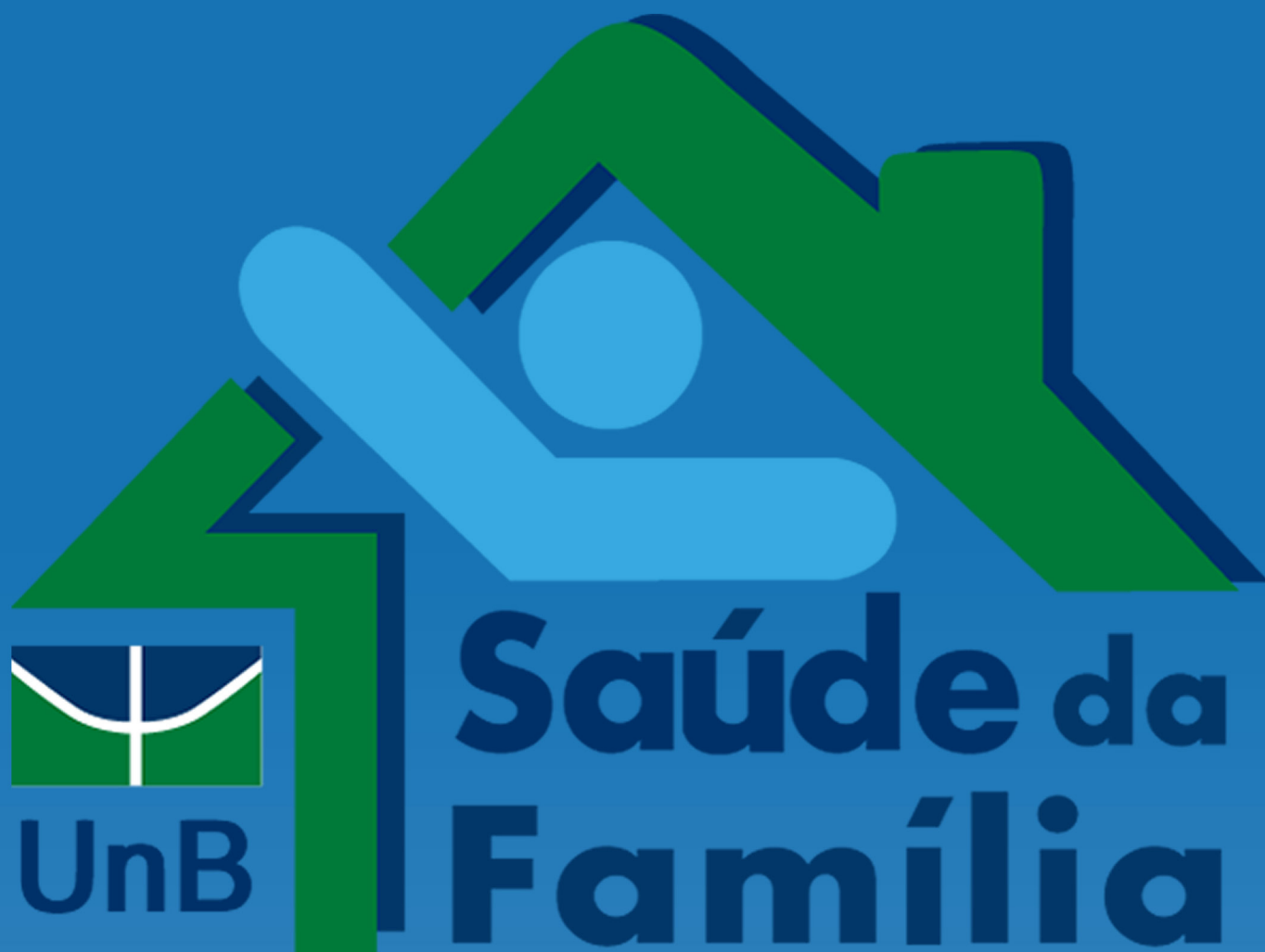


Curso de Especialização

Saúde da Família

Unidade 1 - Saberes e Práticas no Trabalho Coletivo em Saúde da Família



Unidade 1

Saberes e Práticas
no Trabalho Coletivo
em Saúde da Família.

Módulo 3

Políticas de Saúde

Créditos

Governo Federal

Ricardo Barros
Ministro da Saúde

Rogério Luiz Zeraik Abdala
Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Francisco Campos
Secretária Executiva da Universidade Aberta do SUS.

Universidade de Brasília

Márcia Abrahão Moura
Reitor

Henrique Huelva
Vice-Reitor

Faculdade de Medicina

Gustavo Adolfo Sierra Romero
Diretor
Gilvânia Feijó
Vice-Diretoria

Faculdade de Ciências da Saúde

Maria Fátima Souza
Diretora

Karin Sávio
Vice-Diretora

Faculdade Ceilândia

Araken dos S. Werneck
Diretor

Rodrigues J. Paulo Chierigato Matheus
Vice-Diretor

Comitê Gestor do Projeto UNA-SUS-UnB

Gilvânia Feijó
Coordenação Geral

Celeste Aida Nogueira
Coordenação Administrativa

Maria da Glória Lima
Coordenação Pedagógica

Jitone Leônidas Soares
Jonathan Gomes P. dos Santos
Coordenador de tecnologias e produção de Educação a Distância

Juliana Faria Fracon e Romão
Tatiana Karla dos Santos Borges
Raul Luis de Melo Dusi
Coordenação de Tutoria e Supervisão

Kátia Crestine Poças
Coordenação de Assuntos Acadêmicos

Elisângela Aguiar Fernandes
Secretária Acadêmica

Suellaine Maria Silva Santos
Secretária Geral

Equipe Técnica

Gilvânia Feijó
Conteudista

Luiza Hiroko Yamada Kuwae Revisora
Técnico-científico

Rosana Amaro
Designer Instrucional

Gabriel Cavalcanti D'Albuquerque Magalhães
Web Designer

Rafael Brito dos Santos
Designer Gráfico - Diagramador

João Marcos Aranha
Ilustrador

Cristiano Alves de Oliveira
Desenvolvedor de Vídeos Animados

José Junior
Editor de Audiovisual

Claudia Valentim
Bibliotecária

Luma Camila Rocha de Oliveira
Rafael Silva Brito
Gestores de Ambiente Virtual de Aprendizagem

Sumário

Apresentação do Módulo 3.....	08
Objetivos Pedagógicos	09
Lição 1: Políticas de Saúde.....	10
Lição 2: Sistema Único de Saúde (SUS).....	21
Lição 3: Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica à Saúde (APS/ABS). ..	34
Referências Bibliográficas.....	64

Apresentação do Módulo 3

Bem-vindo (a) ao Módulo 3!

O Módulo 3 aborda assuntos fundamentais que fazem parte do contexto com o qual o cotidiano e a organização das equipes de atenção Básica trabalham.

A Lição 1 traz uma pequena reflexão sobre o Direito à Saúde, destacando as características das Políticas Públicas como forma de garantir os direitos sociais. Na lição 2 tratamos especificamente das características do Sistema Único de Saúde (SUS) e do seu compromisso, enquanto política social, em garantir o direito à saúde.

A partir desse pano de fundo, na lição 3 abordaremos os conceitos de Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica à Saúde (APS/ABS), com destaque para os atributos e diretrizes da APS. Discutiremos também o potencial, avanços e dificuldades da Saúde da Família como estratégia de mudança do modelo de atenção no Brasil e os desafios a serem enfrentados nesse processo de mudança.

Os desafios em desenvolver o trabalho em saúde no conjunto da rede de serviços do SUS são analisados como parte do problemático Modelo de Atenção predominante no Sistema e do desafio de modificar esse modelo, sendo a Saúde da Família a estratégia prioritária proposta para essa mudança.

Convidamos você à reflexão sobre suas atividades do dia-a-dia, procurando, por um lado, a expressão de dinâmicas sociais mais amplas e, por outro, possibilidades de melhoria da sua organização para aumentar seus efeitos na saúde dos coletivos, famílias e indivíduos.

Objetivos Pedagógicos

- Oportunizar uma aproximação com os requisitos básicos que o conduzem a pensar sobre cidadania, direitos e políticas sociais;
- Discutir sobre o SUS e apresentar seus princípios, diretrizes e a organização;
- Abordar sobre os conceitos de Atenção Primária à Saúde e seus atributos;
- Discutir sobre o papel da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde (APS) para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)

Lição 1: Políticas de Saúde

Introdução



PARA REFLETIR

O que você entende por Cidadania? E sobre políticas sociais e de saúde?

Nesta lição, revisaremos noções sobre Cidadania, Direitos e Políticas, em especial as políticas sociais e as de saúde.

Aproximaremos a Cidadania às Políticas Públicas e, especificamente, às Políticas Sociais: situaremos as Políticas de Saúde como uma política social. Faremos, ainda, uma referência a nossa condição de *agentes públicos* ou *funcionários públicos*. Consideramos que essa linha de raciocínio nos ajude a situar a próxima lição sobre o Sistema Único de Saúde.

Você vai perceber que, em várias das noções incluídas neste módulo, existem numerosas formas de pensar, muitas vezes diferentes e opostas. Essa diversidade existe não só entre os participantes, mas também entre os teóricos que escrevem sobre esses assuntos. Faz parte! Nosso objetivo não é homogeneizar as opiniões, mas lembrá-los dos conceitos que norteiam o trabalho em Saúde da Família e no SUS. Em última instância, cabe a vocês e às suas equipes incorporar em maior ou menor grau essas competências.

Por fim, ao longo do texto, esperamos mostrar que boa parte da discussão sobre estes assuntos não é específica da saúde e que a maioria das características e debates sobre cidadania, direitos e políticas em geral se aplicam à nossa área. No caso brasileiro existe uma estreita correspondência entre orientações constitucionais para o conjunto da seguridade social, as características das políticas de saúde e os princípios e diretrizes do SUS.

Cidadania, Políticas Sociais e Políticas de Saúde

Política por quê?



PARA REFLETIR

Por que incluir na formação para profissionais de Saúde da Família uma discussão sobre política?

Na verdade, parece evidente que boa parte das condições de vida e de saúde dos indivíduos, famílias e a comunidade sofrem grande influência das ações do Estado e suas políticas. Por outro lado, sabemos que nosso trabalho cotidiano acontece no seio de uma grande política do Estado brasileiro: o SUS.



ATENÇÃO!

É pelo trabalho cotidiano de muitos profissionais e trabalhadores que são operacionalizadas as políticas de saúde, e que, portanto, nós, profissionais de saúde podemos nos tornar protagonistas nesse processo!

Política Pública

Política Pública é a forma de efetivar direitos, intervindo na realidade social. Ela é o principal instrumento utilizado para coordenar ações e programas públicos.



SAIBA MAIS

Por exemplo, pouco adianta estar escrito na Constituição Federal e em outras leis que a moradia, a saúde e a educação são direitos dos cidadãos, se não houver políticas públicas concretas que efetivem esses direitos.

Ela deve ainda ser resultado de um compromisso público entre o Estado e a sociedade, com o objetivo de modificar uma situação em uma área específica, promovendo a igualdade. Se não houver políticas concretas para a efetivação e garantia dos direitos, eles ficam apenas no plano das intenções e não se efetivam.



Para tornar-se concreta, a política pública tem que se traduzir em um plano de ações composto por programas e projetos. Por exemplo, a política nacional de educação é formada por diretrizes gerais que visam o direito à educação para todos, com qualidade. Dentro dessa política está, entre outros, o programa de merenda escolar. E dentro desse programa, o projeto de descentralização do programa de merenda escolar, para que ele chegue a todos os municípios brasileiros. (POLIS 2008).

Mas e se você que recebeu um convite para ser “protagonista de uma política” e não se identifica com essa temática ou não se sente seguro para discutir esse tema? Pois bem, poderíamos mencionar a você três aspectos ao seu questionamento:

- Somos profissionais e, motivados por uma ética profissional, pretendemos melhorar nosso desempenho, “fazer as coisas bem feitas”;
- Além de sermos profissionais, somos cidadãos brasileiros;
- Somos agentes públicos ou funcionários públicos, mesmo nos casos em que não somos contratados pela administração pública direta.

Acreditamos, pois, que a discussão dos conceitos deste módulo nos deixará mais aptos para trabalhar com uma visão mais completa da nossa função profissional.

Para avançar nessas indagações, usaremos as ideias de Amélia Cohn (2008). Essa autora cita o conhecido início do artigo 196 da Constituição Federal (CF), o qual diz que “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. Afirma que, nesse ponto, a Constituição

(...) está exatamente reconhecendo que todo indivíduo brasileiro, independentemente de raça, gênero, situação socioeconômica e credo, tem igual direito com relação a todos os demais de acesso à satisfação de suas necessidades de saúde, entendida a responsabilidade da provisão desses serviços como exclusivamente do Estado. Isso significa duas coisas basilares: 1) que ao Estado cabe a responsabilidade por providenciar as condições e os recursos necessários que garantam a todo cidadão brasileiro o acesso à satisfação de suas necessidades de saúde; 2) que como o direito à saúde é de todos, todos os indivíduos são reconhecidos e legitimados pela sociedade na sua qualidade de cidadãos, isto é, como portadores de direitos e deveres iguais, independentemente das diferenças e desigualdades sociais que os distingam (COHN, 2008).

Para nossa discussão sobre cidadania, o ponto mais importante da análise da autora é o reconhecimento constitucional dos indivíduos como portadores de direitos e deveres iguais independente da sua posição social porque o direito à saúde é de todos.

Nos Estados nacionais modernos, os direitos sociais, como os da saúde, são considerados “direitos de cidadania, e como tais, enquanto direitos universais e equânimes de todos os indivíduos que vivem sob a proteção daquele Estado, em que pese ao fato de serem, no geral, sociedades desiguais” (COHN, 2008).

Para inglês ver?

Contudo, bem sabemos que não basta “ter” direitos para usufruir deles. A expressão “Eu tenho meus direitos!” costuma ser utilizada em situações de desrespeito a eles. Caberia perguntar: “e como você sabe que tem?”. E responder: “porque está na lei”.

No entanto, não é suficiente que os direitos sejam proclamados ou que constem nas leis. A consagração de um direito em um texto legal é denominada de positivação. A positivação de direitos é um passo essencial da cidadania, mas essa formalização legal abre um novo e enorme leque de desafios relacionados à sua concretização, quer dizer, o processo que leva de uma “lei para inglês ver” para uma prática social usufruída e reivindicada pelos cidadãos e traduzida em ações específicas do Estado.

Estas ações são as políticas públicas denominadas de **políticas sociais ou de proteção social**, das quais as políticas de saúde são um tipo. Esse conjunto de políticas está voltado à realização dos direitos sociais.

Cidadania numa hora dessas?



**PARA
REFLETIR**

Como você definiria direito?

Existem diversas formas de pensar a noção de Cidadania. Para alguns, tem a ver com um documento, para outros com eleições, muitos falam em direitos. De que forma essa discussão nos ajudará a situar esse tema em nosso módulo? O conceito de **direito** será fundamental.

Vamos definir **direito** da forma mais direta e útil para nossa argumentação. No dicionário *Houaiss*, encontramos 31 acepções do termo “direito”. Escolheremos as duas que são mais próximas da nossa discussão:

- **Definição 1:** “aquilo que é facultado a um indivíduo ou a um grupo de indivíduos por força de leis ou dos costumes”
- **Definição 2:** “prerrogativas, benefícios, vantagens (especialmente, trabalhistas) que a lei faculta a alguém. Por sua vez, “facultar” é “dar permissão (a); facilitar, permitir” e “conceder, oferecer (...).”

Dadas essas definições, cabe perguntar: Quem faculta esses direitos? A sociedade, mediante o Estado e as Leis. A quem são facultados? Aos cidadãos, que, por pertencerem a uma determinada sociedade, têm numerosas obrigações e prerrogativas.

No *Houaiss*, outras acepções do termo “direito” fazem referência a um segundo aspecto dessa palavra: a ideia de que direito é o “conjunto de leis e normas jurídicas vigentes num país”. Para diferenciar o direito como conjunto de leis do direito como as prerrogativas e benefícios de indivíduo ou grupo, este conjunto de prerrogativas e benefícios é denominado de **direitos humanos ou direitos do homem** e será neste sentido que nos referiremos ao direito na maioria das vezes. É claro que ambas acepções estão intimamente relacionadas, afinal de contas, os direitos humanos estão expressos nas normas jurídicas do direito e quando surgem novos direitos a dinâmica social tende a criar normas jurídicas que os expressam.

De modo geral, os direitos do homem estabelecem e intermedeiam a relação entre os cidadãos (individuais ou em coletivos) e o poder do Estado. O Estado, ao qual esses mesmos cidadãos reconhecem como detentor legítimo do poder político e como a única instância que pode exercer esse enorme poder de forma socialmente aceitável. O Estado, pela sua função de manter a ordem social e garantir o bem comum, está dotado de poderes – econômico, ideológico e político – muito superiores aos de qualquer indivíduo ou grupo social. Daí deriva, por um lado, o risco de abuso desses poderes e a necessidade de seu controle e, por outro, a exigência de utilizar esse poder do Estado para garantir o bem comum.

Esses dois aspectos dos direitos, controle social do poder e uso do poder para o bem comum, ajudam a classificar os direitos em três grandes grupos:

- Cívicos;
- Políticos; e
- Sociais

Segundo Bobbio *et. al.* (2007), no verbete “Direitos Humanos”:

(Os) direitos podem ser classificados em civis, políticos e sociais. Os primeiros são aqueles que dizem respeito à personalidade do indivíduo (liberdade pessoal, de pensamento, de religião, de reunião e liberdade econômica), através da qual é garantida a ele uma esfera de arbítrio e de liceidade, desde que seu comportamento não viole o direito dos outros. Os direitos civis obrigam o Estado a uma atitude de não impedimento, a uma abstenção. Os direitos políticos (liberdade de associação nos partidos, direitos eleitorais) estão ligados à formação do Estado democrático representativo e implicam uma liberdade ativa, uma participação dos cidadãos na determinação dos objetivos políticos do Estado. Os direitos sociais (direito ao trabalho, à assistência, ao estudo, à tutela da saúde, liberdade da miséria e do medo), maturados pelas novas exigências da sociedade industrial, implicam, por seu lado, um comportamento ativo por parte do Estado ao garantir aos cidadãos uma situação de certeza.

Nos direitos civis, o Estado não deve atuar abusivamente, deve deixar de exercer um poder que poderia ser usado contra o cidadão. Nos direitos políticos, os cidadãos atuam, se organizam e se mobilizam ativamente para influenciar os rumos da sua sociedade. Por sua vez, os direitos sociais

(...) são aqueles que têm a função precípua de promover a efetiva igualdade entre as pessoas. Muito embora cada pessoa seja diferente das demais, compondo a riqueza cultural da humanidade, existe uma igualdade fundamental, sobre a qual se torna possível toda diversidade. Essa igualdade fundamental é verificada nas necessidades mais elementares de qualquer ser humano. Portanto, os direitos sociais são os direitos humanos fundamentais que têm a função de garantir a todos um padrão mínimo de atendimento a essas necessidades mais elementares. Por essa razão são chamados direitos de igualdade. Aqui, igualdade pode ser compreendida como proibição do arbítrio, vale dizer, como proibição da desigualdade arbitrária. (DALLARI, 2008).

Deve destacar-se que os direitos sociais – diferentemente dos civis e políticos – dependem totalmente de “um comportamento ativo do Estado” e que, no Brasil, esta característica é inerente, por exemplo, à proclamação do Direito à Saúde na Constituição Federal, qual seja: “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado”.

Assim tipificados, os direitos sociais implicam um poder, uma faculdade de exigência, por parte da sociedade, de “reivindicação justificada de uma ação positiva de intervenção estatal” (FLEURY, 2009).

Deve-se mencionar, ainda, que na sociedade contemporânea verifica-se o vigoroso surgimento de um quarto tipo de direito, ou direitos de quarta geração, relacionados, por exemplo, aos desdobramentos das biotecnologias e sua relação com a bioética, à relação entre a sociedade e o meio ambiente e sua proteção e ao acesso e uso de informações.

Se considerarmos a cidadania como o conjunto de direitos garantidos e deveres atribuídos a todos os indivíduos que vivem numa sociedade, podemos questionar: em que pé se encontra a situação da cidadania no Brasil?

Para discutir essa questão, vamos citar um jurista brasileiro, Dalmo Dallari, que há mais de uma década, em 1998, afirmava:

No Brasil, estamos gestando a nossa cidadania. Damos passos importantes com o processo de redemocratização e a Constituição de 1988. Mas, muito temos que andar. Ainda predomina uma visão reducionista da cidadania (votar, e de forma obrigatória, pagar os impostos... ou seja, fazer coisas que nos são impostas) e encontramos muitas barreiras culturais e históricas para a vivência da cidadania. Somos filhos e filhas de uma nação nascida sob o signo da cruz e da espada, acostumados a apanhar calados, a dizer sempre “sim senhor”, a “engolir sapos”, a achar “normal” as injustiças, a termos um “jeitinho” para tudo, a não levar a sério a coisa pública, a pensar que direitos são privilégios e exigi-los é ser boçal e metido, a pensar que Deus é brasileiro e se as coisas estão como estão é por vontade Dele. (...) Construir cidadania é também construir novas relações e consciências. A cidadania é algo que não se aprende com os livros, mas com a convivência, na vida social e pública. É no convívio do dia-a-dia que exercitamos a nossa cidadania, através das relações que estabelecemos com os outros, com a coisa pública e o próprio meio ambiente. A cidadania deve ser perpassada por temáticas como a solidariedade, a democracia, os direitos humanos, a ecologia, a ética. (DALLARI, 1998, p.14)

Perceba que, mais do que dos direitos em si, o autor fala da atitude diante dos direitos. Ainda que os dados de redução de pobreza no país sugerem que houve uma redução nas diferenças sociais e, portanto da injustiça social ao longo das últimas duas décadas (CASTRO E RIBEIRO, 2009), restam várias inquietações.



**PARA
REFLETIR**

Passados 14 anos dessa afirmação de Dallari, cabe-nos refletir se a “visão reducionista” mencionada mudou, em dois níveis: nas vidas pessoais e familiares dos que participamos deste curso e nas vidas dos indivíduos, famílias e comunidade dos quais cuidamos profissionalmente. Perguntemos, por exemplo, se ainda pensamos que oferecer educação, trânsito seguro, segurança alimentar ou renda complementar mediante programas de proteção social não são direitos, mas principalmente algum tipo de favor ou esmola ou mecanismo de manipulação política.

Políticas sociais: Cidadania ou auxílio para “carentes”?

No caso brasileiro, apesar da orientação constitucional e dos avanços na proteção social – construção de sistemas nacionais como o SUS ou o incipiente Sistema Único de Assistência Social (SUAS), colocação do assunto na agenda pública, reconhecimento de que os problemas sociais são produzidos socialmente e que, não dependem principalmente de características individuais – persistem sérias dificuldades na concepção e condução das políticas sociais.



SAIBA MAIS

Como aponta Lenaura Lobato (2009), as políticas de proteção social:

- ao invés de atributo universal da cidadania, têm “forte foco na pobreza” (definida só pela renda);
- nelas, o risco social é associado à miséria ou os riscos são cobertos pela contribuição dos segurados;
- sofrem visível subfinanciamento e constantes contingenciamentos de recursos para equilíbrio fiscal;
- mostram baixa cobertura assistencial, acesso precário, baixa qualidade dos serviços;
- não superam a frágil integração intersetorial.

No Brasil persiste o debate entre a **focalização** e a **universalização** da proteção social. Questiona-se se as políticas sociais devem estar dirigidas principalmente aos pobres ou se elas devem abranger a todos os cidadãos. As colocações de Claret Campos (2007) sobre o programa de transferência de renda podem ser utilizadas para pensar outros componentes da proteção social, incluindo a saúde. Por um lado:

defensores da ideia de uma renda de cidadania consideram que cada cidadão teria direito a receber uma parcela da riqueza produzida pela nação, fortalecendo seus laços de pertencimento a ela e garantindo uma vida minimamente decente a todos seus integrantes. Os defensores da focalização (opinião hegemônica no Estado) levantam diversas considerações frente a aquela aspiração, como compatibilizar o direito de todos participarem da riqueza produzida pela nação com a necessidade premente de combater a fome e a desigualdade em um contexto de restrições orçamentárias, institucionais e políticas? Se os recursos orçamentários destinados às transferências de renda fossem distribuídos universalmente, o valor disponível para os mais pobres seria muito menor que o possibilitado por uma estratégia de focalização.

O autor conclui que, neste momento do desenvolvimento econômico e social do país:

(...) pensando na situação concreta do Brasil, parece-nos mais adequado o emprego focalizado das transferências de renda para enfrentar, da forma mais efetiva possível, os indissociáveis problemas da pobreza e da desigualdade, do que para garantir o direito a uma renda básica a todos, transferida igualmente. O princípio da equidade – que será discutido adiante – parece ser mais imperativo em nossas circunstâncias (CAMPOS, 2007).

Algumas das características da proteção social brasileira apontadas antes por Lenaura Lobato nos mostram que predomina na sociedade e no Estado brasileiros a abordagem da **focalização**. Mas esse predomínio – como todo aspecto da política – não está isento de uma tensão entre interesses e posições.

Na nossa área, essa tensão entre geral e focal atravessa, por exemplo, o debate sobre o Programa de Saúde da Família (PSF). Nas suas origens, o PSF foi considerado “um Programa que operacionalizava uma política de focalização da atenção básica em populações excluídas do consumo de serviços” (TEIXEIRA, 2003). O mérito do PSF é ter avançado na superação dessa vocação inicial e ser agora

uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, na verdade, o instrumento de uma política de universalização da cobertura da atenção básica, e, portanto, um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde nesse nível (SOUSA & HAMANN, 2009).

Os professores Fátima Sousa e Edgar Hamann propõem que o PSF representa – na verdade – uma superação da dicotomia “focalização *versus* universalização das políticas sociais”, quando afirmam:

Na questão da focalização ou universalização, compartilhamos da compreensão de outros autores quando veem na universalização o princípio ético básico, consistindo em garantir a todos os cidadãos, independentemente de gênero, etnia, nível de renda, vinculação de trabalho ou nível de risco, os direitos sociais fundamentais, em quantidade e qualidade compatíveis com o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade. A universalização não é contrária ao estabelecimento de critérios de seletividade ou focalização, desde que a seletividade ou a focalização estejam subordinadas a uma política geral de universalização. Assim, mesmo a seletividade pode ser utilizada como um instrumento de política social, mas não pode converter-se na política social, porque nesse caso estaria quebrando o princípio da universalização. (SOUSA & HAMANN, 2009)

Esse esclarecimento teórico, apontando o potencial de uma iniciativa da saúde para superar a dicotomia *focalização versus universalização*, deve ser colocado lado a lado da persistência dos conhecidos desafios do SUS e do Programa de Saúde da Família na atualidade. É amplamente reconhecido que o Sistema que “transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas” (SANTOS, 2008) enfrenta importantes problemas de subfinanciamento, de efetividade e eficiência na sua gestão e de qualidade heterogênea nos seus serviços, além de não conseguir constituir-se na porta de entrada preferencial do sistema.

Focalizar as políticas sociais e de saúde: Algum problema com isso?

Até o momento, parece claro que a saúde ainda compartilha e enfrenta as características comuns aos outros componentes das políticas de proteção social do Brasil. Muitos desses problemas parecem se desprender das condições e dificuldades reais da nossa sociedade em implementar a efetiva universalização dos direitos de cidadania. A opção hegemônica no Estado e a sociedade inclina-se pelo pragmatismo que aconselha focalizar as políticas – dados os níveis de desigualdade históricos no país e, importante destacar, em coerência com o princípio da equidade. Lembremos, contudo, que essa opção “realista” precisa ser colocada na perspectiva de suas eventuais consequências de médio e longo prazo. As políticas sociais nos remetem necessariamente às importantes instituições públicas que as concretizam, dotadas de

enormes recursos administrativos e econômicos e sobre as quais recaem expectativas e demandas de todos os cidadãos. Lobato aponta uma dinâmica complexa e de mão dupla entre valores e regras de convivência social e as políticas públicas e as instituições que as operam:

A noção de instituições diz respeito a ideias, valores e normas que pautam a vida social. O Estado tem posição privilegiada, embora não exclusiva, na mudança ou reprodução dessas instituições. E as políticas públicas, na medida em que definem orientações governamentais que sedimentam ou alteram a posição estatal em relação aos problemas da coletividade, contribuem para esse processo. Políticas públicas são, assim, parte importante da institucionalização de valores e regras da vida coletiva. Elas orientam concepções, definem estratégias, alocam recursos e distribuem valores para a sociedade que podem contribuir para consolidar uma nova institucionalidade em relação a temas distintos (LOBATO, 2011)

Da mesma forma, nos lembra a autora, as políticas de saúde expressas mediante o SUS influenciam mudanças na sociedade. Assim: “A proteção à saúde será mais ampla quanto mais a sociedade entender a saúde como um problema coletivo, não de cada indivíduo ou família, mas de todos os cidadãos”. Nesse sentido, acreditamos que cabe então questionar qual pode ser o efeito que exerça sobre valores de uma sociedade a aceitação durante várias décadas de serviços focalizados e de má qualidade? Sem dúvida, esta não é uma questão com respostas certas ou seguras. Não existe uma resposta correta. Ela poderá ter, talvez, o papel de uma inquietação para os participantes do curso.

Questões para refletir

Antes de continuarmos esta lição, gostaríamos que você refletisse sobre as seguintes questões:



**PARA
REFLETIR**

- O que tem a ver os temas discutidos nesta lição com meu cotidiano pessoal e profissional?
- Esses elementos sobre políticas de proteção social se expressariam de alguma forma no cotidiano na Equipe de Saúde da Família?
- Os conceitos, bastante abstratos, que revisamos nestas lições poderiam influenciar aspectos práticos da relação profissional e pessoal na Equipe de Saúde da Família com os indivíduos, famílias e grupos adscritos aos seus cuidados?

Procure respondê-las antes de continuarmos!

Lição 2: Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) diretrizes e organização

Antes de começarmos a discussão sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família, consideramos importante enfatizarmos alguns conceitos sobre o SUS.



SAIBA MAIS

Convidamos você a fazer uma verdadeira viagem no tempo para conhecer um pouco da história da Política de Saúde do Brasil. Para isso, sugerimos que assista ao documentário “POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: Um século de luta pelo direito à saúde” que conta a história das políticas de saúde em nosso país.

Esse filme está disponível na biblioteca do seu curso.



FIQUE DE OLHO

Agora que você já conheceu um pouco da nossa história, alguns conceitos precisam ficar claros para podermos compreender o potencial da ESF na política de saúde brasileira. Orientamos você a realizar a leitura do artigo Sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios, também disponível na Biblioteca do curso.

SUS: Princípios e Diretrizes

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a **Previdência** e a **Assistência Social**.

A Constituição Federal de 1988 (CF88), a Constituição Cidadã, onde estão destacados, nos artigos 196 a 200, as principais características do SUS, explicita que a saúde é direito de todos e dever do Estado, e que esta deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e

de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Devemos entender Estado não apenas como o governo federal, mas como poder público, abrangendo a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios.

A chamada “Constituição Cidadã” foi um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública.

O SUS é financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada, as instituições privadas podem participar de forma complementar do SUS, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

O SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

A Lei n. 8.080/90 (BRASIL, 1990) determina, em seu artigo 9º, que a direção do SUS deve ser única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida, em cada esfera de governo, pelos seguintes órgãos: I. no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; II. no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; III. no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.



SAIBA MAIS

A Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990

Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

A lei em sua íntegra encontra-se disponível na Biblioteca do curso.

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados devem ser desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas na CF88, obedecendo a princípios organizativos e doutrinários, tais como:

- Universalidade de acesso aos serviços de saúde;
- Integralidade de assistência, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

- Equidade;
- Descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;
- Participação da comunidade;
- Regionalização e hierarquização.

Universalidade: O princípio da universalidade caracteriza a saúde como um direito de cidadania, ao ser definido pela Constituição Federal como um direito de todos e um dever do Estado. Neste sentido, abrange a cobertura, o acesso e o atendimento nos serviços do SUS e exprime a ideia de que o Estado tem o dever de prestar esse atendimento em todos os níveis de assistência a todos os indivíduos em território nacional.

Integralidade: Recomendamos aqui a reflexão sobre integralidade trazida por Machado e colaboradores (http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf?origin=publication_detail) (disponível na biblioteca do curso).



SAIBA MAIS

A integralidade pressupõe a identificação dos sujeitos como totalidades. O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional. A autora entende a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere.

Equidade: do que estamos falando?

O conceito de equidade em saúde foi formulado por Margaret Whitehead. Ela incorporou o parâmetro de justiça à distribuição igualitária. “Iniquidades em saúde referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. O termo iniquidade tem uma dimensão ética e social” (Whitehead, 1992).



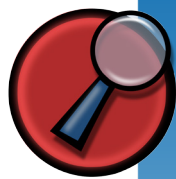
SAIBA MAIS

Descentralização: vamos compreender como esse princípio se efetiva no SUS?

O Princípio da descentralização em saúde é o princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) que o estrutura ao organizar os três entes governamentais federados, a União, os Estados e os Municípios. Este princípio encontra-se estabelecido no artigo 198 da Constituição Federal. Institui-se, nesse artigo, que as ações e serviços públicos de saúde devem formar parte de uma organização regionalizada e hierarquizada, e que devem constituir um sistema único. A diretriz da descentralização tornou possível a incorporação de novos atores ao cenário nacional, atingindo uma aproximação da sociedade com o Estado, e possibilitando o aparecimento de ricas experiências locais.

E a participação da comunidade, como se dá no SUS?

A Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (também disponível na biblioteca do curso), dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, entre outras providências. Também instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo (BRASIL, 1990).



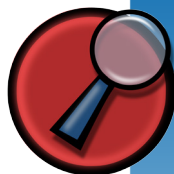
FIQUE DE OLHO

A Conferência Nacional de Saúde já havia sido criada em 1941, durante o governo Getúlio Vargas. Seu objetivo inicial era o de promover o entendimento do Ministério da Educação e Saúde com os governos estaduais, porém, na medida em que a redemocratização do país acontecia, o evento foi se consolidando como o mais importante espaço de discussão, controle social e planejamento de políticas públicas no setor.

O SUS conta em cada esfera de governo com as seguintes instâncias colegiadas de participação da sociedade: (i) a Conferência de Saúde e (ii) o Conselho de Saúde.

Os Conselhos de Saúde buscam participar da discussão das políticas de saúde, tendo uma atuação independente do governo, embora façam parte de sua estrutura, e onde se manifestam os interesses dos diferentes segmentos sociais, possibilitando a negociação de propostas e o direcionamento de recursos para diferentes prioridades

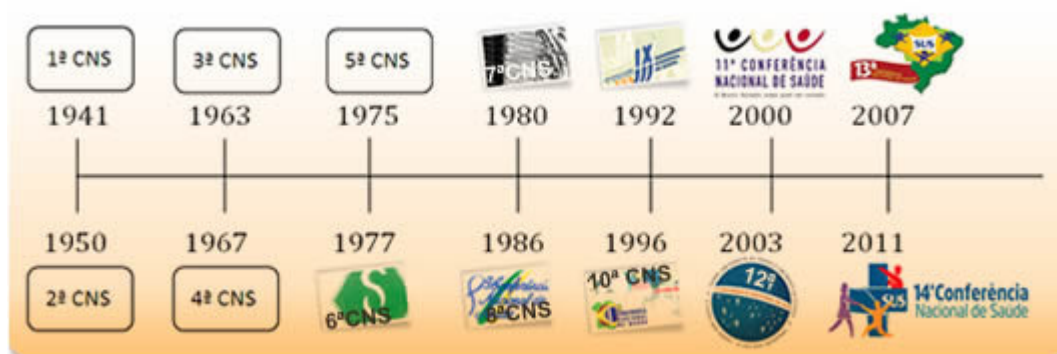
As Conferências se realizam em um processo ascendente, desde Conferências Municipais de Saúde, passando por uma Conferência Estadual de Saúde em cada estado e culminando em uma Conferência Nacional de Saúde.



FIQUE DE OLHO

Na Lei n. 8.142/90, ficou estabelecido que a Conferência Nacional de Saúde (CNS) fosse realizada a cada quatro anos, “com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde nos níveis correspondentes, convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde”.

Desde 1941 até 2011 foram realizadas 14 Conferências Nacionais de Saúde (CNS) em contextos políticos diversos e cujas características em termos de composição, temário e deliberações foram muito diferentes entre si.



PARA REFLETIR

Saiba mais sobre as conferências na página do Conselho Nacional de Saúde <http://conselho.saude.gov.br/>

Mas, afinal, o que são os Conselhos de Saúde?

Em seu parágrafo 2º, a Lei n. 8.142/90 define:



SAIBA MAIS

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, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

A representação dos usuários deverá ser paritária (50%) em relação ao conjunto dos demais segmentos, ou seja, 25% de participação dos profissionais da saúde e 25% de participação dos representantes do governo e prestadores de serviço. As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde têm sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovado pelo respectivo Conselho.

SUS: Organização

Agora que já conhecemos quais são os princípios e as diretrizes do SUS, vamos buscar compreender como os serviços de saúde precisam se organizar para a garantia do direito à saúde com todas as prerrogativas legais que são preconizadas em nossas leis.

O Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011 regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

O Decreto 7.508/2011 trabalha com conceitos importantes que precisamos conhecer para atuarmos em nossos serviços no âmbito do SUS, vamos conhecê-los?

Região de Saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde: acordo de colaboração firmada entre os entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;

Portas de Entrada: serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;

Comissões Intergestores: instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;

Mapa da Saúde: descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;

Rede de Atenção à Saúde: conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;

Serviços Especiais de Acesso Aberto: serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial; e

Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica: documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.



SAIBA MAIS

Agora que esses conceitos já foram apresentados, convidamos você a conhecer o decreto na íntegra. Ele está disponível na biblioteca do curso.

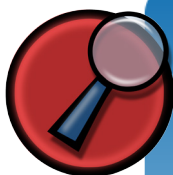
Assista ao vídeo e fique por dentro da organização do SUS, leia também o **Informe Técnico Institucional**, que em poucas páginas comenta as principais características do decreto (disponível na biblioteca).

Compreendendo melhor como está organizado o SUS, podemos avançar sobre o que entendemos por Humanização do SUS, tema que dá margem a muitas confusões conceituais e atitudinais por parte dos trabalhadores do SUS. Vamos conhecer um pouco mais sobre esse tema?

A Política Nacional de Humanização (PNH)



A Política Nacional de Humanização (PNH) existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.



FIQUE DE OLHO

A PNH está disponível em nossa biblioteca. As principais informações sobre a política que estão disponíveis no Portal HumanizaSUS no site eletrônico do Ministério da Saúde (<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizasus>) e estão destacadas a seguir

Os Princípios da PNH

Transversalidade

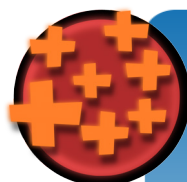
A Política Nacional de Humanização deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável.

Indissociabilidade entre atenção e gestão

As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede sócio-familiar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a das pessoas que estão sob seu cuidado.

Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos

Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde.



SAIBA MAIS

Quer conhecer melhor essa rede de Humanização?

Acesse o site da REDEHUMANIZASUS e fique por dentro de tudo que esta acontecendo.

Clique aqui: <http://www.redehumanizasus.net/> e explore o site.

Diretrizes para a implementação do HumanizaSUS

A Política Nacional de Humanização atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho. Entenda melhor alguns conceitos que norteiam o trabalho da PNH:

Acolhimento

O QUE É?

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio-afetiva.

COMO FAZER?

Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco.

Gestão Participativa e cogestão

O QUE É?

Cogestão expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão - que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo.

COMO FAZER?

A organização e experimentação de rodas é uma importante orientação da cogestão. Rodas para colocar as diferenças em contato de modo a produzir movimentos de desestabilização que favoreçam mudanças nas práticas de gestão e de atenção. A PNH destaca dois grupos de dispositivos de cogestão: aqueles que dizem respeito à organização de um espaço coletivo de gestão que permita o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores; e aqueles que se referem aos mecanismos que garantem a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde.

Colegiados gestores, Mesas de negociação, Contratos Internos de Gestão, Câmara Técnica de Humanização (CTH), Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Gerência de Porta Aberta, entre outros, são arranjos de trabalho que permitem a experimentação da cogestão no cotidiano da saúde.

Ambiência

O QUE É?

Criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas.

COMO FAZER?

A discussão compartilhada do projeto arquitetônico, das reformas e do uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço é uma orientação que pode melhorar o trabalho em saúde.

Clínica ampliada e compartilhada

O QUE É?

A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia.

COMO FAZER?

Utilizando recursos que permitam enriquecimento dos diagnósticos (outras variáveis além do enfoque orgânico, inclusive a percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas) e a qualificação do diálogo (tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o usuário), de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS.

Valorização do Trabalhador

O QUE É?

É importante dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho.

COMO FAZER?

A Comunidade ampliada de Pesquisa e o Programa de Formação em Saúde e Trabalho são possibilidades que tornam possível o diálogo, intervenção e análise do que gera sofrimento e adoecimento, do que fortalece o grupo de trabalhadores e do que propicia

os acordos de como agir no serviço de saúde. É importante também assegurar a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão.

Defesa dos Direitos dos Usuários

O QUE É?

Os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta.

COMO FAZER?

Todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e também de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS tem como propósitos:

- Contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização;
- Fortalecer iniciativas de humanização existentes;
- Desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção;
- Aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão;
- Implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem-sucedidas.

Para isso, o HumanizaSUS trabalha com três macro-objetivos:

1. Ampliar as ofertas da Política Nacional de Humanização aos gestores e aos conselhos de saúde, priorizando a atenção básica/fundamental e hospitalar, com ênfase nos hospitais de urgência e universitários;
2. Incentivar a inserção da valorização dos trabalhadores do SUS na agenda dos gestores, dos conselhos de saúde e das organizações da sociedade civil;
3. Divulgar a Política Nacional de Humanização e ampliar os processos de formação e produção de conhecimento em articulação com movimentos sociais e instituições.

Na prática, os resultados que a Política Nacional de Humanização busca são:

- Redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso;
- Atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco;
- Implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo;
- Garantia dos direitos dos usuários;
- Valorização do trabalho na saúde;
- Gestão participativa nos serviços.



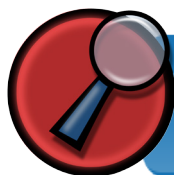
Temos certeza que agora ficou mais fácil compreender a grande responsabilidade e tarefa para todos nós que está proposta no HumanizaSUS



Agora que já possibilitamos uma aproximação com o SUS e conhecemos o grande desafio que está colocado para a garantia do direito à saúde, apresentaremos a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família como política potencial e transformadora do SUS.

Lição 3: Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família

Nesta lição, nos concentraremos na Política de Atenção Básica e na Estratégia de Saúde da Família. Mencionaremos, ainda, as propostas de construção de Redes de Atenção à Saúde. Examinaremos todas essas propostas do ponto de vista do desafio da mudança do modelo de atenção.



Atenção Primária de Saúde (APS) e Atenção Básica à Saúde (ABS) serão considerados termos equivalentes (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008; BRASIL, 2011c).

FIQUE DE OLHO

Esta lição está dividida em duas seções:

1. Panorama de conceitos de APS/ABS, com destaque para os atributos e diretrizes da APS;
2. Potencial, avanços e dificuldades da Saúde da Família como estratégia de mudança do modelo de atenção no Brasil.



SAIBA MAIS

Antes de prosseguir, recomendamos a leitura do texto “O Sistema Único de Saúde, uma retrospectiva e principais desafios” (BERMÚDEZ *et al.*, 2009), do livro **Direito Achado na Rua**: Introdução crítica ao direito à saúde. Procure fazer durante a leitura uma breve retrospectiva histórica sobre a construção do SUS e identificar os desafios que estão colocados para a garantia da atenção integral em saúde.

Panorama de conceitos de APS/ABS, com destaque para os atributos e diretrizes da APS

Para esclarecer a relação entre esses conceitos e políticas, citamos a portaria que aprova a Política Nacional de Atenção Básica:

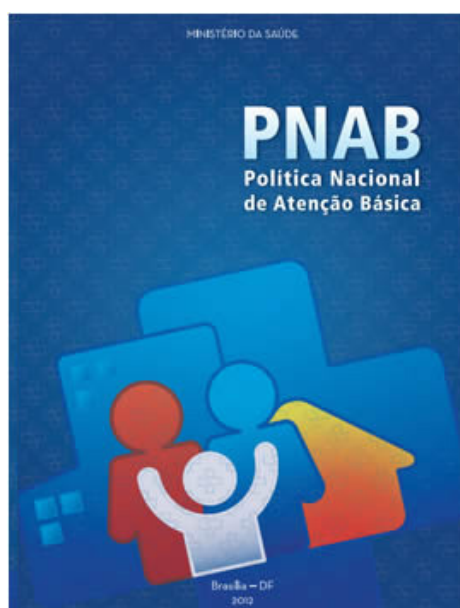
A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da

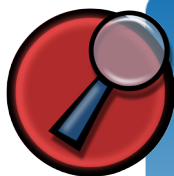
Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais (BRASIL, 2011c).

Nesse mesmo dispositivo legal se esclarece que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são “arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial” (BRASIL, 2011c). As RAS terão a ABS “como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema [de saúde]” (BRASIL, 2011c). É importante perceber que as RAS articulam serviços com variadas densidades tecnológicas, não sendo apenas “redes de atenção primária.

Sintetizando a discussão desenvolvida nesta lição, em última instância, a orientação política no país é no sentido de desenvolver um modelo de atenção pautado pela APS/ABS, utilizando a Saúde da Família como estratégia principal (provavelmente não única), visando concretizar o princípio da Integralidade. As Redes de Atenção à Saúde serão a expressão da articulação de diversas modalidades e níveis de atenção nesse modelo.

Para apresentar esta visão geral sobre a APS, citaremos amplamente trechos de um texto já clássico sobre o tema, o livro de Barbara Starfield, **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia** (2002), disponível no site da UNESCO e na biblioteca deste módulo. Quando necessário, essa referência acadêmica será complementada com trechos da Política Nacional de Atenção Básica vigente (BRASIL, 2017)





FIQUE DE OLHO

Na leitura dos trechos do livro de Starfield, devem-se levar em consideração as advertências da própria autora esclarecendo que nessa obra os termos “medicina”, “cuidado médico” e “médico” podem ser interpretados a maior parte das vezes como atenção ou cuidados de saúde e profissional de saúde respectivamente.

Comparemos, assim, as definições de Starfield (2002) e da **Política Nacional de Atenção Básica** para o termo Atenção Básica, respectivamente:

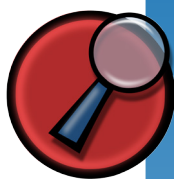
A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe. A atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas (como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção. Em vez disso, a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. (adaptado de STARFIELD, 2002)

Já na Política Nacional de Atenção Básica, o gestor federal define que Atenção Básica à Saúde:

É o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional

e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. Considera ainda que a Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Complementa ainda que a Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde e que se considera proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras. (BRASIL, 2017).

Comparada com a definição de Starfield, o documento oficial tem seu foco mais voltado para os aspectos estruturais e organizacionais. Na primeira definição predomina – sem ser exclusivo – o olhar da atenção individual. Entendemos que as definições podem ser consideradas complementares.



FIQUE DE OLHO

Vuori (1985) sugeriu quatro formas de visualizar a atenção primária:

- Como um conjunto de atividades;
- Como um nível da atenção;
- Como uma estratégia para organizar a atenção à saúde; e
- Como uma filosofia que permeia a atenção à saúde.

Já que existem poucas atividades exclusivas da atenção primária, a primeira abordagem é inadequada. Os níveis de atenção, as estratégias para organização da atenção à saúde e uma “filosofia” estão inter-relacionados, sendo que a definição de atenção primária (...) capta suas interrelações. (adaptado de STARFIELD, 2002).

Para diferenciar a atenção primária de saúde de outras modalidades e níveis de atenção, Starfield esclarece:

A atenção primária difere da atenção por consulta, de curta duração (atenção secundária) e do manejo da enfermidade a longo prazo (atenção terciária) por várias características. A atenção primária lida com os problemas mais comuns e

menos definidos, geralmente em unidades comunitárias como consultórios, centros de saúde, escolas e lares. Os pacientes têm acesso direto a uma fonte adequada de atenção que é continuada ao longo do tempo, para diversos problemas e que inclui a necessidade de serviços preventivos.

Comparada à Medicina subespecializada, a atenção primária é menos intensiva, tanto em capital como em trabalho, e menos hierárquica em sua organização. Portanto, é inerentemente mais adaptável e capaz de responder às necessidades sociais de saúde em mudança. Na atenção especializada, os pacientes tipicamente são encaminhados por um outro médico que já explorou a natureza do problema do paciente e iniciou um trabalho de diagnóstico preliminar. O processo de diagnóstico resulta em uma definição precisa de fisiopatologia; as intervenções são basicamente orientadas para este processo fisiopatológico. Na atenção primária, ao contrário, geralmente, o paciente é conhecido pelo médico, sendo que a entrada no sistema é dada pelo paciente, frequentemente com queixas muito pouco específicas e vagas. A principal tarefa é a elucidação do problema do paciente e a obtenção de informações que levem a um diagnóstico e à escolha do manejo mais apropriado. Médicos da atenção primária, quando comparados com especialistas, lidam com uma variedade mais ampla de problemas, tanto com pacientes individuais como com a população com a qual trabalham. Como estão mais próximos do ambiente do paciente do que os especialistas, estão em uma posição melhor para avaliar o papel dos múltiplos e interativos determinantes. (STARFIELD, 2002)

Um dos propósitos da obra de Starfield é definir da forma mais clara possível os conceitos desse tema para poder elaborar métodos de avaliação da APS. Para isso, a autora descreveu quatro atributos da Atenção Primária de Saúde:

No Brasil, costuma-se acrescentar a estes outros três aspectos:

- Centralização na família,
- Competência cultural e
- Orientação para a comunidade.



Na realidade estes três últimos aspectos são denominados como “aspectos derivativos da atenção primária” (STARFIELD, 2002). Mas, por coerência com a literatura nacional, iremos incluí-los como atributos.

Citaremos as descrições dos sete atributos de acordo com Starfield. Você irá perceber, depois de cada definição, um conjunto de questões utilizadas para começar a avaliação desse atributo. Estude essas definições. Primeiro veremos os quatro atributos essenciais e posteriormente os três que Starfield denominaria “aspectos derivativos da atenção primária”.

Atenção ao primeiro contato

A atenção ao primeiro contato implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. Independente do que um estabelecimento de saúde define ou percebe como acessibilidade, ele não oferece atenção ao primeiro contato a menos que os seus usuários em potencial percebam-na como acessível e isto se reflita na sua utilização. Portanto, a mediação da atenção ao primeiro contato envolve a avaliação da acessibilidade (elemento estrutural) e da utilização (elemento processual).

Diversas questões importantes dizem respeito à atenção ao primeiro contato:

- Em que medida o sistema oferece fácil acesso, tanto geograficamente quanto com horário mais prolongado de funcionamento?
- A população acha este acesso conveniente?
- O quanto o acesso mais fácil está associado à utilização do estabelecimento para problemas novos por sua população definida?

Em relação ao acesso ou “porta de entrada ao sistema, Starfield (2002) resume a opinião de um médico entrevistado na sua pesquisa.:

Quando eu era residente, tive uma experiência que mudou minha carreira. Comecei na cirurgia e, frequentemente, os pacientes vinham à clínica com dores e padecimentos e não apresentavam qualquer problema cirúrgico, então eu os encaminhava para a clínica apropriada e lhes dava um número de telefone para ligar. Presumi que eu tinha cuidado do problema. Mas, um dia, eu telefonei para aquele número só para ver o que os pacientes estavam passando. A primeira vez que telefonei, a ligação caiu. Então tentei novamente, e a ligação caiu mais uma vez e na vez seguinte fui colocado em espera, e na outra me disseram que iriam transferir minha ligação. Acabei por fazer 14 ligações para marcar uma consulta. E eu falo inglês. Então comecei a me preocupar sobre como eu estava encaminhando meus pacientes, onde eles estavam indo e o que estávamos fazendo com eles. Funcionamos bem porque conhecemos o sistema, mas a maioria das pessoas vai para casa e logo encontra barreiras e não sabem como lidar com elas. Mudei de cirurgia para Medi -

cina de família e agora faço tudo o que posso por eles. Apenas quando sinto que não posso fazer mais nada eu os encaminho, e não os deixo partir até que a consulta esteja marcada. Estou disponível para cuidar de enfermidades, mas isso não é tudo o que faço. Meus pacientes são muito mais complexos que suas enfermidades. Agora sinto que realmente estou fazendo alguma coisa pelos pacientes – que realmente há algo de extraordinário na prática da Medicina. O melhor que podemos fazer pelos pacientes é entender o que dizem, e um pré-requisito é ouvir. É óbvio que cuido de suas enfermidades

- estou disponível para fazê-lo da forma que eles necessitem
- mas essa é uma pequena parte do que faço. Dr. C., médico. (STARFIELD, 2002).

Apesar de ter sido uma defensora mundial da Atenção Primária de Saúde, Starfield (2002) adapta uma história, extraída de outro autor, que mostra tanto as vantagens quanto as limitações do atributo de acesso:

Era uma vez, um Porteiro e uma Feiticeira. O trabalho do Porteiro era decidir quem poderia ver a Feiticeira. A maioria das pessoas que via o Porteiro não via a Feiticeira. Geralmente elas estavam apenas um pouco doentes ou com a preocupação de estarem doentes e o Porteiro era muito bom em decidir quem precisava ver a Feiticeira. A maioria das pessoas que a via estavam muito doentes e ela poderia lançar seus feitiços para fazer com que melhorassem. A Feiticeira e o Porteiro precisavam um do outro. O problema foi que quanto mais pessoas ouviam a respeito das poções mágicas da Feiticeira, mais queriam vê-la, e as filas de espera tornaram-se cada vez mais longas. Algumas vezes, o Porteiro tinha de mandar algumas pessoas de volta à Feiticeira, porque elas não pegaram poções mágicas suficientes. As pessoas ficaram muito bravas e contaram à Rainha. A Rainha disse, “Deixe as pessoas que desejam ver a Feiticeira ir diretamente a ela e que elas mesmas a paguem”.

As pessoas que podiam pagar ficaram muito felizes. O problema era que as filas de espera ficaram maiores porque a Feiticeira passava mais e mais tempo vendo aqueles que podiam pagar. Na verdade, a maravilhosa bola de cristal começou a dar mais e mais respostas erradas. “Descubra o que está acontecendo”, gritou a Rainha. O Porteiro teclou o “DataSpell” em sua bola de cristal e lá apareceu a mensagem: “O valor de um exame diagnóstico depende da prevalência da condição na população examinada. A Feiticeira é muito boa ao decidir quem está muito doente, mas nada boa ao decidir quem está bem.

O Porteiro é muito bom ao decidir quem está bem, mas não tão bom ao decidir quem está muito doente. Os Porteiros usam os exames e testes para determinar se as pessoas estão normais ou não, enquanto a Feiticeira usa os testes para detectar a doença. Se a bola de cristal da Feiticeira estiver funcionando de forma adequada, ela deveria ver apenas as pessoas que o Porteiro suspeita que estão doentes o suficiente para precisar de mais atenção. E o Porteiro veria as pessoas que ele pensa estarem doentes e tentaria descobrir se realmente estão. E então o sistema funcionará. Longe de ser um arranjo para privar as pessoas de escolha e acesso à Feiticeira, é a forma mais eficiente de cuidar de pessoas doentes.” A Rainha descobriu, entretanto, que persuadir as pessoas disso era muito mais difícil – uma vez adquirido o gosto pelo acesso direto à bola de cristal e às poções mágicas, ele não é facilmente esquecido. (STARFIELD, 2002)

Longitudinalidade

A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim, a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população eletiva, bem como os indivíduos dessa população – que deveriam receber seu atendimento da unidade, exceto quando for necessário realizar uma consulta fora ou fazer um encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletida em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde.

Diversas questões importantes referem-se à longitudinalidade:

- Aqueles indivíduos claramente identificados como usuários identificam a unidade de saúde como sua fonte regular de atenção e utilizam-na como tal por um período de tempo?
- As consultas, exceto as iniciadas pelos profissionais, ocorrem na USF?
- A natureza da interação entre o profissional de saúde e os pacientes reflete sua cooperação mútua?

Integralidade

A integralidade implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas. Isso inclui o encaminhamento para serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais, tais como internação domiciliar e outros serviços comunitários.

Embora cada unidade de atenção primária possa definir diferentemente sua própria variedade de serviços, cada uma deveria explicitar sua responsabilidade tanto para a população de pacientes como para a equipe, bem como reconhecer as situações para as quais os serviços estão disponíveis. A equipe deveria oferecer e reconhecer a necessidade de serviços preventivos e de serviços que lidem com sintomas, sinais e diagnósticos de doenças manifestas. Também deveria reconhecer adequadamente problemas de todos os tipos, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais. Este último tipo é particularmente importante, já que os problemas de saúde ocorrem dentro de um ambiente social que frequentemente predispõe ou causa enfermidades.

Diversas questões importantes referem-se à integralidade:

- O quão inclusivo é o pacote de serviços oferecido?
- Ele é explícito e é compreendido pela população?
- Ao oferecer serviços, os profissionais reconhecem um amplo espectro de necessidades na população?
- Eles encaminham a outros especialistas, quando apropriado?

Starfield (2002) utiliza o seguinte exemplo para ilustrar o atributo de integralidade:

Alisa é uma criança de quatro anos de idade cujo crescimento e desenvolvimento têm sido normais. No último ano, entretanto, tem sofrido de otite média aguda que parece nunca curar apesar do tratamento aparentemente adequado. Faltou a diversas consultas médicas e sua mãe não telefona para cancelar ou remarcar. Numa reunião mensal para estudo de caso, a situação foi discutida e foi decidido que a Dr^a S. faria uma visita domiciliar.

A família vive num prédio de apartamentos em um bairro de baixa renda. O prédio tem um elevador, mas os corredores são escuros. O apartamento da família, entretanto, é iluminado e bem arrumado. Quando a Dr^a S. tocou a campainha, foi afetuosamente recebida pela Sr^a M. e seus três filhos, que não tinham ido à escola naquele dia. Ao longo da discussão sobre a família e seus problemas de saúde, a Dr^a S. perguntou onde as crianças dormiam e a Sr^a M. se ofereceu para mostrar-lhe o apartamento. Quando se sentaram na sala para tomar o café preparado pela Sr^a M, a Dr^a S. notou uma porta fechada na entrada da sala e perguntou que quarto era aquele. A Sr^a M. ofereceu-se para mostrar-lhe e abriu a porta. Sentada no canto estava uma velhinha de cabelos brancos balançando-se para frente e para trás e falando sozinha. Poucos minutos de observação convenceram a Dr^a S. de que a mulher, avó materna, estava em franca alucinação.

A intervenção posterior do serviço social resultou numa internação adequada da avó. O problema do ouvido de Alisa, que persistia porque a Sr^a M. estava distraída com a esquizofrenia da própria mãe e conseqüente incapacidade de centrar-se no tratamento prescrito, foi resolvido. (STARFIELD, 2002)



ATENÇÃO!

A integralidade exige que a atenção primária reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las. As decisões sobre se a atenção primária, e não outro nível de atenção detém a capacidade de prestar serviços específicos variam de lugar para lugar e de época para época, dependendo da natureza dos problemas de saúde de diferentes populações (STARFIELD, 2002).

Coordenação (integração) da atenção

A coordenação (integração) da atenção requer alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além de reconhecimento de problemas (um elemento processual). Por exemplo, o estado de problemas observado em consultas anteriores ou problemas pelos quais houve algum encaminhamento para outros profissionais deveria ser avaliado nas consultas subsequentes. Este reconhecimento de problemas será facilitado se o mesmo profissional examinar o paciente no acompanhamento ou se houver um prontuário médico que esclareça estes problemas. Assim, tanto a continuidade como o reconhecimento de problemas são necessários para avaliar a coordenação da atenção.

Diversas questões importantes referem-se à coordenação (STARFIELD, 2002):

- Em que medida o agendamento é organizado para permitir que os pacientes consultem sempre com o mesmo profissional em todas as consultas?
- Os prontuários médicos contêm informações pertinentes ao atendimento dos pacientes?
- Existe aumento do reconhecimento de problemas associado à melhor continuidade?
- Este reconhecimento aumentado é função de prontuários melhores, da continuidade com um profissional usual, ou de ambos?

Em relação ao atributo da coordenação (objeto de um capítulo chamado “Coordenação da atenção: Juntando tudo”), antes do caso de exemplo, Starfield indica:

A coordenação, o quarto componente da atenção, é essencial para a obtenção dos outros [atributos]. Sem ela, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função de primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa. Descrições de atenção primária, sob o ponto de vista do médico, frequentemente, referem-se ao profissional de atenção primária como o defensor do paciente (ROBINSON, 1977) ou em termos do compromisso do médico de atenção primária com as pessoas (MCWHINNEY, 1975; DRAPER E SMITS, 1975). Para chegar ao que estes termos indicam, o profissional de atenção primária deve estar ciente de todos os problemas do paciente em qualquer contexto no qual estes apareçam, pelo menos no que se refere à saúde.

Para ilustrar os desafios da coordenação, Starfield oferece o seguinte relato:

Uma mulher de 41 anos de idade está em atendimento numa “clínica de atenção primária” devido à hipertensão moderada. Este esboço contém informações sobre seu atendimento entre uma consulta na clínica até a próxima consulta de revisão marcada, num intervalo de aproximadamente três meses. Com o propósito de avaliar a coordenação, o interesse recai no quanto de informações relevantes para o atendimento da mulher o profissional de atenção primária reconheceu no intervalo entre a consulta inicial e a consulta de acompanhamento. Na consulta “zero”, na clínica de atenção primária, o médico notou que a paciente tinha “um resfriado” e apresentava sinais condizentes com o diagnóstico. O médico solicitou uma radiografia torácica e prescreveu um tratamento sintomático. Na consulta de acompanhamento, três meses depois, o profissional fez referência à infecção respiratória em suas anotações, mas não mencionou os resultados da radiografia nem se a paciente tinha tomado a medicação ou sentido alguma melhora. Duas semanas depois da consulta “zero”, a paciente apareceu sem marcar consulta na mesma clínica ainda se queixando de sintomas de infecção respiratória. Foi fornecida uma receita de antibiótico, mas o profissional de atenção primária não fez referência a isto na sua folha de acompanhamento. Duas semanas mais tarde a paciente apareceu inesperadamente em outra clínica da mesma instituição com o mesmo tipo de sintoma; o profissional observou que ela tomava Valium regularmente e que fumava. Recomendou que parasse de fumar e prescreveu tratamento sintomático adicional.

Na consulta de acompanhamento na unidade de atenção primária, o profissional não mencionou esta consulta nem o tratamento ou conselho em suas anotações no prontuário médico. Um mês depois (e um mês antes da consulta de acompanhamento agendada), a paciente foi atendida na sala de emergência após uma aparente tentativa de suicídio. Novamente, não houve referência a esta consulta ou ao problema associado nas anotações do médico de atenção primária nesta consulta de acompanhamento. A revisão do prontuário médico da paciente referente ao período anterior à consulta “zero” revelou que ela vinha sofrendo de dores de cabeça há alguns anos e estava sendo acompanhada na clínica neurológica, a qual não descobriu nenhuma anormalidade em repetidos exames. Em uma consulta, foi observado que estava moderadamente hipertensa e foi encaminhada à clínica de atenção primária, na qual vinha sendo atendida a cada três meses para acompanhar a evolução da hipertensão moderada. Pelo menos em uma ocasião anterior, um ano antes, tinha tentado suicídio por superdosagem de sua medicação. Apesar deste histórico, os sérios problemas de saúde mental da paciente não foram integrados à sua atenção primária. Houve pouca ou nenhuma coordenação na atenção a esta paciente por parte do médico de atenção primária. (STARFIELD, 2002)

Centralização na família

A centralização na família resulta quando o alcance da integralidade fornece uma base para a consideração dos pacientes dentro de seus ambientes, quando a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde e quando o desafio da coordenação da atenção se defronta com recursos familiares limitados.

A centralização na família é avaliada por meio de entrevista com membros da família e da comparação de informações com as entrevistas dos médicos ou com as informações dos prontuários médicos.

O conhecimento dos membros da família é avaliado mediante entrevista com membros da família e pela comparação das informações com outras entrevistas com médicos ou informações do prontuário médico. As áreas de interesse particular incluem a consciência da comunicação intrafamiliar e o apoio e apreciação dos recursos familiares (incluindo níveis educacionais e meios financeiros) para lidar com os problemas de saúde do paciente.



FIQUE DE OLHO

Um segundo aspecto da centralização na família requer um conhecimento dos problemas de saúde dos membros da família. Esta informação também pode ser obtida por meio de entrevistas com pacientes e médicos e mediante exame do prontuário. O conhecimento a respeito dos padrões de doença nas famílias pode esclarecer possíveis mecanismos de etiologia e de resposta à terapia.

Competência cultural

A competência cultural envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais. Se a integralidade, particularmente o aspecto relacionado com o reconhecimento do problema, for bem alcançada, estas necessidades especiais deveriam ser reconhecidas e abordadas no projeto da variedade de serviços e o quão bem eles são aplicados.

A avaliação requer a determinação de que estes são arranjos para identificar a existência de necessidades culturais especiais e a extensão na qual populações específicas percebem suas necessidades singulares como sendo atendidas.

Orientação para a comunidade

Orientação para a comunidade (...) resulta de um alto grau de integralidade da atenção geral. Todas as necessidades relacionadas à saúde dos pacientes ocorrem em um contexto social; o reconhecimento dessas necessidades frequentemente requer o conhecimento do contexto social. Os pacientes podem não perceber que necessitam de serviços de saúde porque lhes falta conhecimento a respeito da importância de uma estratégia preventiva ou porque não percebem que um problema tem uma base médica ou pode ser passível de intervenções médicas. Um entendimento da distribuição das características de saúde na comunidade e dos recursos disponíveis nela fornece uma forma mais extensa de avaliar as necessidades de saúde do que uma abordagem baseada apenas nas interações com os pacientes ou com suas famílias.

A avaliação da orientação para a comunidade requer três tipos de informações (STARFIELD, 2002):

A primeira é um conhecimento das necessidades de saúde da comunidade, que pode ser obtido através de entrevistas com médicos e da comparação de suas respostas com as estatísticas da comunidade. As áreas que podem ser examinadas são consciência e uso das estatísticas de morbidade e mortalidade, pesquisas de saúde, incluindo níveis de incapacidade e de doenças, além de taxas de absenteísmo na escola ou no trabalho.

Um segundo tipo de informação é quanto os profissionais se envolvem nos assuntos da comunidade, uma faceta verificável através de entrevistas. As características específicas incluem o conhecimento a respeito das redes sociais e dos sistemas de apoio disponíveis, incluindo recursos recreacionais, religiosos, políticos ou filantrópicos.

Um terceiro tipo de informação abrange quanto o profissional envolve a comunidade em questões relacionadas à prática, como a oferta de uma equipe de aconselhamento à comunidade ou aos pacientes ou pesquisas periódicas de satisfação do paciente e sugestões para a melhora.

No seu trabalho a autora aponta, ainda, vários aspectos diferenciais da APS quando comparada com outras modalidades e níveis de atenção.

Barbara Starfield nos lembra que a implementação dos atributos da APS não é tarefa fácil, e, também, da pertinência dos valores e tecnologias próprios da APS como lógica geral de organização: “Nenhum sistema de atenção primária pode alcançar o desempenho perfeito em todos os quatro componentes fundamentais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Se os padrões forem muito elevados, os pacientes ficarão desapontados e os profissionais, frustrados”.



**PARA
REFLETIR**

Você possui algum caso de exemplo extraído da sua experiência para ilustrar esses atributos na sua realidade?

Refleta como na sua experiência esses atributos podem ser aplicados.

Df]bW]cg'Y'8]fYf]nYg'XU'5Hyb, ~c'6zg]WJ

A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes (BRASIL, 2017):

Princípios

- Universalidade: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades.

- **Equidade:** ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.
- **Integralidade:** É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade.

Diretrizes

- **Regionalização e Hierarquização:** dos pontos de atenção da RAS, tendo a Atenção Básica como ponto de comunicação entre esses. Considera-se regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos.
- **Territorialização e Adscrição:** de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele. Para efeitos desta portaria, considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas.
- III - **População Adscrita:** população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

IV - Cuidado Centrado na Pessoa: aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado.

V - Resolutividade: reforça a importância de a Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário.

VI - Longitudinalidade do cuidado: pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.

VII - Coordenar o cuidado: elaborar, 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 através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral.

Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

VIII - 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 o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas.

IX - Participação da comunidade: estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social.

Programa de Melhoria do Acesso e de Qualidade (PMAQ)



O Programa de Melhoria do Acesso e de Qualidade (PMAQ) é um programa de âmbito nacional que tem como objetivo promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde. O programa foi lançado em 2011, em 2013 aconteceu o segundo ciclo e já em 2015, iniciou seu 3º ciclo com a participação de todas as equipes de saúde da Atenção Básica (Saúde da Família e Parametrizada), incluindo as equipes de Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centros de Especialidades Odontológicas que se encontrem em conformidade com a PNAB.

O PMAQ funciona por meio da indução de processos que buscam aumentar a capacidade de oferecer serviços que assegurem maior acesso e qualidade à população, no programa todos os atores devem estar envolvidos: gestões municipais, estaduais e federal e, profissionais do NASF e os profissionais das equipes de atenção básica.

O programa tem quatro fases: Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Pactuação. As mesmas se desenvolvem da seguinte forma:

A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica e os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde num processo que envolve pactuação regional e estadual e a participação do controle social.

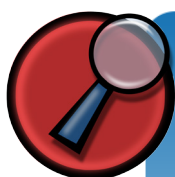
A segunda fase do PMAQ consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas Equipes de Atenção Básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica.

Esta fase está organizada em quatro dimensões: 1 – Autoavaliação; 2 – Monitoramento; 3 – Educação Permanente; e 4 – Apoio Institucional

A terceira fase do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica consiste na avaliação externa que será a fase em que se realizará um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e Equipes da Atenção Básica participantes do Programa. Essa fase subdivide-se em duas dimensões:

I – Certificação de desempenho das Equipes de Atenção Básica e gestões municipais participantes do PMAQ: avaliação do acesso e da qualidade das EAB participantes do PMAQ, por meio do monitoramento dos indicadores contratualizados e pela verificação de um conjunto de padrões de qualidade no próprio local de atuação das equipes;

II - Avaliação do acesso e da qualidade da Atenção Básica não relacionada ao processo de certificação: constituída por um processo avaliativo que contempla a avaliação da rede local de saúde pelas Equipes de Atenção Básica e processos complementares de avaliação da satisfação do usuário e da utilização dos serviços.



FIQUE DE OLHO

Todo o processo de avaliação externa do PMAQ está sendo conduzido por Instituições de Ensino Superior contratadas pelo Ministério da Saúde para desenvolver os trabalhos de campo, mediante a aplicação de diferentes instrumentos avaliativos.

A quarta fase do PMAQ constitui o processo de Pactuação que deve ocorrer após a certificação da Equipe de Atenção Básica. 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.



SAIBA MAIS

Para saber mais sobre o PMAQ acesse o link: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php

Aproveite a oportunidade e conheça o instrumento de auto avaliação (AM AQ) utilizado no programa. Você e sua equipe podem se apropriar desse instrumento para auxiliar na organização do processo de trabalho. Veja o instrumento AM AQ na sua biblioteca do curso ou acesse diretamente no endereço:

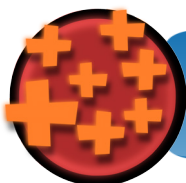
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq_2017.pdf

Saúde da Família como Estratégia da Mudança



Para conhecermos melhor a Estratégia de Saúde da Família, convidamos você a retomar a Política Nacional de Atenção Básica e destacamos a seguir as principais especificidades sobre a ESF:

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e Conasems (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica.



SAIBA MAIS

Mas, por que essa estratégia pode contribuir para isso?

A forma de organização da ESF favorece uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Para alcançar esses objetivos, existem algumas singularidades e exigências para as equipes de ESF, são elas:

A Equipe de Saúde da Família (eSF) é a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Essa equipe deverá ser composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS).

A nova política acrescenta o seguinte: pode fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

Já em relação ao número de ACS por equipe, a nova política determina que deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local. Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

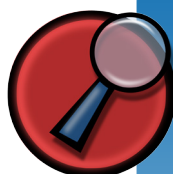
Para equipe de Saúde da Família, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas 1 (uma) equipe de Saúde da Família, no SCNES vigente.

Vale destacar que na nova política foi recomendado a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnicogerencial.

A inclusão deste profissional ficou facultativa tanto para as eSF quanto para outras composições das equipes na ABS. Essa inclusão deverá ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e cobertura de AB.

Segundo a nova política, entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior.

As atribuições que foram destacadas para esse profissional e os demais profissionais que atuam na ABS podem ser consultadas na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), disponível na sua biblioteca do curso.



FIQUE DE OLHO

Vamos conhecer mais sobre os Agentes Comunitários de Saúde? Convidamos você a assistir o vídeo “Agentes Comunitários de Saúde - aprendendo com Estratégia Saúde da Família do Brasil.” que apresenta o cotidiano do trabalho desse profissional e de sua equipe.

Assista aqui: <https://www.youtube.com/watch?v=7e3BTrR-Q-I>



SAIBA MAIS

Por que tanta polêmica com a nova Política de Atenção Básica publicada em 2017?

A nova Política Nacional de Atenção Básica publicada em 2017 tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo a nova política reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, além da ESF e reitera que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS.

Várias modificações aconteceram em relação a PNAB de 2012, isso gerou muitas controversas e interpretações que, na opinião de muitos profissionais de saúde, da Academia e até mesmo do Conselho Nacional de Saúde, não esgotaram o debate. Assim, nesse momento, a política ter sido aprovada foi considerada por muitos uma decisão precoce e prejudicial à ESF e ao SUS.

Para ajudar nessa reflexão - e você poder amadurecer sua própria opinião - sugerimos a leitura das seguintes revistas que discutiram a nova PNAB sob diferentes olhares:

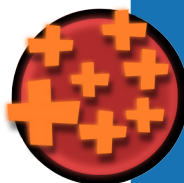
- A revista Radis nº da ENSP/Fiocruz (disponível em sua biblioteca)

acesse em:

http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_183web.pdf

- A revista Consensus do CONASS (disponível em sua biblioteca) acesse em:

http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus_24.pdf



SAIBA MAIS

Veja a seguir um trecho do que você vai encontrar nas leituras:

“[...] as mudanças pactuadas foram alvo de críticas e resistência por parte de diversos setores, entre eles a academia e o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Em nota, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) manifestaram-se contra a revisão da PNAB, pois entendem que a nova PNAB revoga a prioridade do modelo assistencial da ESF no âmbito do Sistema SUS, embora afirme a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Segundo essas instituições, o texto na prática rompe com sua centralidade na organização do SUS, instituindo financiamento específico para quaisquer outros modelos na atenção básica (para além daquelas populações específicas já definidas na atual PNAB como ribeirinhas, população de rua) que não contemplam a composição de equipes multiprofissionais com a presença de agentes comunitários de saúde. Esta decisão abre a possibilidade de organizar a AB com base em princípios opostos aos da APS estabelecidos em Alma-Ata e adotados no SUS. O presidente do Conasems, Mauro Junqueira, no entanto, foi taxativo. “Quem rebateu as propostas nunca esteve na ponta. Muitas críticas vieram da Academia, mas ela não executa o Saúde da Família. Quem executa é o município [...]” (Consensus, nº 24).

“[...] Para entender melhor os efeitos das mudanças, a Radis explica que a Atenção Básica é um conceito, construído ao longo das últimas cinco décadas, em paralelo ao de Atenção Primária em Saúde, com muitos pontos em comum. Em sua definição, se relaciona à garantia de acesso à atenção, promoção e prevenção em saúde. No Brasil, a Atenção Básica é a ordenadora das ações da Rede de Atenção em Saúde e considerada “porta de entrada” do SUS. É a partir do contato com uma equipe de Atenção Básica, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) — como as Clínicas da Família, no Rio de Janeiro, por exemplo —, que os usuários são encaminhados, se necessário, para serviços mais complexos.

A matéria atenta para as mudanças previstas pela nova PNAB que afetam, em primeiro lugar, o funcionamento das equipes, fundamentais na estrutura da Estratégia Saúde da Família. Originalmente, o time multiprofissional mínimo previsto para a ESF era composto por um médico e um enfermeiro generalistas (ou especializados em Saúde da Família), um auxiliar ou técnico de enfermagem, além dos agentes comunitários de saúde — um para cada 750 pessoas de cada território.



SAIBA MAIS

Podiam ser acrescentados à composição profissionais de Saúde Bucal (cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico), além de outras especialidades de apoio. Pela regra inicial, cada equipe estava responsável pelo atendimento de, no máximo, 4 mil pessoas, sendo a média recomendada de 3 mil pessoas — o que explica a existência, num mesmo território, de mais de uma equipe.

A reportagem alerta, ainda, que a mudança proposta em 2017 repercute nas equipes de Atenção Básica de outro modo, ao conferir o mesmo status a ambas as equipes (de Saúde da Família e de Atenção Básica). Isso significa, na prática, que equipes completas e reduzidas disputarão os mesmos recursos e terão as mesmas responsabilidades, levando os gestores municipais a optarem por equipes reduzidas.

Outra questão abordada pela revista Radis é a da categoria profissional que será diretamente afetada pela reforma, ou seja, os agentes comunitários de saúde, responsáveis pelas principais inovações da Atenção Básica e que concretizam o cuidado na comunidade e no território [...]” (Radis, nº 183).

Respeitando a diversidade brasileira e as necessidades de articulação, intersectorialidade e interdisciplinaridade, as Equipes de Atenção Básica podem se organizar de maneiras distintas para garantir o acompanhamento de Populações Específicas. A seguir apresentamos algumas possibilidades de equipes.

Equipes do Consultório na Rua



A responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, com destaque especial para a atenção básica.

Em situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso desses usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna atenção integral à saúde, pode-se lançar mão das equipes dos Consultórios na Rua, que são equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua.

Equipes de Saúde da Família para o Atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense

Considerando as especificidades locais, os municípios da Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul podem optar entre dois arranjos organizacionais para equipes Saúde da Família, além dos existentes para o restante do País:

Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR): desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial; e

Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF): desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF).

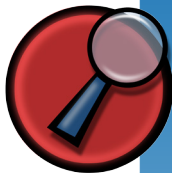
Núcleos de Apoio à Saúde da Família



O NASF-AB Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).

Busca-se que essa equipe seja membro orgânico da Atenção Básica, vivendo integralmente o dia a dia nas UBS e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população. Os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar saberes, práticas e gestão do cuidado, com uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um.

Deve estabelecer seu processo de trabalho a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, bem como a partir de dificuldades dos profissionais de todos os tipos de equipes que atuam na Atenção Básica em suas análises e manejos. Para tanto, faz-se necessário o compartilhamento de saberes, práticas intersetoriais e de gestão do cuidado em rede e a realização de educação permanente e gestão de coletivos nos territórios sob responsabilidade destas equipes.



FIQUE DE OLHO

Os NASF fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica).

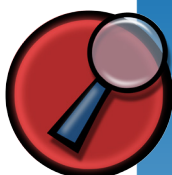
Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários.



SAIBA MAIS

Exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF:

- discussão de casos,
- atendimento conjunto ou não,
- interconsulta,
- construção conjunta de projetos terapêuticos,
- educação permanente,
- intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade,
- ações intersetoriais,
- ações de prevenção e promoção da saúde,
- discussão do processo de trabalho das equipes...



FIQUE DE OLHO

A organização do trabalho do NASF deve seguir as normas publicadas pelo Ministério da Saúde, destacando os Cadernos de Atenção Básica/Primária (<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab39>) que tratam do tema, descrevendo as diretrizes, o processo de trabalho, as principais ferramentas e as ações de responsabilidade de todos os profissionais dos NASF a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de Saúde da Família, equipes de atenção básica para populações específicas e/ou Academia da Saúde.

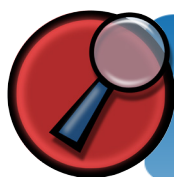
Programa Saúde na Escola



O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, surgiu como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde e formação) à saúde de crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira, no âmbito das escolas e Unidades Básicas de Saúde, realizada pelas equipes de saúde da atenção básica e educação.

A articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é a base do Programa Saúde na Escola. O PSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras. Essa articulação intersetorial para o desenvolvimento das ações do PSE implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território, pois deve propiciar a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade.

Para saber mais sobre o PSE acesse: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>



FIQUE DE OLHO

Implica colocar em questão: como esses serviços estão se relacionando? Qual o padrão comunicacional estabelecido entre as diferentes equipes e serviços? Que modelos de atenção e de gestão estão sendo produzidos nesses serviços? Pense nisso!

Para saber mais sobre A Estratégia Saúde da Família, recomendamos a leitura de dois textos:

O primeiro foi extraído de um volume dos Cadernos Humaniza SUS (PASCHE, 2010) dedicado à Atenção Básica; aqui se recomenda um conjunto de elementos que devem ser implementados para melhorar a integração e coordenação dos cuidados e para avançar na reorganização dos processos de trabalho das Equipes de Saúde da Família com a perspectiva da reorganização da rede de serviços em um município.

O segundo texto é um artigo da professora Lígia Giovanella e uma equipe de pesquisadoras (GIOVANELLA *et al.* 2009) que examina a experiência de quatro

municípios brasileiros considerados bem sucedidos nesse processo de implementação da Estratégia de Saúde da Família. O artigo busca fazer um balanço geral do potencial, dos avanços e das dificuldades enfrentadas.

Procuramos com esses dois textos estimular os profissionais participantes do curso a começar a reflexão sobre as modificações necessárias na sua própria prática no sentido da mudança do modelo de atenção nos seus serviços e sobre a relação entre esse empreendimento no nível micro e os processos que precisam ser implementados pelos gestores dos serviços para complementar o esforços das equipes de Saúde da Família.



**PARA
REFLETIR**

1 Com base no item 1.5 do texto de Pasche, reflita sobre formas em que uma Equipe de saúde ou uma equipe de ESF poderia aplicar os passos de “a” a “e” para melhorar “o nível de responsabilização pelo cuidado.

2 De acordo com o texto de Lígia Giovanella, reflita sobre o grau de integração de uma Equipe de Saúde da Família à rede assistencial de uma Regional de Saúde.

Assim concluímos essa etapa de aproximação com as Políticas de Saúde, em especial a Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família no SUS.

Reforçamos que no SUS existem inúmeras Políticas de Saúde além das apresentadas nesse módulo. Convidamos você a conhecê-las melhor, acesse o link a seguir e faça dessa busca uma rotina que contribuirá para o aprimoramento de suas potencialidades de articulação no seu cotidiano de trabalho.

<http://bvsmms.saude.gov.br/politicas-e-diretrizes-do-sus/politicas-nacionais/>

Continue explorando os conteúdos oferecidos: desejamos um ótimo curso!

Referências Bibliográficas

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Lei n. 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, 1990.

BRASIL. Lei n. 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, 1990.

BRASIL. Decreto nº 7.508 de 21 de junho de 2011. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

BRASIL. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Sistema Único de Saúde. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011**, vol. 1. Brasília, 2011a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Atenção Primária e Promoção da Saúde. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011**, vol. 3. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O desafio do modelo de atenção à saúde do SUS. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. SUS: avanços e desafios. Brasília, 2006.

GIOVANELLA; LÍGIA; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, LÍGIA. *et al* (orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GIOVANELLA; LÍGIA *et al*. **Saúde da família**: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):783-794, 2009

MATTOS, Ruben Araujo. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, Roseni e Mattos, Ruben (orgs.). **Os**

sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ – IMS – ABRASCO, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

NOLTE, Ellen e MCKEE, Martin. **Caring for people with chronic conditions:** an introduction. In: NOLTE, Ellen; MCKEE, Martin (eds). *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective.* McGraw-Hill-Open University Press, 2008

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas:** componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, 2003.

OPAS/OMS – Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. **Prevenção de doenças crônicas:** um investimento vital. Visão Geral. OPAS/OMS/Public Health Agency of Canada, 2005.

PAIM, Jairnilson. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA *et al* (orgs.). In: GIOVANELLA, LÍGIA *et al* (orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, Jairnilson .; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Saúde no Brasil. The Lancet*, maio 2011, p.11-31.

PASCHE, Dário Frederico. Contribuições da Política de Humanização da saúde para o fortalecimento da Atenção Básica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção Básica. **Cadernos HumanizaSUS**, v. 2. Brasília, 2010.

SECRETARIA de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. Informes Técnicos Institucionais. **Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: decreto 7508, de 2011.** *Rev Saúde Pública* 2011;45(6):1206-7.

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

TEIXEIRA, Carmen Fontes. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em debate**, 27(65): 257-277, set- dez. 2003.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Preventing chronic diseases:** a vital investment. Geneva: World Health Organization/Public Health Agency of Canada, 2005. Disponível em:

[1]http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=130805&set=4BB-CA640_1_386&gp=1&mode=e&lin=1&ll=1 (Acesso em: 2 out. 2014)

[2]http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaus_atencao_basica.pdf (Acesso em: 2 out. 2014)

Whitehead M. 1992. The health divide. In: Townsend P., Whitehead M., Davidson N. (eds), *Inequalities in Health: The Black Report and the Health Divide*, 2nd ed.. London: Penguin. pp.. 214-450.

