. Ressaltam-se as práticas que possibilitam a ampliação, inclusão e participação popular na saúde, implicando, assim, no pensar-fazer saúde de modo que a promoção seja compartilhada a partir de novas ideias e formas de agir, promovendo novas possibilidades, minimizando o foco na doença e fortalecendo preventivo e formando uma rede coparticipativa e solidária.

Alguns elementos merecem destaque na atuação comunitária de uma equipe de Saúde, são eles:

- Enfrentar os problemas locais identificados no planejamento e eleger aqueles que representam maior risco para a população, estabelecendo uma ordem de prioridades a fim de melhor orientar suas ações;
- Estabelecer articulações com as potencialidades locais humanas, ambientais, artísticas, dentre outras, e identificar aquela que possui maior capacidade de mobilização da comunidade;
- Articular com o Conselho Local, Municipal e Estadual de Saúde;
- Elaborar projetos e encaminhá-los à secretaria municipal a qual está vinculada e a outras instituições, solicitando apoio;
- Envolver instituições de ensino e pesquisa, escolas profissionalizantes, estudantes, profissionais de saúde e de outras secretarias, comunidade, ONGs, voluntários, entre outros com o projeto de saúde para a comunidade. Aqui vale destacar, por exemplo, as potencialidades do Programa Saúde na Escola, que estimula a articulação do setor saúde e educação no bairro, promovendo ações de saúde direcionada a crianças e adolescentes, facilitando também a identificação de indivíduos de risco e fortalecendo as ações contra a drogadição, violência, doenças sexualmente transmissíveis, obesidade e gravidez na adolescência.
- Desenvolver ações em grupos terapêuticos, orientados para a prevenção, promoção e proteção à saúde. A interação com a comunidade pode se dar de diversas formas, uma delas são os grupos. Estes podem ter vários modelos, com públicos diversos e diferentes objetivos. Podem adotar os referenciais de grupanálise, psicodrama, teoria dos vínculos, teoria sistêmica, cognitivo-comportamental e abordagem múltipla (CASANOVA et al, 2012).



É importante conhecer todas as equipes de saúde que atuam no território. Como, por exemplo, as equipes de Consultório na Rua, que visam à atenção à população em situação de rua, incluindo aquelas em sofrimento decorrentes de transtorno mental, consumo de crack, álcool e drogas, bem como a prática da Redução de Danos, atuando de forma compartilhada com as equipes da atenção básica (ESF/NASF).



Para se habilitar, o município precisa ter sua população em situação de rua identificada por meio de pesquisa oficial. Para conhecer esta proposta acesse: <http://migre.me/rTXoY>

É importante reforçar que:

Para o estabelecimento de um grupo é necessário quatro etapas: 1. Qual objetivo se deseja alcançar? 2. Quem é o público-alvo? 3. Que metodologia adotar? e 4. Quem irá coordenar? São exemplos de grupos: grupos em saúde mental; grupos de crianças; grupo de mulheres; grupo de gestantes; grupo de idosos; terapia comunitária.

8. Abordagem Familiar

Para o trabalho em saúde, é fundamental que a equipe compreenda a família como um grupamento em que o indivíduo está inserido, já que neste grupamento constroem-se importantes relações de proteção, confiança, ajuda mútua e relações profundas que influenciam no histórico de vida desde o nascimento até o envelhecimento e a morte. Na família pode estar a origem do sofrimento e de doença ou as origens genéticas e comportamentais de um diagnóstico em saúde. Mas também nela pode estar o apoio e a proteção às vulnerabilidades do indivíduo e seu grupamento.

O conceito de família aqui adotado é o de um grupo de pessoas que convivem, possuem laços intensos de proximidade e compartilham o sentimento de identidade e pertencimento, que influenciarão, de alguma forma, em suas vidas. Esse grupo, portanto, estabelece laços de proteção, de autopreservação e identificação pela mesma maneira de percepção do mundo. (Dias, 2012) Existem diversas formas de apresentação da família: a “família nuclear” é o padrão formado por

pai, mãe e filhos; a “família extensa” é aquela formada por pessoas com laços consanguíneos e a “família abrangente” inclui os “não parentes” que coabitam a mesma casa.

A abordagem com a família pode ser realizada de diversas formas e níveis de envolvimento, desde a abordagem individual contextualizada na família, até a abordagem com toda família presente e a Terapia Familiar.

Exemplos:

- Seu João, como seu filho tem encarado o problema com o álcool? Outra pessoa na sua família também teve esse problema?
- Que bom que trouxe seu filho hoje na consulta dona Vilma...



Palavras do professor

É importante que o convite à participação da família seja realizado pelos profissionais de saúde visando benefícios para o processo terapêutico do indivíduo e da sua família. Esta participação pode trazer grande ganho terapêutico, por exemplo, em processos agudos envolvendo saúde mental, objetivando o estabelecimento de rede de apoio ou nas abordagens de situações de conflito intrafamiliar; ou ainda em processos crônicos como nos casos de baixa adesão terapêutica em que um familiar pode ser o apoio motivador do uso correto de medicações e outras formas de terapia.

Para realizar as intervenções na família, é importante que a equipe conheça o desenvolvimento das famílias, saiba utilizar algumas ferramentas da abordagem sistêmica, tenha autoconhecimento e controle das emoções. Porém, o mais importante é vivenciar a realidade e ajustar as técnicas ao cuidado com vínculo e longitudinalidade.

A seguir apresentamos alguns cuidados na abordagem familiar:

- Criar laços harmoniosos que possam dar continuidade ao cuidado;
- Manter um relacionamento empático e não crítico com cada pessoa;
- Buscar interesses comuns e o melhor entrosamento;
- Evitar tomar partido;

- Organizar a entrevista;
- Encorajar uma pessoa por vez a falar;
- Encorajar cada pessoa a fazer declarações na primeira pessoa;
- Afirmar a importância da contribuição de cada membro da família;
- Reconhecer e agradecer qualquer emoção expressada;
- Enfatizar os próprios recursos da família;
- Solicitar aos membros da família que sejam específicos;
- Ajudar os membros da família a organizar seus pensamentos;
- Bloquear interrupções, se persistentes;
- Não oferecer conselhos ou interpretações precoces;
- Não fornecer brechas a revelações de confidencialidade da pessoa;
- Como facilitador da entrevista, o profissional precisa dar o tom da discussão à medida que realiza suas falas.

Para amenizar outras tantas dificuldades dessa abordagem, além das orientações apresentadas, sugerimos que o atendimento siga as seguintes etapas:

1. **Apresentação Social:** Cumprimente e seja empático com cada pessoa individualmente.
2. **Aproximação:** Buscar pontos de aproximação, observar linguagem verbal e não verbal da família.
3. **Entendimento da Situação:** Solicite que cada pessoa fale sobre os problemas a partir de seu ponto de vista.
4. **Discussão:** Encoraje a família a conversar e relembrar como lidaram com os problemas em outras situações.
5. **Estabelecimento de um plano terapêutico:** Estimule que a própria família defina um plano terapêutico, contribua com informações de saúde, enfatize as questões em comum e realize combinações. Questionar se há dúvidas e agende novo encontro se necessário.

8.1 O Ciclo de Vida Familiar

As famílias passam por diferentes etapas em seu processo de vida, cada uma delas estabelece desafios e problemas a serem enfrentados e superados. Uma forma interessante de abordagem das famílias é através das etapas denominadas ciclos de vida. Essa forma de abordagem divide a história da família em estágios de desenvolvimento, caracterizando papéis e tarefas específicas a cada um desses estágios.

Assim como as pessoas, as famílias têm os seus ciclos, influenciando-se mutuamente no viver do seu dia a dia. A compreensão desses ciclos e da maneira como eles interferem no processo saúde-doença possibilita à equipe de saúde prever quando e como as doenças podem ocorrer.

O conhecimento do desenvolvimento da família é importante porque facilita a previsão e antecipa os desafios que serão enfrentados no estágio de desenvolvimento de uma dada família, e isso permite melhorar o entendimento do contexto dos sintomas e das doenças. Para ajudar no seu

entendimento disponibilizamos um quadro com as diversas fases ou ciclos de vida vivenciados pelas famílias, veja com atenção.

Quardo 1 - Estágios do ciclo de vida da família

Estágio do ciclo de vida da família	Tarefas a serem cumpridas	Tópicos de prevenção
Iniciando a vida a dois	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer um relacionamento mutuamente satisfatório, - Aumentar a autonomia em relação à família de origem e desenvolver novas relações familiares, - Tomar decisões sobre filhos, educação e gravidez, - Desenvolver novas amizades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir a importância da comunicação, - Fornecer informação sobre planejamento familiar.
Famílias com filhos pequenos	<ul style="list-style-type: none"> - Ajustar-se e encorajar o desenvolvimento da criança, - Estabelecer uma vida satisfatória a todos os membros, - Reorganizar a unidade familiar de dois para três ou mais membros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fornecer informações, - Envolver o pai na gestão e no parto, - Discutir desenvolvimento infantil, papel de pais e relacionamento pais e filhos, - Encorajar um tempo para o casal, - Discutir rivalidade entre irmãos, - Discutir o sentimento de “afastamento” dos pais perante o nascimento dos filhos
Famílias com crianças pré-escolares	<ul style="list-style-type: none"> - Promover espaço adequado para a família que cresce, - Enfrentar os custos financeiros da vida familiar, - Assumir o papel maduro apropriado à família que cresce, - Manter uma satisfação mútua no papel de parceiros, parentes, comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar um tempo para o casal, - Estimular o diálogo sobre educação dos filhos, - Fornecer informações sobre o desenvolvimento das crianças
Famílias com crianças em idade escolar	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a transição da casa para a escola, - Fazer face às crescentes demandas de tempo e dinheiro, - Manter uma relação de casal 	<ul style="list-style-type: none"> - Fornecer informações sobre o desenvolvimento de crianças em idade escolar - Monitorar o desempenho escolar e reforçar posições realísticas sobre expectativas de desempenho. - Sugerir estratégia de manejo de tempo, - Encorajar discussões sobre sexualidade com as crianças
Famílias com adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> - Equilibrar liberdade com responsabilidade, à medida que os adolescentes vão adquirindo individualidade, - Estabelecer fundamentos para atividade dos pais após a saída dos filhos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer relação com o adolescente que reflita aumento de autonomia - Fornecer informação aos pais sobre desenvolvimento de adolescentes, - Conversar com adolescentes sobre drogas e sexo, - Discutir com o adolescente o estabelecimento de relações ao longo da vida.

Casais de meia-idade	<ul style="list-style-type: none"> - Promover conforto, saúde e bem-estar enquanto casal, - Planejar futuro financeiro, - Crescimento e significado do indivíduo e do casal, - Ser avós. 	<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar o casal a fazer planos para aposentadoria: atividade de lazer, finanças, moradia, - Explorar o papel de avós - Discutir a sexualidade e os processos ligados ao envelhecimento.
Famílias envelhecendo	<ul style="list-style-type: none"> - Tópicos de moradia e finanças, - Integridade do ego, - Saúde, - Ficar mais tempo juntos, - Enfrentando a vida sozinho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir tópicos de saúde, planejamento a longo prazo, - Revisar a vida como ferramenta para a saúde mental, - Encorajar interesses individuais e compartilhados, - Preparar para lidar com a perda do companheiro(a).

Fonte: Wilson e Bader (1996); Oliveira e colaboradores (1999).

8.2 Modelo P.R.A.C.T.I.C.E. de avaliação da família

Este é um método para abordagem e entrevista da família que objetiva facilitar o desenvolvimento da “avaliação familiar”, fornecendo informações sobre quais intervenções podem ser utilizadas para manejar aquele caso específico. É uma ferramenta interessante para ser utilizada em famílias complexas, com problemas relacionais que impactam em sua saúde física e mental, bem como em sua frequência de utilização dos serviços de saúde. Pode ser bastante útil se aplicado sob a forma de uma conferência familiar, em visitas domiciliares ou mesmo no consultório por médico ou enfermeiro que possuam experiência na abordagem familiar. Deve ser realizado em uma sequência de visitas, nas quais são realizados momentos específicos relacionados aos temas P.R.A.C.T.I.C.E., acróstico das seguintes palavras do original em inglês *problem, roles, affect, communication, time in life, illness, coping with stress, environment/ecology*. Mais de um tema pode ser abordado na mesma visita, mas sugere-se que seja bem explorado cada um dos momentos, dando tempo de elaboração por parte da família. Seguem as seguintes etapas:

Problem – Problema apresentado

Este momento auxilia a equipe de Saúde da Família a compreender o significado daquele problema, muitas vezes o motivo da queixa, da autopercepção e da busca de atendimento por parte da família. Permite compreender como aquela família vê e enfrenta o problema. Pode ser orientado por perguntas como: Quais as situações de conflito da família? O que vocês percebem desse problema?

Roles and structure – Papéis e estrutura

O momento aprofunda aspectos do desempenho dos papéis de cada um dos membros e como eles evoluem a partir dos seus posicionamentos. Orientado por perguntas como: Sobre o problema apresentado, como cada membro da família lidou com ele?

Affect – Afeto

O momento reconhece como se estabelecem as demonstrações de afeto entre os familiares e como

essa troca afetiva pode interferir, positivamente ou negativamente, no problema apresentado. Orientado por perguntas como: Como você se sente sobre a forma que “fulano” atuou sobre o problema? Como você se sente sobre a situação?

Communication – Comunicação

O momento ajuda a observar como se dá a comunicação verbal e não verbal dentro da família: Quando vocês conversam? Como foram as discussões sobre esse problema?

Time in life – Tempo no ciclo de vida

O momento correlaciona o problema com as tarefas esperadas dentro do ciclo de vida a serem desempenhadas pelos membros daquela família, tentando verificar onde pode estar situada a dificuldade. Sugere-se que a discussão sobre o ciclo de vida seja direcionada pelo terapeuta, discutindo com a família como ela percebe o próprio ciclo de vida.

Illness in family – Doenças na família, passadas e presentes

O momento resgata a morbidade familiar, valoriza as atitudes e os cuidados frente às situações vividas e trabalha com a perspectiva de longitudinalidade do cuidado, contando com o suporte familiar. Como a família lidou com problemas de saúde anteriores? Que experiências conhecem sobre o cuidado de doenças crônicas ou afetivas?

Coping with stress – Lidando com o estresse

O momento parte das experiências descritas, buscando identificar fontes de recursos internos à própria família, que possam ser mobilizados para o enfrentamento do problema atual. Como a família lidou com as crises no passado? Como lida com a crise presente? Quão compreensivos e coesos eles foram e são agora? Quais são as forças e os recursos da família? O papel do profissional é identificar as forças, explorar alternativas de enfrentamento, se requeridas, e intervir se a crise estiver fora do controle.

Environment or Ecology – Meio ambiente ou Ecologia

Identificar o tipo de sustentação familiar e como podem ser mobilizados todos os recursos disponíveis para manejar o problema em questão. Isso inclui as redes sociais e da vizinhança, bem como questões mais estruturais, como coesão social e determinantes sociais no trabalho, na renda, no saneamento, na escolaridade, dentre outros. O profissional de saúde pode ajudar a família explorando os recursos familiares estendidos, suporte religioso, questões legais, recursos de saúde da família e fatores culturais.

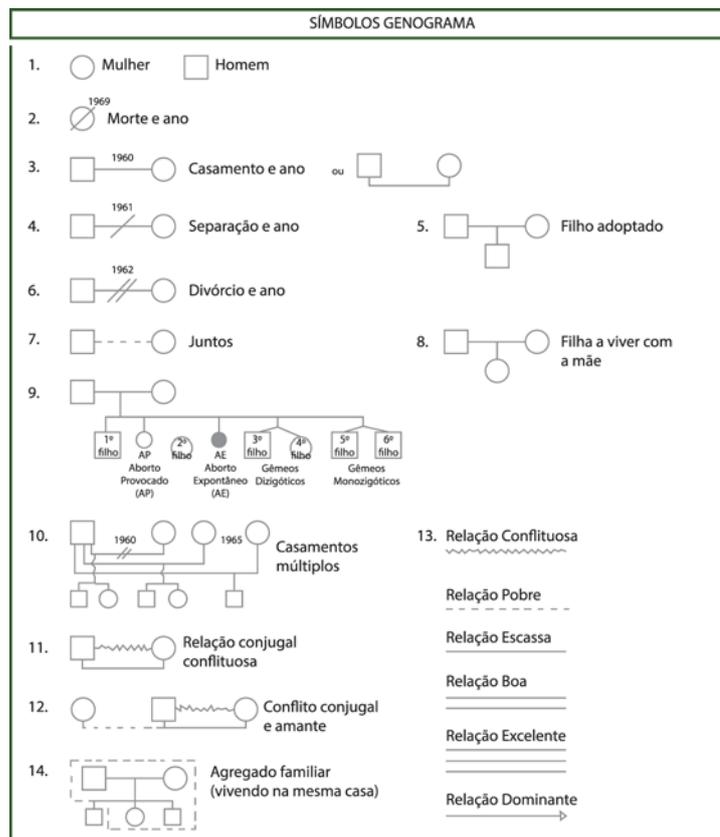
8.3 O Genograma

O genograma foi desenvolvido na América do Norte, baseado no modelo do **heredograma**, e mostra graficamente a estrutura e o padrão de repetição das relações familiares. Suas características básicas são: identificar a estrutura familiar e seu padrão de relação, mostrando as doenças que costumam ocorrer, a repetição dos padrões de relacionamento e os conflitos que desembocam no processo de adoecer.

Heredograma é um tipo de gráfico que representa a herança genética de determinada característica dos indivíduos representados. É muito semelhante a uma árvore genealógica.

Também pode ser usado como fator educativo, permitindo ao usuário e a sua família ter a noção das repetições dos processos que vem ocorrendo e como estes se repetem. O genograma é traçado a partir de símbolos gráficos, ao lado dos símbolos data de nascimento, eventos importantes, patologias e nome dos usuários. Pode ser colocado no início do prontuário como sumário de problemas prévios, ações preventivas e medicamentos em uso (REBELO, 2007).

Na sequência, apresentamos um quadro contendo os símbolos utilizados para se elaborar um genograma:



Fonte: Rebelo (2007)

8.4 O Ecomapa

Constitui outra ferramenta interessante na abordagem do indivíduo e sua família. No ecomapa estabelece-se a relação do indivíduo com sua família e com o meio. São traçados que permitem fazer a leitura da rede de relacionamentos estabelecida, quais estão fragmentadas, quais prejudicam a pessoa e qual representa uma melhora que poderia impactar em melhor qualidade de vida e saúde. Sua estrutura é semelhante ao genograma e segue os mesmos padrões. Veja os exemplos a seguir:

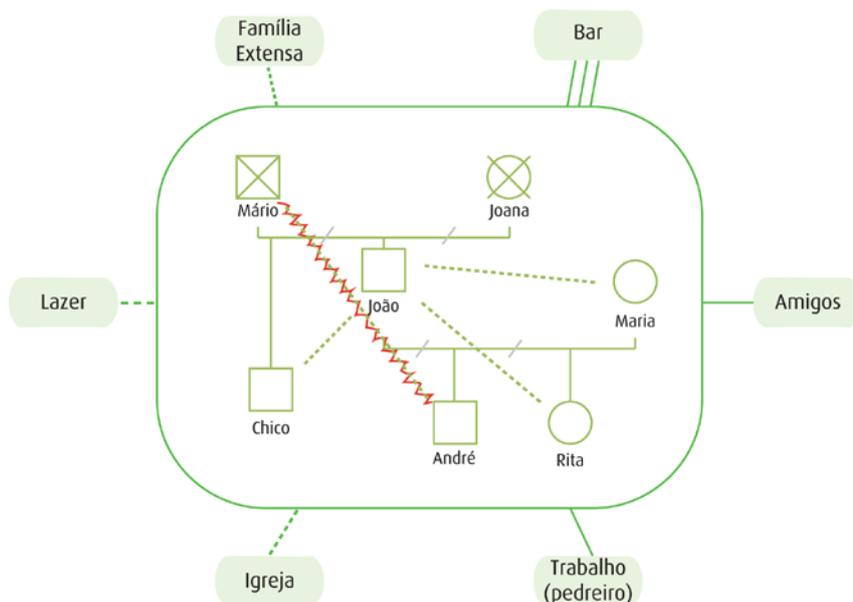
Figura 1.4: Modelo de Ecomapa



Fonte: Dias (2012)

Segue agora um exemplo de utilização de genograma e ecomapa na prática:

Figura 1.4: Genograma e ecomapa na prática



Fonte: próprio autor

Análise da situação: João é alcoolista, trabalha fazendo bicos como pedreiro. Possui uma relação conflituosa com seu filho mais velho, o qual o expulsou de casa após violência contra sua mãe. João já não mora mais em casa, mora de favor com amigos que o acolhem. Nota-se com o genograma que João repetiu a história de seu pai, com comportamento semelhante. Atualmente mantém relacionamento distante da sua família, frequenta bastante o bar, deixou de ter vida social para além do bar, deixou de ir à igreja que frequentava no início do relacionamento com sua ex-mulher. Procurou a Unidade Básica de Saúde buscando ajuda, já que não vê mais sentido na vida. Avaliando esse genograma e ecomapa é possível propor várias estratégias para o enfrentamento dos problemas do seu João. Podemos discutir sua história de vida, propondo que deixe o alcoolismo e tentar reatar vínculo familiar, ao seu tempo. Podemos investir em sua vida religiosa como uma possível rede de apoio e retomar situações de lazer não relacionadas ao álcool. Dessa forma essa ferramenta nos propicia uma visão geral do panorama de vida de seu João e facilita a tomada de decisões estratégicas.

9. Visita Domiciliar

A visita domiciliar é um espaço rico e essencial de interação com a população. A equipe de Saúde da Família pode utilizar esse espaço para diversos fins, sejam eles de diagnóstico, como de ações de promoção à saúde ou de abordagens terapêutica variadas.

A Estratégia de Saúde da Família prevê que toda a equipe realize visitas domiciliares. É importante salientar que cada profissional da equipe possui um campo de saber que pode ser compartilhado com os demais membros e um núcleo estrito de atuação específico de sua formação profissional. Os agentes comunitários são responsáveis por colher dados para compreensão do território, estando atentos à situação de vulnerabilidade social, cumprindo seu papel de educadores em saúde e servindo de apoio ao restante da equipe. O enfermeiro precisa estar atento para as condições de saúde e os processos de cuidado que historicamente estão relacionados à sua profissão. O cirurgião dentista, além da promoção de saúde, pode exercer no domicílio o cuidado daqueles que são impossibilitados de procurar o atendimento na Unidade Básica de Saúde. O médico precisa também estar presente, sobretudo em seu papel de realizar diagnóstico, terapêutica e encaminhamentos necessários das condições de doença, interagindo com a família, relacionando a moradia com os processos de saúde-doença e estabelecendo condutas focadas no cuidado domiciliar.

Ao entrar num domicílio precisamos ter em mente o objetivo da visita, que deve ser compartilhado e discutido com a equipe antecipadamente. É importante aproveitar o momento para interpretar a linguagem subjetiva do lugar, observando hábitos, condições sociais, etc. Além disso, as visitas domiciliares não devem ser apenas realizadas para usuários restritos ao leito ou com dificuldade de locomoção, mas também para as situações que necessitem de uma análise ou intervenção mais profunda junto à família.

Muitas vezes a figura do cuidador está presente nos domicílios. Estes merecem atenção especial por parte da equipe de saúde tendo em vista a possibilidade de estar sobrecarregado pelo cuidado exercido na família. Faz-se necessário oferecer apoio e suporte sempre que possível. É importante o treinamento para cuidados básicos e oferta de material educativo de acordo com a situação vivenciada.



Guia Prático do Cuidador (2008) - Ministério da Saúde -
Acesse em <http://migre.me/rTXr4>

Caderno de Atenção Domiciliar - Volume 1 (2012) -
Ministério da Saúde - Acesse em
<http://migre.me/rTXrY>

Para organização das visitas domiciliares é importante que o fluxo e as regras de agendamento sejam bastante claros, tanto para a equipe quanto para a comunidade que a solicita. O Agente Comunitário de Saúde é responsável por indicar situações de fragilidade e estabelecer contato permanente entre equipe e família, por isso, ele precisa ser orientado quanto aos fluxos e principais cuidados que a família deve tomar no cuidado do usuário, além, é claro, de saber identificar situações que necessitem de outros membros da equipe.

Os profissionais precisam estar preparados para as necessidades que surgem nas visitas domiciliares, por isso devem ter em mãos material para tomar notas sobre a visita e informações sobre o usuário: medicações utilizadas, lista de problemas já identificados e breve histórico da doença atual, dentre outras.



Palavras do professor

Vale lembrar que as visitas domiciliares fazem parte do escopo de atuação das equipes de Saúde da Família, sendo parte fundamental de seu trabalho.

Atualmente o governo federal está disponibilizando para os municípios o programa Melhor em Casa, o qual contempla uma equipe multiprofissional, em parceria com hospitais e equipes de saúde da família, para acompanhar pessoas com necessidade de reabilitação motora, idosos com necessidades especiais, pacientes



crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica, dentre outros, em um regime de vigilância estrita e visitas regulares. O atendimento destes usuários é realizado por equipes multidisciplinares. Podem ser habilitadas em municípios acima de 40 mil habitantes. A atuação desta equipe multiprofissional é caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.



Para conhecer mais detalhes do programa, acesse:
<http://migre.me/rTt7>

Contextualizando o conhecimento:

Palavra do professor: para fixar sua aprendizagem, faça os seguintes exercícios:

1. Após a finalização de todo o curso realize o planejamento de seu trabalho com sua equipe de saúde. Não precisa seguir todas as etapas propostas, basta iniciar propondo a melhoria de um dos padrões do AMAQ a serem qualificados, elaborando uma matriz de intervenção (conforme será orientado no Módulo IV), levando em conta os conceitos aprendidos nesta unidade e depois ir melhorando com o passar do tempo;
2. Analise os padrões do Instrumento de Auto Avaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica - AMAQ relacionados ao tema desta Unidade:
4.3; 4.4; 4.5; 4.6; 4.7; 4.8; 4.9; 4.10; 4.11; 4.12; 4.13; 4.14; 4.58; 4.59;
3. Exercite em equipe a discussão de uma família complexa; faça um genograma dela, discuta suas relações e propostas, elaboradas pela equipe, sobre como intervir na família;

10. Resumo

A partir dos conteúdos apresentados na Unidade I podemos concluir que:

- Toda equipe de saúde deve realizar seu trabalho a partir de um planejamento de suas ações. Para planejar é necessário conhecer o território onde se vai trabalhar, conversar com a população local e compreender a dinâmica local. A partir de um processo de territorialização e diagnóstico comunitário é iniciado o planejamento local, o qual deve

contar com participação comunitária e estar alinhado ao Plano Municipal de Saúde e Planejamento da Unidade de Saúde. Esse processo deve ser constantemente avaliado e suas ações redimensionadas.

- Uma equipe de Saúde da Família deve trabalhar com um enfoque comunitário e um enfoque individual e familiar. O enfoque comunitário deve ser realizado através de grupos de saúde, ações intersetoriais com escolas, associações de moradores e outros dispositivos comunitários. Além disso, deve-se constantemente buscar a promoção de saúde em ações ampliadas com a participação da comunidade. As ações individuais devem prezar por uma clínica dinâmica e bem organizada, centrada no indivíduo e inserida em um contexto e uma família. Dentre as abordagens individuais possíveis citamos o genograma e o ecomapa. Na abordagem familiar, podemos realizar o método P.R.A.T.I.C.E. e as intervenções familiares oportunas.

Agora você está preparado para elaborar em equipe um projeto de saúde no território, considerando todas as suas especificidades e necessidades. Com estes conhecimentos você será capaz de, no próximo módulo, colocar em prática a avaliação do trabalho de sua equipe de Saúde da Família e assim propor uma matriz de intervenção para a melhoria da qualidade deste trabalho.

11. Recomendação de leitura complementar

1. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: **princípios, formação e prática**. Organizadores: Gustavo Gusso e José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Artmed, 2012. Capítulos: 19, 26, 28, 29, 30, 31.

Unidade 2 – Participação comunitária e controle social

Caros alunos, nesta unidade vamos refletir sobre o conceito de “cidadania” e conhecer as diferenças entre conceitos importantes para o trabalho na Estratégia Saúde da Família como “participação social”, “controle social” e “participação popular” em saúde. Ao final da unidade você poderá identificar possibilidades de trabalho conjunto entre os Centros Comunitários/Conselhos Locais de Saúde e as equipes de ESF e NASF, bem como identificar o papel destas equipes no fortalecimento do Controle Social no SUS e na potencialização da participação popular.

1. O que é participação cidadã ou cidadania?

Participação é a redistribuição de poder que permite aos cidadãos, atualmente excluídos dos processos políticos e econômicos, serem ativamente incluídos no futuro. A Participação é a estratégia pela qual as pessoas se integram ao processo de decisão sobre quais informações devem ser divulgadas, quais os objetivos e quais as políticas públicas que serão aprovadas, de que modo os recursos públicos serão alocados, quais programas serão executados e quais benefícios, tais como terceirização e contratação de serviços, estarão disponíveis. Portanto, a participação constitui o meio pelo qual as pessoas podem promover reformas sociais significativas que lhes permitam compartilhar dos benefícios da sociedade envolvente.



E cidadania?

Cidadania significa o conjunto de direitos e deveres pelo qual o cidadão está sujeito no seu relacionamento com a sociedade em que vive. O termo cidadania vem do latim, *civitas* (“cidade”), que se refere principalmente aos direitos políticos, sem os quais o cidadão não poderá intervir nas ações do Estado.

A cidadania é a expressão concreta do exercício da democracia. Exercer a cidadania plena é ter direitos civis, políticos e sociais assegurados não apenas na lei, mas o acesso aos serviços com qualidade. Expressa a igualdade dos cidadãos perante a lei, pertencendo a uma sociedade organizada. Lembrando que ser cidadão é poder exercer o conjunto de direitos, estando sujeito também aos deveres. Relaciona-se, portanto, com a **participação** consciente e responsável do cidadão na sociedade, lutando para que seus direitos não sejam violados.

Hoje, a cidadania não pode mais ser considerada somente como um conjunto de direitos e deveres formais, mas como um modo de incorporar os cidadãos e grupos ao contexto social de determinado país. Para Bydlowski, Lefèvre e Pereira (2011), o exercício da cidadania se dá pela inclusão dos cidadãos como sujeitos sociais ativos e os institui como criadores de direitos que visem abrir novos espaços de participação comunitária e política.



Palavras do professor

Entretanto, vale ressaltar que ainda existe uma grande distância entre o que está previsto na legislação e a efetivação na prática de acesso aos serviços de saúde de qualidade e participação comunitária em todos os níveis da atenção. Desta forma, você, profissional de saúde, como cidadão, precisa criar espaços para envolver sua comunidade para melhorar seu processo de trabalho e a vida das pessoas que frequentam sua UBS.

O exercício da cidadania pode começar com gestos como: não destruir bens públicos até a luta pela garantia dos direitos civis, escutar e entender o problema do outro, ser gestor do seu próprio trabalho, buscar soluções para a melhoria da qualidade da AB. Para isso, é necessário fortalecer espaços de debate e discussão das políticas públicas com sua comunidade e sua equipe partindo da realidade em que você está inserido como representante da sociedade civil organizada.



Não esqueçam! Cidadão é aquele que exerce seus deveres e luta por seus direitos. Você, profissional de saúde, também percebe que nosso grande desafio está em avançarmos para uma sociedade composta de cidadãos informados, conscientes dos seus direitos e deveres, ou seja, emancipados plenamente? Percebe que informação/ educação são formas de poder que perpassam a questão da cidadania?

2. Os conceitos de “participação social”, “controle social” e “participação popular” em saúde

A participação da comunidade é importante para a articulação e negociação dos interesses, necessidades e demandas da população, para o controle e fiscalização das ações de saúde na UBS. Destacamos três conceitos que versam sobre o tema da participação:

- A **Participação Social** lança um olhar mais amplo sobre o tema, em que a comunidade pode participar na política, economia, saúde, etc. O fruto dessa participação é um benefício universal (Wendhausen, 2002). “A participação social tem a sociedade como a categoria central, não mais a comunidade ou o povo” (Justino e Soares, 2006,p. 148).
- A **Participação Comunitária** está relacionada “ao sentimento coletivo e ao trabalho voluntário de autoajuda, atuando no espaço da comunidade local” (Justino, Soares, p. 147, 2006). Neste sentido, a comunidade se organiza para buscar resolver seus problemas locais.
- A **Participação Popular** com “um sentido de luta e contestação do Estado, com participação em decisões mais valorizadas” (Justino, Soares, p. 147, 2006).

Considerando este último conceito, a sociedade (ampla) e a comunidade (local) contestam o Estado participando de Movimentos Sociais. Estes movimentos representam legalmente a voz de determinados grupos sociais que buscam, de forma solidária e democrática, defender seus interesses e direitos, a exemplo dos movimentos de portadores de necessidades especiais, dos indígenas, dos homossexuais, de saúde mental, dentre outros. A sociedade civil organizada por meio de instituições, entidades, movimentos, acaba por controlar de forma mais eficaz a ação do Estado no desenvolvimento de suas reivindicações.

- O **Controle social** é a forma pela qual se garante o direito de participação real da sociedade na formulação, implementação, controle de políticas públicas e ações de saúde e que os princípios doutrinários do SUS sejam seguidos (integralidade, equidade, universalidade). Para tanto, foram criados espaços legitimados de escuta da população, que deve orientar todo o processo de trabalho dos gestores e profissionais de saúde do SUS, ou seja, as conferências e os conselhos de saúde. Assim, a participação comunitária, sob a perspectiva do controle social, permite que a população interfira na gestão do SUS, empregando as ações do Estado na direção dos interesses da coletividade. (BRASIL, 2001)

A participação comunitária é considerada na Constituição Federal uma das formas mais avançadas de democracia, pois determina uma nova relação entre o Estado e a Sociedade, de maneira que as decisões sobre as ações na saúde deverão ser **negociadas** com os representantes da sociedade, uma vez que eles conhecem a realidade da saúde das comunidades. (BRASIL, 2001)



Palavras do professor

O conceito de participação comunitária é o que mais se aproxima do cotidiano de trabalho dos profissionais das equipes SF por acontecer na própria comunidade, buscando defender interesses da população que ali vive e é atendida pela UBS. Mas, o que você, profissional da saúde, atuante na equipe de Saúde da Família, pode fazer para garantir que este princípio do SUS seja respeitado? Que movimentos sociais organizam a participação popular na comunidade atendida por vocês?

3. Organização da participação comunitária e do controle social no SUS

No SUS, de acordo com a Lei nº 8.142/1990, os conselhos de saúde e as conferências de saúde são os principais espaços para o exercício da participação da comunidade sobre a implementação das políticas de saúde em todas as esferas governamentais.

Vamos entender como cada uma delas funciona?

As **Conferências de Saúde** são espaços consultivos das necessidades da população. Nestes espaços participam a gestão, os profissionais de saúde e a sociedade organizada por meio de delegados eleitos para participação. Não podem ultrapassar o período de quatro anos. São realizadas em todas as esferas de gestão: municípios ou regiões, estados e federação. Na Lei Orgânica 8.142/90 temos a definição de Conferência de Saúde.



A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. Já as Conferências Estaduais e Municipais acontecem a cada dois anos. As Conferências estaduais e municipais antecedem a Conferência Nacional. São convocadas pelo

Poder Executivo e, extraordinariamente, pelos Conselhos de Saúde nos respectivos níveis (BRASIL, 1990b).

As **Conferências** são fóruns amplos, onde se reúnem representantes da sociedade (usuários do SUS), profissionais de saúde, dirigentes, prestadores de serviços de saúde e outros, para discutir e avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a criação de políticas de saúde, nos três níveis de governo (BRASIL, 1990b).



Palavras do professor

As discussões que acontecem na Conferência de Saúde devem nortear a construção dos planos de saúde municipais. Recomenda-se que as conferências sejam abertas à participação de toda a comunidade, no entanto, cada conselho municipal ou estadual de saúde organiza sua conferência determinando como ela acontece, inclusive à participação comunitária aberta ou limitada a representantes.

É nas conferências municipais que acontece a escolha de representantes para participar da Conferência Estadual de Saúde, e nesta são escolhidos os representantes para participar na Conferência Nacional de Saúde.



Acesse os links abaixo para maiores informações sobre as Conferências:

<http://pensesus.fiocruz.br/conferencias-de-saude>

Os **Conselhos de Saúde** têm um caráter de fiscalização e deliberação das ações de saúde e sua atuação é permanente em todos os níveis de gestão (municipal, estadual e federal). Na Lei Orgânica 8.142/90 temos a definição de Conselho de Saúde.



O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente. Inclui nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990b).

O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da saúde, como subsistema da seguridade social, propiciando seu controle social. Segundo a Lei 8142/90, o Conselho de Saúde pode ser: Nacional, Estadual, Municipal. **Os Conselhos Municipais de Saúde** trabalham com questões mais específicas dos usuários relacionadas às demandas por serviços de saúde, problemas de acesso, entre outros. Já os **Conselhos Estaduais de Saúde**, além de lidarem com essas questões, têm como temática discutir os problemas inter-regionais e intermunicipais. O **Conselho Nacional de Saúde** trabalha com questões relacionadas às desigualdades das regiões do Brasil, sobre os grandes problemas nacionais que impactam o processo saúde-doença, as demandas dos movimentos sindicais e populares e as questões que estão tramitando no Congresso Nacional em termos de legislação.

Mas, para que um Conselho nacional, estadual, municipal ou local funcione adequadamente, algumas condições são necessárias, além das previstas pela lei. É fundamental, por exemplo, que o Conselho seja **representativo**, que significa representar politicamente os interesses de determinado grupo e classe social.

Para que um conselho tenha **representatividade** é necessário que o conselheiro, entre outras coisas, atue como interlocutor de suas bases, levando ao Conselho as suas demandas e retomando com as decisões ou outras informações de interesse das bases. Que não se distancie da entidade ou do movimento que o indicou; represente e defenda os interesses da sociedade, ou seja, o conselheiro não deve se limitar à defesa dos interesses específicos da entidade ou movimento que representa, mas, ao contrário, ampliar o seu espaço de atuação defendendo os interesses da população como um todo porque, especialmente no caso da saúde. As melhorias realizadas no sistema de saúde resultarão em benefícios para todos, inclusive para a entidade ou movimento que representa.

A **legitimidade**, por sua vez, se baseia no respaldo político da sociedade, incluindo as bases do conselheiro. A legitimidade é a condição que um conselheiro, ou mesmo uma decisão,

adquire quando verdadeiramente representa as ideias de um grupo ou de toda a sociedade. Um Conselho ou conselheiro que tenha legitimidade é um Conselho ou conselheiro que tem o apoio, o consentimento e a confiança da sociedade ou do segmento que representa (BRASIL, 2011).



O papel deliberativo e fiscalizador do conselho é diferente do papel executivo do gestor municipal ou estadual. O gestor é responsável pela execução da política de saúde local, enquanto o do Conselho é propor os rumos desta política, fazer o acompanhamento das ações e fiscalizar a utilização dos recursos. O Conselho é um espaço de negociação, cujo compromisso de gestores e conselheiros, atores principais deste espaço é buscar soluções para os problemas de saúde da população local.



Para conhecer a composição e as competências dos Conselhos de Saúde, confira a Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde que substitui a Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003, que prova as seguintes diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde:

<http://migre.me/rTXw>

4. Possibilidades de trabalho conjunto entre os Centros/Comunitários/Conselhos Locais de Saúde e a equipe de ESF e NASF

Em alguns municípios em Santa Catarina, existem Conselhos Locais de Saúde (CLS), ou ainda Conselhos Gestores de Unidade, como exemplo de Joinville e Florianópolis, que tem em cada Bairro/Unidade Básica de Saúde um CLS.



Confira os sites dos Conselhos Municipais de Joinville e Florianópolis nos links a seguir e pesquise sobre os Conselhos Locais de Saúde nestes municípios:

<http://migre.me/rTXxM>



O CLS é o órgão consultivo do SUS, na área de abrangência da unidade local de saúde, relacionando-se diretamente à hierarquia do Conselho Municipal de Saúde. Atua com atenção especialmente aos níveis de planejamento local, avaliação da execução, e controle social das ações e serviços de saúde ou correlacionadas à saúde, colaborando na definição de prioridades e estabelecimento de metas a serem cumpridas na área de abrangência da unidade de saúde.

Os **Conselhos Locais de Saúde** não possuem nenhuma diretriz ou resolução do Conselho Nacional de Saúde que regule seu funcionamento. Mas eles hoje são peça-chave na viabilização da participação da comunidade. O CLS não é deliberativo, mas, com articulação, pode influenciar os conselheiros do CMS.

Como criar, implantar e fazer funcionar um Conselho Local de Saúde?

O Conselho Local de Saúde pode ser instalado na sua área de abrangência, definida de acordo com a territorialização adotada pela Secretaria Municipal de Saúde e composto por representantes das seguintes entidades:

- Representantes dos usuários: moradores
- Representantes de entidades localizadas na área de abrangência da unidade local de saúde com atividades de interesse, alcance ou repercussão comunitários e/ou sociais, legalmente constituídas (associação de moradores, organizações não governamentais, entidades religiosas e outras) sem vínculos (convênios, parcerias, concessões e outros) governamentais formais de qualquer natureza em todo o Brasil.
- Representantes da unidade local de saúde da administração direta da esfera municipal.
- Outros representantes de entidades públicas ou com participação pública ou privada



Resolução nº 010/CMS/2008 do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis - Criação, Implantação e Funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde de Florianópolis: <http://migre.me/rTXzu>

Você, enquanto profissional de saúde, tem um papel primordial tanto na sensibilização quanto no

“empoderamento” da sua comunidade. Em grandes municípios, a criação dos CLS pode aproximar a equipe da comunidade e buscar estratégias para resolução dos problemas do território. Nota-se que com o processo de descentralização e municipalização do SUS, a participação comunitária cada vez mais está sendo produzida na esfera local, criando espaços de poder com representantes da sociedade civil, visando o trabalho de informação para a comunidade sobre as leis e as formas de participação no SUS.



No Pacto pela Saúde/2006, no bloco financiamento, a Participação e o Controle Social são contemplados e apresentam as ações que devem ser desenvolvidas para fortalecer o processo de participação social.

Apesar da relevância do trabalho dos Conselhos de Saúde como instrumentos de participação da população na formulação e fiscalização das políticas de saúde, estudos de Wendhausen e Caponi (2002), assim como de Coelho, Jorge e Guimarães (2009), demonstram que estes espaços “democráticos” acabam por se tornar cenários de disputa de poder e “trampolim” político; que a participação do segmento de usuários é limitada em detrimento da participação de gestores e profissionais do SUS que têm a “fala competente” nas discussões; e que há falta de respeito às deliberações dos conselhos. Estas, dentre outras dificuldades, acabam por impedir que os objetivos dos Conselhos de Saúde sejam atingidos.

Porém, a superação destas dificuldades encontra um terreno fértil no trabalho da Atenção Básica da Saúde. Coelho, Jorge e Guimarães (2009) colocam que as equipes de SF têm um papel fundamental no fomento da participação social, pois estão próximas da população, tendo melhores condições para identificar seus problemas de saúde, planejando e priorizando as ações em conjunto.

Uma experiência exitosa é a do município de Campina Grande na Paraíba, um dos pioneiros na implantação do Programa de Saúde da Família em 1994. O município lança mão de diversas estratégias de gestão local do PSF, que incluem desde o cuidado individual até ações educativas para profissionais e usuários e grupos de discussão com a comunidade. Destaca-se no trabalho deste município a criação de Conselhos Locais de Saúde que estão ligados às unidades de saúde do município. Esta estratégia não é prevista na legislação (Lei 8.142) que legitima os Conselhos Municipais, Estaduais e Federais de Saúde, porém, por meio desses conselhos locais, gestores, profissionais e usuários têm acesso às informações de saúde relevantes para a comunidade. Eles também elaboram e desenvolvem em conjunto políticas e ações de saúde baseados nas demandas daquele grupo levantadas em reuniões e ações de educação popular.



Saiba mais sobre esta experiência lendo na íntegra o artigo de Lacerda e Santiago (2007), publicado no Scielo, disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rk/v10n2/a07v10n2>

Observando a experiência relatada, percebe-se que as equipes de Saúde da Família ampliam o potencial de qualidade nos serviços prestados à população quando estão em permanente debate e estudo sobre temas como cidadania, funcionamento do SUS, participação social e quando abrem esse espaço de discussão aos usuários. Dessa forma conseguem se preparar tanto para orientar a população sobre seus direitos e deveres quanto para escutar ativamente essas demandas e saber trabalhar com elas.



Palavras do professor

Por isso, usem os exemplos relatados na construção da matriz de intervenção após a aplicação do instrumento de Autoavaliação da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, que iremos estudar no módulo IV para traçar ações para o fortalecimento da participação comunitária no planejamento de ações nas equipes de AB.

5. Outras instâncias de garantia de direitos sociais

Há outros espaços coletivos que podem estimular a produção/construção de sujeitos coletivos e de coletivos organizados, tais como: conselhos de cogestão, assembleia, colegiado de gestão, reuniões (Campos 2007). Os conselhos de cogestão e os colegiados para gestão têm caráter duradouro (permanentes enquanto durem), são arranjos de funcionamento regular, com normas previamente acordadas. Estes espaços referem-se a espaços concretos destinados à comunicação (escuta e circulação de informação sobre desejos, interesses e aspectos da realidade), à elaboração (análise da escuta e das informações) e a tomadas de decisão (prioridades, projetos, contratos). Além dos conselhos, conferências e demais espaços coletivos citados aqui, os cidadãos podem, também, recorrer a outros mecanismos de garantia dos direitos sociais, em especial o direito à

saúde:

- O ministério público.
- A comissão de seguridade e ou/ da saúde do Congresso Nacional, das assembleias legislativas e das câmeras de vereadores.
- A Promotoria dos Direitos do Consumidor (Procon).
- Os conselhos profissionais, etc.

Denúncias por meio das ouvidoria e dos canais de comunicação – rádios, jornais, televisões e internet – também são um forte instrumento de pressão na defesa dos direitos.



Poder e saber andam juntos e a educação permanente é um dispositivo de mudança e um meio de fortalecimento da participação comunitária.

A formação de cidadãos participativos leva ao empoderamento da população, capacitando-a para atuar no controle social e na formulação de políticas públicas da saúde por meio da participação comunitária em saúde (Bydlowski, Lefèvre e Pereira, 2011). É essencial ressaltar que o acesso a informação amplia a capacidade de argumentação de cidadão/conselheiros, profissionais de saúde

da ESF, quando estes lutam/defendem ideias, projetos de interesses coletivos em defesa do acesso ao direito pela saúde, nos espaços de democracia participativa. Nesse sentido, é importante destacar o avanço que representa o fortalecimento da Educação Permanente junto aos profissionais de saúde e conselheiros municipais. o sistema de saúde, de concepções mais seletivas, como a de primeiro nível de atenção ou oferta de cesta restrita de serviços.

Empoderamento entendido como processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, socioeconômicos e ambientais que afetam a saúde (WHO, 1998).

Entende-se como educação permanente para o controle social os processos pedagógicos que contribuem para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde e com metodologias participativas, através de processos formais e informais que valorizam as experiências (vivências) das pessoas (CNS, 2006).

Por isso, existem inúmeras maneiras de fortalecer a participação comunitária, inclusive defendendo que os profissionais da equipe da ESF tenham representatividade no conselho de saúde do seu município, ou implantem Conselhos Locais de Saúde.



Palavras do professor

Não se esqueçam: os conselhos de saúde (municipal, locais) e as reuniões na comunidade ou na equipe são espaços de pactuações em relação às dificuldades da gestão. Estabelecer consensos em torno de propostas em defesa da garantia do direito a saúde como bem público e não saúde como mercadoria. Além disso, é importante que você e sua equipe conheçam o Plano de Saúde do seu município para identificar quais ações e metas referem-se à Gestão da Atenção Básica/ESF do seu município. Sugiro fazer a leitura deste plano e análise nas reuniões de educação permanente da equipe.

6. Resumo

Concluindo, o controle social conquistou no contexto histórico de democratização das políticas de saúde no Brasil um dos mecanismos que adquiriu visibilidade aos movimentos de saúde, tanto por meio das denúncias pelas omissões dos serviços instalados como também pela constante luta para garantir o efetivo exercício do controle social sobre a gestão dos serviços de saúde.

Os conselhos hoje representam a luta histórica pela participação popular em saúde após a Ditadura Militar. Entretanto, muitos são os desafios e dificuldades a serem superados para atingirmos o efetivo controle social no SUS. Temos que avançar na garantia dos direitos sociais assegurados pela CF/88, educação e cidadania, saúde com qualidade. Exemplos de mobilização social que fizeram história nesse país: Movimento de Reforma Sanitária, Movimento Cara Pintada do Impeachment do Collor, Movimento Ficha Limpa.

7. Recomendação de leitura complementar

COELHO, Márcia Oliveira, JORGE, Maria Salete Bessa, GUIMARÃES, José Maria Ximenes. Participação social na atenção básica à saúde: concepções e práticas dos usuários e trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev. APS**, v. 12, n. 4, p. 448-458, out./dez. 2009. Disponível em:

www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/download/282/269

COHN, A. Cidadania e formas de responsabilização do poder público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde. Cadernos da XI Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

Encerramento do módulo

Você acaba de encerrar o Módulo III em que você teve a oportunidade de estudar sobre ferramentas de planejamento e trabalho na Atenção Básica, bem como sobre a Participação Social neste contexto de trabalho.

Assim como a discussão dos temas dos módulos anteriores, é importante que os temas apresentados no Módulo III estejam constantemente em pauta nas reuniões das equipes de Atenção Básica, buscando inserir os conceitos, ferramentas e ações propostas no processo de trabalho da equipe.

A partir do próximo módulo você terá a oportunidade de fazer um diagnóstico de sua realidade de trabalho utilizando o Instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB) e, a partir dos resultados, propor uma matriz de intervenção para transformar a realidade de trabalho.

Esperamos que você tenha sucesso na continuidade do curso!

Referências

Análise SWOT. **Material de apoio do curso Gestão da Clínica do SUS**. Hospital Sírio Libanês. 2012. BRASIL.

Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério de Saúde, 2006.

_____. **Lei n.º 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. Brasília, 1990a.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 15 out./12

_____. **Lei n.º 8.142** de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 15 out./12

_____. Ministério da Saúde. **O SUS e o controle social** - Guia de Referência para Conselheiros Municipais. Brasília, 2001. Disponível em:

<http://www.fo.usp.br/departamentos/social/saude_coletiva/MOSUS.pdf>. Acesso em: 15 out./12

_____. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, 2000. 119 p.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012. Pág. 19. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>

_____. **SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1. ed., 4.ª reimpr. Brasília, 2003. 96 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRUCE, G; HAESBAERT, R. **A Desterritorialização na obra de Deleuze e Guattari**. Departamento de Geografia. Universidade Federal Fluminense. Disponível em:

<http://www.uff.br/geographia/ojs/index.php/geographia/article/viewArticle/74> (acessado em 30/11/2012)

BYDLOWSKI, Cynthia Rachid; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo.

Promoção da saúde e a formação cidadã: a percepção do professor sobre cidadania. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, Mar. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300013>. Acesso em 02 out. 2015.

CAMPOS, Wagner de Souza Campos. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007

CASANOVA, F; DIAS L C; OSORIO L C. **Abordagem Comunitária:** Grupos na Atenção Primária à Saúde in: Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Organizadores: Gustavo Gusso e José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 31, pág. 265-273.

COELHO, Márcia Oliveira, JORGE, Maria Salete Bessa, GUIMARÃES, José Maria Ximenes. **Participação social na atenção básica à saúde:** concepções e práticas dos usuários e trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev. APS**, v. 12, n. 4, p. 448-458, out./dez. 2009. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a09v16n2>. Acesso em: 07 out. 2015.

DIAS, L C. **Abordagem Familiar** in: Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Organizadores: Gustavo Gusso e José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 26, pág. 221-232.

DITTERICH, R G; GABARDO, M C L; MOYSES, S J. **As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR**. Saude soc., São Paulo, v. 18, n. 3, Sept. 2009.

ESPÍRITO SANTO. **Diretrizes para organização da Atenção Primária à Saúde no Espírito Santo**. 1ª Edição. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Vitória, 2008.

GUATTARI, E e ROLNIK, S. **Micropolítica:** cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1996.

GUSSO, G; POLI, P. **Gestão da Clínica in:** Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Organizadores: Gustavo Gusso e José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 19, pág. 159-166.

JUSTINO, A. L. A.; SOARES, G. B. **Controle Social do SUS**. In: Cutolo, L. R. A. (org). Manual de Terapêutica Assistência à Família. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, Departamento Científico, 2006.

LOPES J M C; MAHMUD S J; MANO M A M. **Abordagem Comunitária:** Cuidado Domiciliar in: Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Organizadores: Gustavo Gusso e José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 30, pág. 255-265.

REBELO, L. Genograma Familiar. **O bisturi do Médico de Família. Rev Port Clin Geral**, 2007.

SANTA CATARINA. **Manual de orientação para gestores municipais da saúde [recurso eletrônico]**. Secretaria de Estado da Saúde. Florianópolis, IOESC, 2008. 79 p. ; il.

SANTOS M, 1998. **“O retorno do território”**. In Território, Globalização e Fragmentação (M. Santos; M. A A Souza&M. L. Silveira, org.), p 15-20, São Paulo: Hucitec.

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

TONI, J. **O que é o Planejamento Estratégico Situacional?** Revista Espaço Acadêmico – nº 32. Jan 2004. Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/032/32ctoni.htm> (Acessado em 25.11.2012)

WENDHAUSEN, Águeda and CAPONI, Sandra. **O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil**. Cad. Saúde Pública [online]. 2002, vol.18, n.6, pp. 1621-1628. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000600016>

WILSON, L.; BADER, E. **Ciclo de vida da família**. In: WILSON, L. Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes. Curitiba: SMS, 1996. p.38-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health promotion evaluation: recommendations to policymakers**. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998.

Módulo 4

Autoavaliação, programação e monitoramento de ações

Edenice Reis da Silveira
Gisele Damian Antonio
Luise Lüdke

APRESENTAÇÃO

A organização do processo de trabalho da equipe de Atenção Básica de Saúde (ABS) estudada nos módulos anteriores tem seu início na definição das atribuições e responsabilidades de todos os membros da equipe de saúde; na definição do território adscrito; no mapeamento das áreas e microáreas que compõem esse território; no cadastramento das famílias e na utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com a finalidade de ofertar serviços de saúde de qualidade.

Também compete aos membros da equipe de saúde da família incorporar como rotina a autoavaliação, a programação local e o monitoramento de ações, no sentido de mobilizar a equipe para a definição de metas, objetivos e estratégias visando implementar ações voltadas à melhoria contínua do acesso e da qualidade da ABS.

No Módulo III, você teve a oportunidade de estudar sobre o planejamento em saúde e as principais ferramentas que os profissionais podem utilizar para planejar o trabalho da Unidade Básica de Saúde. Já no Módulo IV o objetivo é conhecer o instrumento AMAQ, que possibilita realizar a autoavaliação do processo de trabalho da equipe de SF e analisar os resultados para elaborar uma proposta de intervenção.

Neste Módulo, o Instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (AMAQ), do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) do Ministério da Saúde, será apresentado como importante ferramenta de autoavaliação. Você compreenderá como melhor elaborar a matriz de intervenção (etapa da autoavaliação), que incorpora o planejamento e monitoramento das ações em saúde desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica.

Bons estudos!

Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade na ABS

Chegou o momento de conhecer como autoavaliar a prática em saúde desenvolvida pela sua equipe de saúde da família. Para esta finalidade, utilizaremos neste texto o instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade na AB (AMAQ), proposto pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, descrevendo os passos para a realização da autoavaliação.

Objetivo Geral

Conhecer e aplicar o instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade na AB (AMAQ), identificar as dimensões positivas e as fragilidades no processo de trabalho e construir uma matriz de intervenção. Ao final deste módulo você deverá ser capaz de realizar a autoavaliação da sua equipe de Saúde da Família ou de Atenção Básica, por meio da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ).

Unidade 1 - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

O PMAQ é um componente da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que vinculou pela primeira vez o repasse de recursos ao alcance de **padrões de acesso e de qualidade** pelas equipes de ABS. Criado em 2011 com a publicação da Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. É regido atualmente pela Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015.. O objetivo central deste programa é estimular a criação de espaços de diálogo, negociação e problematização para mobilizar atores locais em prol de mudanças concretas na realidade cotidiana dos serviços de saúde rumo à melhoria da **qualidade** da ABS (Pinto, et al., 2012).

1.1 PMAQ – objetivos e organização

As diretrizes do PMAQ, de acordo com a Portaria nº 1.645/2015, são:

- I – Construir um instrumento de avaliação com padrões e parâmetros que permitam comparar as equipes de saúde da atenção básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde, a fim de determinar o grau de qualidade as ações e serviços prestados;
- II – estimular que as equipes, a partir dos resultados obtidos na avaliação, pensem em estratégias para melhorar o acesso e a qualidade da atenção básica;
- III – permitir que a sociedade acompanhe o processo de avaliação em todas as suas etapas e tenha acesso aos resultados;
- IV – envolver, mobilizar e responsabilizar gestores, equipes de saúde de atenção básica e usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica;
- V – estimular que gestores e equipes da Atenção Básica planejem suas ações e gastos de recursos de acordo com resultados alcançados durante o desenvolvimento das fases do programa;
- VI – estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e
- VII – estimular a adesão voluntária das equipes da atenção básica e dos gestores municipais, a partir da motivação e pro atividade dos atores envolvidos.

“Padrão de qualidade é uma declaração da qualidade esperada e expressa afirmativamente o sentido da política produzida nos espaços tripartite de governança do SUS. O grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos frente às normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas” (Pinto, et al., 2012).

“A qualidade é compreendida como uma construção social, produzida com base nas referências dos sujeitos envolvidos, que varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico, tecnológico e cultural e com os conhecimentos acumulados sobre o tema” (Pinto, et al., 2012).

Os municípios e equipes de Atenção Básica à saúde já tiveram a oportunidade de participar de dois ciclos do PMAQ, realizados em 2012, 2013. Estão sendo convidados a participar do terceiro em 2016. Ao longo do desenvolvimento destes ciclos, alguns aspectos no desenvolvimento do PMAQ sofreram modificações a fim de qualificar os instrumentos e o processo.

No Ciclo 1 realizado em 2012 o programa foi organizado em quatro fases complementares:

1. Adesão e contratualização: adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de atenção básica e os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde, num processo que envolve a pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social.

2. Desenvolvimento: conjunto de ações a serem empreendidas pelas equipes de atenção básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Fase organizada em quatro dimensões:

- a. Autoavaliação;
- b. Monitoramento;
- c. Educação permanente e
- d. Apoio institucional

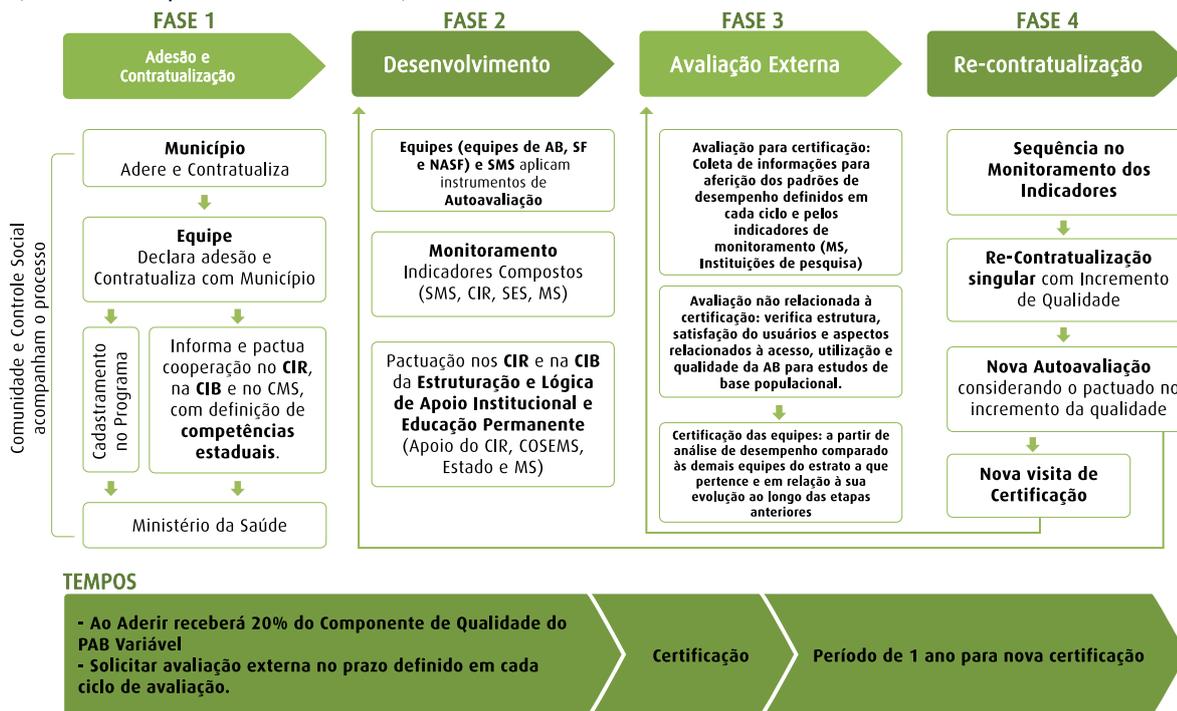
3. Avaliação externa: conjunto de ações para averiguar as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da atenção básica participantes do programa. Fase organizada em duas dimensões:

- a. Certificação de desempenho das equipes de atenção básica e gestões municipais participantes do PMAQ
- b. Avaliação do acesso e da qualidade da atenção básica não relacionada ao processo de certificação

4. Recontratualização: com base na avaliação de desempenho de cada equipe, uma nova contratualização de indicadores e compromissos deverá ser realizada, completando o ciclo de qualidade previsto pelo programa.

No Ciclo 2, realizado em 2013, as fases de desenvolvimento do programa aconteceram de acordo com a sequência ilustrada no Quadro 1:

Quadro 1: As quatro fases do PMAQ

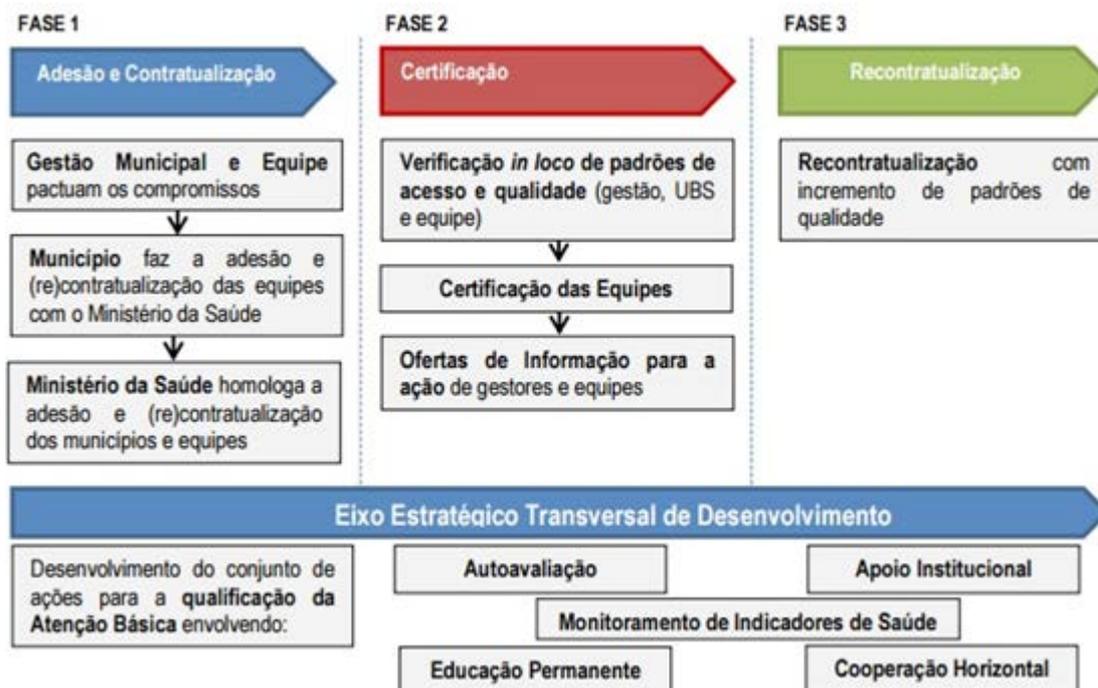


Fonte: Pinto, et al., 2012.

A primeira fase do PMAQ consistia na adesão ao programa e implicava na contratualização de compromissos entre as equipes de Saúde da Família ou de Atenção Básica e os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde, Conselho de Saúde e Conselhos Gestores. Na segunda fase acontecia o desenvolvimento das estratégias relacionadas aos compromissos com a melhoria do acesso e da qualidade, estruturada em quatro dimensões: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional. Na fase de Avaliação Externa acontecia o processo de certificação conduzido pelo Ministério da Saúde e pelas Instituições de Pesquisa por meio de coleta de informações e pelos indicadores de monitoramento pactuados. (Brasil, 2013).

No 3º Ciclo houve uma modificação nas fases de desenvolvimento do PMAQ, como apresentado no Quadro 2:

Quadro 2: Fases do PMAQ – 3º Ciclo



Neste ciclo o programa é realizado em três fases: Adesão e Contratualização, Certificação e Recontratualização. O Desenvolvimento, que antes era uma das fases do programa, passou a ser um Eixo Estratégico Transversal e está relacionado ao desenvolvimento de ações relacionadas aos compromissos com a melhoria do acesso e da qualidade. É estruturado em cinco dimensões: autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal (Brasil, 2014).



Palavras do professor

Neste módulo focaremos os estudos na aplicação do instrumento de Autoavaliação (AMAQ) que se encontra no Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento. Este instrumento pode ser utilizado pelas equipes de SF ou de AB como instrumento de planejamento, avaliação e monitoramento de suas ações em saúde, independente desta ter aderido ou não ao PMAQ.

O instrumento AMAQ é uma ferramenta que possibilita identificar um conjunto de informações sobre as condições de acesso e qualidade das equipes de Atenção Básica, embasadas na Política

Nacional de Atenção Básica vigente, necessárias para o planejamento das equipes e para a construção de uma matriz de intervenção. (Pinto, et al, 2012)



[Acesse a página do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e conheça o programa:](http://migre.me/t4Yxd)
<http://migre.me/t4Yxd>

Unidade 2 – Autoavaliação na AB - AMAQ

A garantia da qualidade da atenção apresenta-se como um dos principais objetivos do SUS. Essa qualidade deve, necessariamente, compreender os princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social. A AMAQ apresenta-se neste contexto.

A AMAQ é um dispositivo de diálogo para que as equipes possam priorizar os seus problemas e pactuar suas ações de acordo com as suas explicações, os seus interesses, a suas prioridades e sua governabilidade, ampliando assim a motivação e a satisfação da equipe. Além disso, a autoavaliação contribui para a tomada de decisão, para orientar o processo de negociação e pactuação de metas e compromissos entre equipe de ABS e gestão municipal e subsidiar a definição de prioridades e programação de ações (Pinto et al., 2012).

É entendida como dispositivo de reorganização da equipe e também da gestão. É neste momento que os sujeitos e grupos implicados, avançam na autoanálise, na autogestão, na identificação das potencialidades e dos problemas, bem como na formulação das estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços, das relações e do processo de trabalho (Brasil, 2013).

Os processos autoavaliativos não devem ser constituídos apenas pela identificação de potencialidades e de problemas, mas principalmente, pela realização de intervenções no sentido de avançar na melhoria contínua na qualidade.

Assim, realizar a autoavaliação da Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica e construir a matriz de intervenção para solucionar problemas eleitos como prioritários constitui-se uma oportunidade de reflexão e avanço para a qualidade da atenção e melhoria do processo de trabalho uma vez que deve ser realizado com o envolvimento de toda a equipe. Ao mesmo tempo, a AMAQ também contribui na identificação das principais necessidades de educação permanente, que devem ser discutidas durante todo o processo de trabalho, de forma contínua, ou mesmo incluídas como ações de melhoria na matriz de intervenção que for elaborada.

Além disso, pode ser entendida como um espaço coletivo de negociação e planejamento de modo

a superar problemas e alcançar os objetivos desejados e pactuados. É um momento ideal para reunir a equipe, gestão e comunidade; que necessariamente provoca a identificação de muito mais problemas que a equipe de ABS poderia tomar como prioridade de ação.

O primeiro passo é acessar o instrumento AMAQ, disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Busque sempre a versão atualizada, de acordo com o Ciclo que está em andamento. Baixe o arquivo em seu computador e imprima para facilitar o manuseio.



Para baixar os instrumentos AMAQ (Equipes AB e SB, CEO e NASF), acesse o seguinte link: <http://migre.me/t4YEa>



Palavras do professor

Se a sua equipe tiver aderido ao PMAQ, sugere-se que a autoavaliação seja realizada antes da Avaliação Externa (Fase 2 do PMAQ - Certificação), pois a realização da AMAQ compõe uma porcentagem da nota final de certificação. Lembre-se de que o resultado obtido na autoavaliação não é computado na nota final, mas sim o fato de sua equipe realizá-la. O objetivo é fazer com que a equipe avalie o seu processo de trabalho, aponte os problemas e estabeleça ações para melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde da sua população adscrita. Além disso, a autoavaliação deve ser realizada em equipe, com a presença de todos os profissionais da equipe mínima.

Vale ressaltar que além da presença da equipe mínima, a autoavaliação deve contar com o envolvimento dos gestores/coordenadores de cada UBS vinculada e com representação das equipes NASF e/ou equipes de AB não inseridas na proposta Saúde da Família, mas que atuem na UBS. A autoavaliação deverá ser realizada no espaço da reunião de equipe.

A autoavaliação poderá ser respondida manualmente no documento AMAQ impresso ou diretamente no Sistema AMAQ. Um aplicativo foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde com o objetivo de facilitar a utilização do instrumento e para que a gestão municipal também tenha acesso informatizado sobre quais equipes estão realizando a AMAQ. Essa ferramenta possibilita ao

usuário responder ao questionário do AMAQ, utilizar os seus recursos para a construção da matriz de intervenção e gerar relatórios.

O responsável pelo Fundo Municipal de Saúde (FMS) poderá acessar o sistema AMAQ usando o CNPJ e senha do (FMS) e poderá definir, inserir e modificar os perfis dos responsáveis pela gestão, pelas equipes de atenção básica e pelas unidades de saúde dos municípios participantes. Os representantes definidos pelo responsável pelo FMS poderão acessar o sistema e responder as questões da AMAQ correspondentes ao perfil cadastrado.



Saiba mais sobre o Sistema AMAQ acessando a sua página na Web: <http://amaq.lais.huol.ufrn.br/>

2.1. Estrutura dos Instrumentos AMAQ

Os instrumentos AMAQ – AB, tanto para equipe de Atenção Básica quanto para equipe de Saúde Bucal, são divididos em duas Unidades de Análise: 1) Gestão e 2) Equipe.

As dimensões e subdimensões da Unidade de Análise “Gestão” devem ser respondidas pelos gestores municipais de saúde. Já as dimensões e subdimensões da Unidade de Análise “Equipe”, devem ser respondidas por sua equipe de Atenção Básica e de Saúde bucal.

A equipe de Atenção básica deve agendar uma reunião para avaliar todos os padrões de qualidade do Caderno da AMAQ relacionados às dimensões:

- Unidade Básica de Saúde (subdimensões H e I) e
- Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde (Subdimensões J a N)

Da mesma forma, a equipe de Saúde Bucal deve se reunir para avaliar os padrões relacionados às dimensões:

- Unidades Básicas de Saúde / Consultório Odontológico (subdimensões H e I) e
- Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal (Subdimensões J a M)



Lembramos que as Unidades de Análise de Gestão (tanto da equipe de SF quanto da equipe de SB deverão ser preenchidas pelos gestores.

Ressalta-se que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) também podem aderir ao PMAQ, e para sua autoavaliação o Ministério da Saúde construiu um instrumento AMAQ NASF, com padrões relacionados especificamente ao seu processo de trabalho. A matriz de intervenção segue a mesma lógica adotada para as equipes de Saúde da Família/Atenção Básica.

2.1. Padrões de Qualidade

Na AMAQ a qualidade é definida por meio do atendimento de padrões estabelecidos conforme normas, protocolos, princípios e diretrizes que devem orientar a prática dos profissionais de saúde.

Para cada subdimensão são apresentadas situações esperadas para uma atenção de qualidade, a qual denomina-se “padrão” que apresenta uma explicação ou descrição do que seja um padrão de qualidade para aquela situação. É importante que seja feita a leitura dos padrões e sua descrição na presença de todos os profissionais da equipe. Ao final a equipe deve atribuir uma nota de 0 a 10 quanto ao cumprimento do referido padrão pelo conjunto de profissionais (verifique as orientações na introdução do instrumento AMAQ sobre a metodologia para atribuição da nota para cada padrão).

Todos os padrões devem ser respondidos, para que não aconteçam falhas na consolidação. Lembre-se de passar a lista de presença em todos os encontros.

Os padrões de cada dimensão de avaliação estão organizados e estruturados em uma tabela, conforme descrição abaixo:

Nº do padrão	Descrição do padrão de qualidade: afirmação acerca da qualidade esperada	Escala numérica: grau de adequação do padrão a situação analisada
Detalhamento do padrão de qualidade: comentário explicativo/detalhamento do padrão.		

Veja abaixo o exemplo de como esta estrutura apresenta os padrões que compõe a AMAQ Atenção Básica e Saúde Bucal – Ciclo 3:

4.15	A equipe realiza reuniões periódicas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe realiza reuniões periódicas (semanal ou quinzenal), com duração adequada às necessidades de discussão da equipe. Utiliza esse momento para discutir temas referentes a questões administrativas e funcionamento da UBS, organização do processo de trabalho, diagnóstico e monitoramento do território, planejamento das ações, educação permanente, avaliação e integração com troca de experiências e conhecimentos, discussão de casos, planejamento e organização das visitas domiciliares, avaliação dos grupos que estão sendo desenvolvidos na comunidade, discussão de casos pela equipe (eventos-sentinelas, casos complexos), qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial (NASF, CAPS, CEO, especialistas da rede e da vigilância), construção/discussão de projeto terapêutico singular, monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde, entre outros. É importante que a equipe realize junto com o ACS o planejamento das ações no território.</p>		

Fonte: AMAQ Atenção Básica e Saúde Bucal – Ciclo 3

Agora que você sabe como o instrumento AMAQ está estruturado e como responde-lo, mãos a obra! Reúna sua equipe para responder o instrumento!



Se você e sua equipe tiverem dúvidas no preenchimento do instrumento AMAQ, lembre-se que o Núcleo Telessaúde SC dispõe de Teleconsultorias de Organização do Processo de Trabalho. Registre sua dúvida e solicite uma teleconsultoria acessando este link: <http://telessaude.sc.gov.br>.

Para mais informações acesse também a página da Gerência de Atenção Básica do Estado de SC pelo Portal da Secretaria Estadual de Saúde:

<http://migre.me/rTXE8>

Concluído o processo de autoavaliação junto com a equipe, agora é hora de identificar e priorizar os problemas que dificultam sua equipe na oferta de uma atenção acessível e qualificada. Neste caso os problemas são os padrões em desacordo com o parâmetro de qualidade. Vamos lá! Identifique-os! Solucione-os! Na próxima unidade você saberá como montar uma matriz de intervenção de junto com sua equipe.

Unidade 3 - Planejamento e Intervenção a partir do AMAQ

Como vocês puderam perceber durante o preenchimento do instrumento AMAQ existem diferenças no número de itens segundo especificações de equipes. Para as equipes de da Atenção Básica a AMAQ possui 77 padrões de autoavaliação distribuídos em sete subdimensões. A AMAQ das equipes de SB possui 42 padrões e seis subdimensões. No AMAQ NASF, Unidade de Análise “Equipe NASF” são 2 subdimensões com 53 padrões de qualidade.

Após a equipe definir por consenso uma nota, na escala de 0 a 10, para cada padrão, a equipe deve proceder a classificação das dimensões e subdimensões, seguindo as orientações contidas na introdução do instrumento AMAQ. Deve ser utilizada a Folha de Respostas e Classificação constante do AMAQ. Os padrões que obtiveram a menor pontuação serão identificados como problemas e serão priorizados, segundo a concepção da equipe.



Palavras do professor

Mas o que é um problema? Problema é tudo aquilo que nos impede de alcançar nossa imagem objetivo; e imagem-objetivo é aquela situação ideal ou desejada que oriente a direção das ações a serem desenvolvidas. Portanto, a identificação, seleção e priorização de problemas deve ser um processo de construção coletiva, envolvendo todos os membros da equipe interessados a alcançar um objetivo comum, ou seja, alcançar melhores resultados e satisfação do usuário. (UFSC, 2010)

É impossível trabalhar todos os problemas de uma só vez. É sabido que: quem atira para todo o lado, desperdiça munição e não acerta o alvo. Alguns problemas estão fora da nossa governabilidade. Assim, é fundamental que se realize uma priorização, focando-se naqueles problemas que tragam o melhor resultado para a Unidade de Saúde e são de resolução urgente.

Caso as equipes da UBS decidam realizar o planejamento integrado, com uma única matriz de intervenção, a priorização deverá ser realizada de forma coletiva, junto com a coordenação da UBS. O preenchimento do instrumento de auto avaliação e o processo de pontuação de cada padrão é uma oportunidade de debate e educação permanente da equipe.



Palavras do professor

Mas o que é um problema? Problema é tudo aquilo que nos impede de alcançar nossa imagem objetivo; e imagem-objetivo é aquela situação ideal ou desejada que oriente a direção das ações a serem desenvolvidas. Portanto, a identificação, seleção e priorização de problemas deve ser um processo de construção coletiva, envolvendo todos os membros da equipe interessados a alcançar um objetivo comum, ou seja, alcançar melhores resultados e satisfação do usuário. (UFSC, 2010)

Para auxiliar na priorização, você pode responder três questões básicas:

- a) O problema é muito frequente?
- b) É considerado um problema por toda a equipe?
- c) Existe recurso disponível para que a equipe possa enfrentá-lo sozinha?

Esses questionamentos direcionam a tomada de decisão sobre quais os problemas são prioritários naquele contexto que está sendo avaliado.

Após esta etapa, sua equipe estará pronta para iniciar a construção da Matriz de Intervenção.

3.1. Matriz de intervenção

Depois de ter identificado quais são os padrões do instrumento AMAQ que necessitam de uma proposta de melhoria da qualidade das práticas de saúde de sua equipe, partiremos para a elaboração de uma Matriz de Intervenção.

É por meio desta Matriz que a equipe terá a oportunidade de planejar ações e de acompanhar a execução delas, sempre identificando os objetivos e responsáveis.

Esta ação deve ser bem planejada de acordo com os passos identificados na figura abaixo:

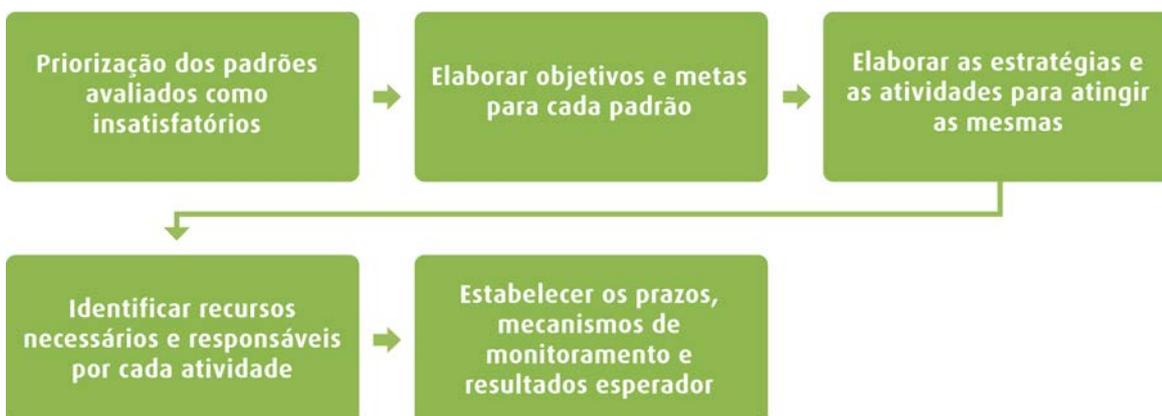


Figura 2 – Elementos de uma matriz de intervenção

Para melhor organizar e registrar essas informações, estes passos podem ser sistematizadas em uma tabela como no exemplo a seguir, considerando que padrão insatisfatório seja o 4.15 (A equipe realiza reuniões periódicas):

Descrição do padrão (Conforme AMAQ): A equipe realiza reuniões periódicas (4.15).
Descrição da situação problema priorizada (Conforme AMAQ): A ESF não se reúne semanalmente ou quinzenalmente (apenas mensalmente).
Objetivos/metasp a serem alcançados: Garantir reuniões semanais de equipe, com duração de 2 horas (por ex. todas as sextas feiras pela manhã).

Estratégias para alcançar as metas	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
Elaborar uma proposta de cronograma de reunião de equipe semanal	<p>1. Discutir a proposta com o coordenador, gerente de unidade ou gestor municipal</p> <p>2. Discutir a proposta com o Conselho Gestor de Saúde;</p> <p>3. Informar sobre as razões e os horários dessas reuniões a todos os profissionais da Unidade de Saúde e moradores de todas as microáreas, nos grupos de gestantes, puericultura, etc.; nas consultas médicas e de enfermagem; nas visitas domiciliares.</p>	- Se for o caso, incluir recursos necessários nesta coluna.	- Quatro reuniões por mês, de 2 horas cada, às sextas-feiras de manhã com participação de 75% da equipe.	<p>- Neusa, enfermeira da equipe.</p> <p>- Carlos, médico da equipe.</p> <p>- João, ACS.</p>	<p>- Última semana do mês de setembro.</p> <p>- Próxima reunião do conselho, prevista para a segunda semana do mês de outubro.</p> <p>- Em todas as atividades previstas, durante a segunda quinzena do mês de outubro.</p>	<p>- Realização de uma reunião por semana.</p> <p>- Ata da reunião.</p> <p>- Lista de presença.</p> <p>- 75% de participação nas reuniões de equipes.</p>

A matriz de intervenção será o instrumento no qual a equipe irá definir as estratégias para alcançar os objetivos/metasp, detalhar as ações que serão desenvolvidas, definir os responsáveis, identificar os recursos necessários, propor os prazos e os mecanismos para monitorar e avaliar se os resultados esperados foram alcançados.

3.1.1 Levantamento das Ações

Antes de realizar o levantamento de ações para cada padrão priorizado que necessita de melhoria, é importante observar a necessidade de investimento e a operacionalidade e governabilidade sobre estas ações, conforme quadro:

Investimentos Necessários	Operacionalidade
Não há necessidade de recursos.	Implementação fácil e rápida.
Pequena quantidade de recursos, dentro da possibilidade da equipe AB.	Implementação fácil, mas não rápida. Implementação de dificuldade moderada.
Grande quantidade de recursos, dentro da possibilidade da equipe AB.	Implementação extremamente difícil ou fora de governabilidade da equipe AB.
Recursos necessários estão fora da possibilidade da equipe AB.	

Lembre-se de que ações que forem classificadas como “Recursos necessários” ou de “Implementação extremamente difícil ou fora de governabilidade” podem estar fora da possibilidade da ação da equipe e não devem ser incluídas neste primeiro momento na Matriz de Intervenção.

O levantamento de ações e atividades deve ser realizado durante a reunião de equipe sempre pensando em alcançar os objetivos/metasp de cada padrão priorizado.

Na coluna **estratégias para alcançar as metas** devem ser registradas todas as ações sempre utilizando verbos de ação no infinitivo, como: realizar, elaborar, pesquisar, levantar. Já as **atividades** são a forma como a equipe vai realizar a ação, ou seja, a metodologia. Nesta coluna deve ser registrado o “como” fazer a ação e para cada atividade deve haver um **responsável**, alguém que vai cumprir com as tarefas. Nunca coloque a “equipe” ou um grupo de pessoas como responsável, pois dessa forma cada um pode esperar que o outro faça a atividade, e ela acabar nunca sendo realizada. O responsável pode solicitar ajuda de outras pessoas quando necessário, mas é ele que deve dar o retorno para o restante da equipe sobre aquela atividade.

Depois disso, é necessário identificar que **recursos** devem ser providenciados para o cumprimento daquela atividade (humanos, materiais ou tecnológicos); resultados esperados que mostrem a toda equipe uma imagem objetivo de como o padrão avaliado como insatisfatório deverá ser no futuro, depois da ação de intervenção; **prazos** para cumprimento da atividade; mecanismos e indicadores de monitoramento que são muito importantes para acompanhar o desenvolvimento da atividade e verificar se a mesma foi realizada, como atas, registros escritos e fotográficos, número de reuniões. É muito importante compreender aonde se quer chegar para que todo o processo de ação seja direcionado pelo resultado esperado. Importante ainda ressaltar que a

equipe deve incluir o monitoramento das intervenções no na discussão das reuniões periódicas.



Palavras do professor

Para definir a matriz de intervenção recomenda-se uma reunião de equipe. Imprima uma cópia da Matriz de Intervenção com ações escolhidas, para que todos os profissionais possam acompanhar. Se a matriz tiver sido preenchida manualmente, passe os resultados para o Instrumento eletrônico. Arquive os documentos, como listas de presença, atas e autoavaliações, pois poderão ser solicitadas na Avaliação Externa, caso a equipe faça a adesão ao PMAQ.

Na elaboração da matriz, não coloque todas as ações para iniciarem ou terminarem no mesmo período. Isso levará a uma sobrecarga da equipe e a maus resultados. Coloque as mais fáceis para iniciar antes. Os resultados gerados pela concretização destas ações aumentam a motivação e o comprometimento da equipe.

As autoavaliações devem ter sua periodicidade definida pela equipe. Entretanto, entre uma autoavaliação e outra, deve haver intervalo de tempo suficiente para a execução de parte do plano de intervenção, permitindo que sejam identificadas melhorias no alcance dos padrões e na qualidade dos serviços (Brasil, 2013).

Inserção da autoavaliação no sistema do Ministério da Saúde – AMAQ/PMAQ

As equipes que realizarem a autoavaliação ganham uma porcentagem da nota final do processo de desempenho e certificação do PMAQ. Para comprovar que a equipe realizou a sua autoavaliação, deverá incluir o resultado da Autoavaliação da AMAQ na página do PMAQ (www.dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/). Esse processo poderá ser realizado por algum membro da equipe ou pela Coordenação da Atenção Básica do município, ou equipe de apoio às Equipes de Saúde da Família.

Em caso de dúvidas, solicite apoio para a Gerência de Coordenação da Atenção Básica do estado de Santa Catarina. Os contatos estão disponíveis no site da Secretaria Estadual de Saúde, no menu Atenção Básica:
<http://migre.me/t4zxj>

Leitura complementar

Pinto, Hêider Aurélio; Sousa, Allan Nuno Alves de; Ferla, Alcindo Antônio. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica : várias faces de uma política inovadora. Saúde em debate. Londrina. Vol. 38, n. esp. (out. 2014), p. 358-372.
Disponível em: <http://migre.me/t4zqY>

Encerramento do módulo

Parabéns, você finalizou sua autoavaliação e construiu sua matriz de intervenção. Chegou a hora de executá-la! O monitoramento das ações pode ser realizado durante as reuniões de equipe. Procure desenvolver uma sistemática estabelecendo uma periodicidade para checar quais ações já foram desenvolvidas, se há atraso, quais ações precisam ser excluídas e incluídas para o alcance do padrão.

Acompanhando seu planejamento você terá mais sucesso, alcançará uma melhora dos padrões e no próximo ciclo de autoavaliação terá melhores resultados. Estes dois instrumentos - AMAQ e Matriz de intervenção - possibilitam às equipes realizar educação permanente por meio da reflexão de seu cotidiano de trabalho e da busca por ações e estratégias de melhoria da qualidade do mesmo (que sejam da sua própria governabilidade) com o apoio institucional, da gestão municipal, do NASF e do Telessaúde SC, tornando-se protagonistas de sua história. Boa Sorte!

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual Instrutivo – 3º Ciclo (2015-2016). Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ. 3 edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/AMAQ_AB_SB_3ciclo.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/AMAQ_NASF_3ciclo.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq2013.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Roteiros.pdf>

Garcia LP, Calderom DBL, Sileira ER. Orientações para a Programação de Saúde/PMAQ PMAQ 2012-2013 - Centros de Saúde. Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde; Diretoria de Planejamento, Informação e Captação de Recursos; Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, março de 2012. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=-CMDDYq66es>

Lacerda, Josimari Telino de; Magajewski, Flávio Ricardo Liberali; Machado, Neila Maria Viçosa. Processo de trabalho e planejamento na estratégia saúde da família [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Especialização em Saúde da Família - Modalidade a Distância. – Florianópolis: UFSC, 2010.

Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina. Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica / NASF SC: AMAQ-NASF SC / Núcleo Telessaúde SC. – Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina / UFSC, 2012.

Pinto, Hêider Aurélio Pinto; Sousa, Allan; Florêncio, Alexandre Ramos. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. Disponível em: <http://migre.me/rTXFC>

Turci, Maria Aparecida (Org.). Avanços e desafios na organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte : HMP Comunicações, 2008 p. 121-182.

Veber, Ana Paula; Barreto, Joslene Lacerda; Calvo, Maria Cristina Marino. Gestão da assistência farmacêutica [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2011.



Ministério da
Saúde

