

ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: APROXIMANDO TEORIA E PRÁTICA

ORGANIZADORES

MARCOS AURÉLIO MAEYAMA
LUÍSE LÜDKE DOLNY
ROSÁLIE KUPKA KNOLL





ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: APROXIMANDO TEORIA E PRÁTICA

Organizadores

Marcos Aurélio Maeyama

Luíse Lüdke Dolny

Rosálie Kupka Knoll

Itajaí - SC

2018

Reitor

Prof. Dr. Valdir Cechinel Filho

Chefe de Gabinete de Gestão Integrada

José Roberto Provesi

Diretor de Internacionalização

Paulo Márcio da Cruz

Diretor de Assuntos Institucionais

Telmo José Mezadri

Vice-Reitor de Graduação e Desenvolvimento Institucional

Prof. Dr. Carlos Alberto Tomelin

Vice-Reitor de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação

Prof. Dr. Rogério Corrêa

Vice-Reitor de Extensão e Assuntos Comunitários

Prof. Dr. José Carlos Machado

Diretora da Escola de Ciências da Saúde

Luciane Ângela Nottar Nesello

Secretária Executiva

Luciana Merlin Bervian

Procurador Geral

Rodrigo de Carvalho

EDITORA UNIVALI**Responsável**

Francine Lucatelli

Assistente de Marketing e Comercialização

Daniele Torres Almeida

Revisão

Profª. Ana Cláudia Reiser de Melo, MSc.

Estagiária de Publicidade e Propaganda

Ana Clara de Souza

CONSELHO EDITORIAL

Profª. Ana Cristina Bornhausen Cardoso, MSc.

Profª. Drª. Angélica Garcia Couto

Profª. Cleide Jussara Muller Pareja, MSc.

Profª. Drª. Denise Schmidt Siqueira Garcia – (Presidente)

Profª. Drª. Graziela Breitenbauch de Moura

Prof. Dr. Hans Peder Behling

Prof. Dr. José Gustavo Natorf de Abreu

Profª. Drª. Luciane Angela Nottar Nesello

Prof. Dr. Luciano Torres Tricárico

Prof. Dr. Marcio Tamanaha

Profª. Natalí Nascimento, MSc.

Prof. Dr. Rafael Padilha dos Santos

ILUSTRAÇÃO DA CAPA

Catarina Saad Henriques

DIAGRAMAÇÃO/PROJETO GRÁFICO

Catarina Saad Henriques

© 2018 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade do Vale do Itajaí. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade do Vale do Itajaí

Rua Uruguai, 458. Centro. Itajaí/SC. CEP 88302-901

Disponível em: telessaude.sc.gov.br

FICHA CATALOGRÁFICA

A27 Atenção básica à saúde [recurso eletrônico] : aproximando teoria e prática / organizadores Marcos Aurélio Maeyama, Luíse Ludke Dolny, Rosálie Kupka Knoll - Dados eletrônicos. - Itajaí : UNIVALI, 2018.

Livro eletrônico.

Vários autores.

Disponível em: telessaude.sc.gov.br

ISBN 978-85-54909-07-9 (e-book)

1. Saúde - Brasil. 2. Saúde Pública. 3. Atenção básica. 4. Promoção da saúde. 5. Famílias – Saúde e higiene. I. Maeyama, Marcos Aurélio. II. Dolny, Luíse Ludke. III. Knoll, Rosálie Kupka. IV. Título.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central Comunitária – UNIVALI

AUTORES

Aimée Bianchessi Sauer

Médica. Médica Residente de Medicina Interna no Hospital das Clínicas de Porto Alegre.

Alana Rita Zorzan

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Alexandre Matos Gama

Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Anna Carolina Ribeiro de Oliveira

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Bárbara Louise Bozatski

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Bruna Schweigert Bastos

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Camila Marchi Blatt

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Carlos Alberto Severo Garcia Jr.

Psicólogo. Doutor em Ciências Humanas (UFSC). Professor do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI. E-mail: carlos.garcia@univali.br

Carolina Kaori Kimura

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

César Alexandre Ferreira

Médico. Especialista em Saúde da Família (UFSC). Médico de Família e Comunidade do Município de Itajaí/SC.

Clarice Aparecida Munaro

Enfermeira. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho (UNIVALI). Professora do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí. E-mail: claricemunaro@hotmail.com

Claudia Helena Jasper

Nutricionista. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho (UNIVALI).

Cleana Caramori De Bortoli

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Débora Lima da Silva

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Fernanda Piccolo

Enfermeira. Mestre em Enfermagem (UFSC.) Professora do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí e enfermeira do Município de Itajaí/SC. E-mail: fepiccolo@gmail.com

Gabriela Silva Barbosa

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Gabriela Weising Raimann

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Gabriela Zanette

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Geisla Medeiros

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Guilherme Ferreira Zonta

Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Inajara Carla Oliveira

Fonoaudióloga. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho (UNIVALI). Professora dos Cursos de Medicina e Fonoaudiologia da Universidade do Vale do Itajaí. E-mail: ina_carla@hotmail.com

Júlia Heinig

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Karoline Kramer Ribas

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Klaus Kirch Nienkötter Rocha

Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Lara Cunha de França

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Leonardo Augusto Esteves Lopes de Oliveira

Odontólogo. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho (UNIVALI). Professor no Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí. Referência Descentralizada do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde, DEPREPS, SGTES, MS-Brasil. E-mail: leoaugusto76@hotmail.com

Leonardo Maiolino Pedro

Médico. Especialista em Saúde da Família (UNASUS/UFSC). Médico de Família e Comunidade do Município de Itajaí/SC.

Letícia Matos dos Santos

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Leticia Santos Corrêa

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Lisiane Tuon Generoso Bittencourt

Fisioterapeuta. Doutora em Medicina e Ciências da Saúde. Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Loriana Guaresi

Enfermeira. Especialista em Processo de Trabalho em Redes de Atenção à Saúde (UNIVALI). Enfermeira da Estratégia Saúde da Família no Município de Itajaí/SC.

Luana Gabriele Nilson

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva (UFSC). Apoiadora do Núcleo Telessaúde de Santa Catarina. E-mail: luanagnilson@gmail.com

Lucas Emanuel Marzzani

Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Luise Ludke Dolny

Psicóloga. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho (UNIVALI). Apoiadora do Núcleo Telessaúde de Santa Catarina. E-mail: luiseludke@gmail.com

Luiz Felipe Cembranelli Tazinaffo

Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Luiz Gustavo Teixeira Pinto

Médico. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho (UNIVALI). Professor do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – SC. E-mail: lgtpinto@hotmail.com

Luiz Roberto Agea Cutolo

Médico. Doutor em Educação (UFSC). Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de Santa Catarina.

Manoela de Mello Borges

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Mara Cristina Binz

Médica. Mestre em Saúde da Família e Gestão do Trabalho (UNIVALI). Professora do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí. E-mail: macrisbin@gmail.com

Marco Aurélio da Ros

Médico. Pós-doutor em Educação Médica na Università di Bologna. Professor do Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI.

Marcos Aurélio Maeyama

Odontólogo. Doutor em Saúde Coletiva. Professor do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí. Consultor do Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina. E-mail: marcos.aurelio@univali.br

Maria Cristina Marino Calvo

Odontóloga. Doutora em Engenharia de Produção (UFSC). Professora do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Coordenadora do Núcleo Telessaúde de Santa Catarina.

Maria Fernanda Pinto

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Maria Luiza Campos Felipe

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Mariana Vilela Veiga

Médica. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho (UNIVALI). Professora do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí. Médica na Estratégia de Saúde da Família do Município de Itajaí/SC.

Marina Gorgato de Carvalho

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Matheus da Freiria Muneratto

Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Matheus Felipe Gomes

Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Mayle Halmenschlager

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Mônica Borges Monte

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Rafaela Silva Waltrick

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Rosália Kupka Knoll

Médica. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho (UNIVALI). Coordenadora do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí. E-mail: rosalie@univali.br

Sarah Lyane Venzon

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Tamires Farina Menegat

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Thaís Titon de Souza

Nutricionista. Doutora em Saúde Coletiva (UFSC). Atua na Escola de Saúde Pública da Prefeitura Municipal de Florianópolis. E-mail: thayts@yahoo.com.br.

Willian Faustino Borges

Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

APRESENTAÇÃO

O livro “Atenção Básica: aproximando teoria e prática” foi desenvolvido a partir da percepção de professores, alunos e profissionais de saúde, sobre a necessidade de material de apoio para orientação de novas práticas de saúde, que por um lado superasse o viés hegemônico biomédico e, por outro, ultrapassasse a própria maçante “teorização” da saúde coletiva.

Os três primeiros capítulos do livro se dedicam a discutir a importância da garantia de um Sistema Público de Saúde baseado na Atenção Primária e com orientação pela integralidade, dando sentido aos demais capítulos do livro.

A partir dessa discussão inicial, os capítulos seguintes trazem algumas dimensões que respondem a esta organização do processo de trabalho almejada pela Atenção Básica, como: o uso da epidemiologia e da territorialização para o planejamento em saúde; o acolhimento como diretriz operacional para organização do processo de trabalho a partir das necessidades das pessoas; a participação social na saúde como forma e expressão da escuta qualificada; a formação de grupos terapêuticos/operativos e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde como resposta aos determinantes sociais; o Núcleo de Apoio à Saúde da Família como possibilidade de ampliação do escopo das ações na Atenção Básica à atenção integral; e, ainda, a consideração da dimensão espiritual nas práticas de saúde como extensão da integralidade.

O livro, por meio de linguagem interativa e dos recursos educacionais, mesclando conteúdos teóricos com situações e exemplos práticos, busca preencher a lacuna existente entre teoria e prática, dando significados que possibilitem a mudança das práticas na Atenção Básica para a integralidade da atenção, e propiciem a consolidação do SUS como expressão do direito humano fundamental.

Desejamos que a leitura seja proveitosa e prazerosa!

Os organizadores.

PREFÁCIO

Prof.^a Rosálie Kupka Knoll

Sabemos que o grande papel da academia sempre foi de transformar realidades. Porém, o discurso corrente, em que por um lado a academia se apresenta com modelos teóricos descontextualizados e por outro os serviços realizam suas práticas de forma acrítica, coloca-nos num grande desafio para o futuro de nossa sociedade.

Em verdade, não existe dicotomia entre teoria e prática. O fato é que a produção de conhecimento está viva em todos os encontros, sejam eles acadêmicos, profissionais ou do cotidiano.

A grande dificuldade de “teóricos” e “práticos” é de sistematizar o conhecimento, o que por vezes dificulta sua aplicação prática.

A produção deste livro traz consigo uma bagagem de muitas horas de estudo, discussões e reflexões, mas também de muitas atividades práticas realizadas e vivenciadas, o que nos permitiu teorizar a partir da prática, ou praticar a partir da teoria.

O livro é fruto de um esforço coletivo, não apenas destes autores, mas de tantos outros que os inspiraram ao longo de suas trajetórias.

O tema (Atenção Básica) discutido ao longo dos capítulos nos revela um desejo de transformação não apenas da realidade sanitária, mas também na busca por uma sociedade mais justa e democrática.

É com o olhar da solidariedade e do compromisso que convidamos a todos os profissionais da saúde a adentrar nesta leitura!

SUMÁRIO

Introdução.....	16
Capítulo 1 – Sociedade e Saúde: o SUS como direito humano fundamental.....	19
Capítulo 2 – Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica à Saúde.....	51
Capítulo 3 – Integralidade e Clínica Ampliada.....	77
Capítulo 4 – Promoção da Saúde.....	111
Capítulo 5 – O uso da Epidemiologia na Atenção Básica.....	137
Capítulo 6 – Territorialização e Planejamento Local de Saúde.....	167
Capítulo 7 – Acolhimento em Saúde.....	195
Capítulo 8 – Participação Social na Saúde.....	229
Capítulo 9 – Grupos na Atenção Básica.....	259
Capítulo 10 – Núcleos de Apoio à Saúde da Família.....	287
Capítulo 11 – Espiritualidade e Saúde.....	315

INTRODUÇÃO

Prezado leitor,

O grande objetivo deste livro é aproximar a teoria, as diretrizes e os pressupostos do Sistema Único de Saúde da prática dos profissionais que atuam no âmbito da Atenção Básica à Saúde.

Para atingir esse objetivo, os autores utilizaram ao longo dos capítulos alguns marcadores para facilitar a compreensão dos temas propostos. Veja quais são:

- **Texto em destaque:** Identifica um conteúdo de extrema importância no capítulo. Toda vez que aparecer um conteúdo destacado, você saberá que ele é fundamental para o entendimento do tema.



Saiba mais: Neste marcador você encontrará indicações de outras fontes de informação sobre o assunto do capítulo, como livros, artigos científicos, sites, vídeos e outros materiais disponíveis na internet. Se você quiser se aprofundar um pouco mais sobre o assunto, poderá acessar os materiais pelos links disponíveis no texto.



Palavra do Professor: Trata-se de dicas dos próprios autores dos capítulos, baseadas em sua experiência profissional, as quais auxiliam na síntese de conteúdos importantes do tema em questão.



Para refletir: O objetivo deste marcador é promover a reflexão sobre a realidade de trabalho na Atenção Básica, por meio de questionamentos que buscarão lhe auxiliar a focar o olhar em aspectos importantes do processo de trabalho.

Definições/conceitos: Aqui, os autores apresentam a definição de alguns termos considerados importantes para a melhor compreensão do conteúdo apresentado.

NA PRÁTICA

Na prática: Este marcador é utilizado para trazer exemplos e discussões de casos que ajudarão a pensar em como a teoria discutida no capítulo pode acontecer na prática real do trabalho na Atenção Básica.

Além disso, os capítulos estão subdivididos em **tópicos**, e cada qual apresenta sempre um **objetivo** e uma **conclusão**, para que o leitor possa acompanhar com clareza o desenvolvimento de conteúdos.

Esperamos que com essa organização você possa aproveitar ainda mais os conteúdos deste livro e que consiga visualizar, por meio da discussão de casos e da apresentação de exemplos práticos, como avançar na qualificação da Atenção Básica e na consolidação do Sistema Único de Saúde.

Desejamos a todos uma ótima leitura!

Os organizadores.

Capítulo 1

SOCIEDADE E SAÚDE: O SUS COMO DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL

Marcos Aurélio Maeyama
Leonardo Augusto Esteves Lopes de Oliveira
Marco Aurélio da Ros
Bárbara Louise Bozatski
Débora Lima da Silva
Karoline Kramer Ribas
Letícia Matos dos Santos
Maria Fernanda Pinto

Capítulo 1

Sociedade e Saúde: o SUS como direito humano fundamental

TÓPICO 1 – A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO DE SAÚDE

Objetivo: Neste tópico, vamos realizar um resgate histórico do conceito de saúde, problematizando as complicações do modelo biomédico hegemônico a partir do modelo de determinação social.

Os séculos XVII e XVIII foram palco de muitas transformações políticas e econômicas na Europa, marcadas principalmente pela disputa entre a burguesia e a nobreza. Com o crescimento do comércio, houve um aumento da população urbana, porém isso aconteceu de maneira desordenada e sem a mínima infraestrutura sanitária, o que gerou uma série de epidemias.

Com o Iluminismo, a explicação da doença como castigo divino passa a ser questionada, e o adoecer passa a ser entendido como uma consequência de condições multifatoriais, relacionadas ao acúmulo de cadáveres na cidade, à qualidade da água e do ar, ao destino dos dejetos e à higiene (FOUCAULT, 1993). Aparece aqui a noção de “meio”, na qual as más condições dos locais onde viviam as pessoas eram causadoras das doenças e das epidemias (*modo de ver*) e a atuação médica era baseada na melhoria das condições ambientais (*soluções*) (FOUCAULT, 1993).



Palavra do Professor: Podemos notar que a explicação sobre a ocorrência de doenças tinha uma forte relação com o contexto histórico e social. No período de grande dominação da Igreja, o aparecimento das doenças era explicado como um castigo de Deus pelos pecados humanos. Já com o surgimento do Iluminismo, que tinha como dogma a racionalidade, a observação empírica passa a prevalecer para explicação dos fenômenos, num contexto de aparecimento de grandes epidemias e interesse no comércio.

No final do século XVIII, em meio à industrialização, o contexto era de crescente urbanização, e em função da escassa oferta, as moradias eram oferecidas sem as mínimas condições sanitárias (ROSEN, 1994). As condições de trabalho eram muito ruins, com jornadas excessivas de até dezesseis horas, em ambientes insalubres e perigosos (BARBEIRO, 1977).

A mortalidade nas cidades industriais da Inglaterra chega a dobrar nesse período e leva pensadores da época a elaborarem novas teorias explicativas sobre o processo saúde-doença. A explicação do processo saúde-doença passa a ser relacionada com as condições de trabalho e de vida das populações (GUTIERREZ, 2001).

A doença e a saúde são expressões das relações mutáveis entre vários componentes do corpo, e sua interação com o ambiente externo é mediada e modificada pela atividade social e pelo ambiente cultural que tal atividade cria (ROSEN, 1980).

Considerado por muitos como o pai da Medicina Social, Virchow, em 1847, investigando uma epidemia muito severa de tifo numa região rural da Prússia, conclui em seu relatório que as origens de má saúde estavam relacionadas com problemas sociais (*modo de ver*) e apontava soluções como aumento de oferta de empregos, melhores salários, criação de cooperativas agrícolas, lazer, descanso semanal (*soluções*) e não mencionava soluções estritamente médicas como, por exemplo, criação de clínicas e hospitais (WAITZKIN, 1980).



Palavra do Professor: *A evolução do conceito anterior que atribuía ao meio a ocorrência de doenças surge pela observação de que a distribuição das doenças recaía mais intensamente sobre a população mais pobre, não mais apenas sobre o meio, mas as condições sociais que determinavam a exposição às doenças.*

No final do século XIX, quando Pasteur desenvolve a “teoria do germe” como causa biológica das enfermidades infecciosas (*modo de ver*), as teorias anteriores que explicam o processo saúde-doença passam a ser refutadas, e a unicausalidade biológica torna-se a explicação para o aparecimento de doenças (BARROS, 2012).

Corroborando esse pensamento, a descoberta do agente etiológico da tuberculose por Robert Kock e sua formulação de postulados que tipificam o rigor do raciocínio mecanicista e sua insistência na correlação causa-efeito (BARROS, 2012) reforçaram o pensamento unicausal.

Desta forma, os laboratórios e os microscópios tornaram-se fortes armas médicas, com grande desenvolvimento da genética, parasitologia, raios-X, fortalecendo ainda mais esse *modo de ver e entender* doenças, e a partir desses pressupostos ocorre o desenvolvimento da infectologia, vacinação, assepsia e cirurgia (PINTO, 1986), inaugurando a era da chamada “medicina científica”.

Com a “medicina científica” desenvolve-se o “Complexo Médico-Industrial”, ocorrendo um “endeusamento” da tecnologia médica diagnóstica e terapêutica, dando um poder aos procedimentos, aos instrumentos, às técnicas e às pílulas (*soluções*) maior do que eles podiam ter (CUTOLO, 2001).

Não por acaso, esse período de descobertas na área da saúde coincide com a expansão do capitalismo, que objetiva transformar tudo em mercadoria e produzir lucros.



Palavra do Professor: *Mais uma vez podemos notar a influência do contexto histórico e social da época, em que o interesse da classe dominante prevalece para a explicação dos fenômenos. Não se trata de negar o novo conhecimento sobre as bactérias, mas de desconsiderar todo o conhecimento sobre o ambiente e a organização social na ocorrência das doenças.*

Essa concepção de saúde biologicista, aliada à lógica capitalista, negava a medicina como ciência da sociedade e isso implicava a desoneração do Estado frente ao redirecionamento social, responsabilizando os indivíduos pela cura de suas doenças, abrindo espaço para o desenvolvimento de equipamentos e medicamentos, muito mais compatíveis com a ideologia do capital (KOIFMAN, 2001). Neste contexto, inicia-se o desenvolvimento capitalista do complexo médico-industrial, alheio a todos os malefícios decorrentes da mercantilização da saúde, especialmente no que se refere ao acesso não equânime e não universal, inclusive dos serviços médico-assistenciais mais essenciais, desconsiderando as grandes diferenças sociais e a cruel má distribuição de renda (BARROS, 2012).

Além do forte interesse das grandes indústrias, há evidente movimento corporativo por meio da Associação Médica Americana, cujo objetivo era tornar hegemônica a “medicina científica”, opondo-se à ameaça de outras racionalidades médicas (MENDES, 1985).

Um estudo publicado em 1910 pelo americano Abraham Flexner, conhecido como o “Relatório Flexner”, foi o marco mais importante para a reforma da formação médica no mundo inteiro. Neste relatório, a partir de visitas às escolas médicas dos Estados Unidos e do Canadá, Flexner propõe um modelo de reformulação do ensino médico, já que considerava inadequada a qualidade de grande parte das escolas norte-americanas (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

O modelo proposto por Flexner para as escolas médicas recomendava um currículo desenvolvido em ambiente laboratorial e hospitalar; e estudo centrado na doença de forma individual e concreta, sendo esta considerada como processo natural, biológico. Não constam temas relativos à Saúde Pública, à Medicina Preventiva, à Medicina Social, à Saúde Comunitária; tampouco podemos observar áreas de tangência com a Medicina, como Psicologia, Sociologia e Antropologia (CUTOLO, 2001).



- Se a formação em saúde não prevê determinados conteúdos e direciona para outros, qual será a prática desse profissional?

Atribui-se ao Modelo Flexneriano a ênfase nas especializações precoces, fragmentando o conhecimento e dificultando a visão holística do paciente (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

A publicação do Relatório Flexner veio para legitimar e validar a “medicina científica”. Porém, ela não veio de forma aleatória. A Fundação Carnegie, instituição provedora do estudo, e com interesses comerciais no setor, investiu cerca de US\$ 300 milhões, no período de 1910 a 1930, para propagar suas ideias (CUTOLO, 2001).

A publicação do relatório marca a convergência de interesses e a ligação entre o grande capital, a corporação médica e as universidades, com a institucionalização da “medicina científica” (MENDES, 1985).

A medicina científica, reafirmada por Flexner, firma-se numa lógica hospitalocêntrica e tecnológica, estimulando o consumo de serviços médicos, respondendo dessa forma à necessidade de afirmação do capitalismo como modo de produção e organização social, dando origem a um estilo de pensamento que vai nortear por muitos anos a formação e a prática profissional em saúde (CONNIL, 2008).

Essa união de interesses culminou no desenvolvimento de um modelo de atenção à saúde que veio a se tornar hegemônico no mundo, e ficou conhecido como Modelo Biomédico. Ademais, o uso cada vez mais intensivo de tecnologia levou o conhecimento, o ensino e a prática médica a níveis crescentemente especializados (PIRES-ALVES; PAIVA; FALLEIROS, 2010).

O Modelo Biomédico tem se caracterizado pela explicação unicausal da doença, pelo biologicismo, fragmentação, mecanicismo, nosocentrismo, recuperação e reabilitação, tecnicismo e especialização (CUTOLO, 2006).

Embora o Modelo Biomédico permita uma abordagem direta sobre o doente, sua explicação unicausal torna-se bastante reducionista. As ações de recuperação e a reabilitação da doença são priorizadas em detrimento das ações de promoção e prevenção. É a doença e sua cura, o diagnóstico individual e o tratamento do processo fisiopatológico que ganham espaço (CUTOLO, 2006).

A concepção mecanicista do organismo humano faz com que a doença seja reduzida a uma avaria mecânica e a abordagem médica se restrinja à manipulação técnica. Desta forma, a ciência médica se desenvolveu buscando métodos altamente sofisticados para remoção ou conserto das diversas partes do corpo potencialmente danificadas (KOIFMAN, 2001).

O lócus da assistência médica passa a girar em torno do hospital, que concentrava e organizava as capacidades profissionais, operacionais e tecnológicas disponíveis para a atenção curativa, o que por um lado tornava o cuidado cada vez mais especializado, ao mesmo tempo em que os gastos progressivamente aumentavam, integrados à organização do ensino e da própria produção de conhecimento em saúde (PIRES-ALVES; PAIVA; FALLEIROS, 2010).

A especialização é justificada pela necessidade de melhor conhecimento das partes, levando a fragmentação da atenção, fazendo com que o profissional de saúde se aliene de seu próprio objeto de trabalho (as pessoas), ainda que tenha participado pontualmente da assistência. Os profissionais distanciam-se do produto final da sua atividade laboral, sem compromisso com o resultado sanitário (CAMPOS, 2003).

Como consequência ainda desta estruturação do modelo biomédico, a supervalorização da tecnologia aproximou o paciente das máquinas e o afastou dos médicos, fazendo com que a anamnese e o exame físico fossem gradativamente substituídos pelos procedimentos (CUTOLO, 2001). A troca da globalidade pela especialização atenuou a compreensão holística do ser humano (MENDES, 1996), desbancando o antigo clínico geral (BARROS, 2012).

A lógica de mercado do modelo biomédico, que pretendia induzir o consumo crescente de bens e serviços, sob a égide da ampliação de lucros, foi o próprio responsável para a ampliação de gastos sem controle por parte dos Estados (BARROS, 2012), o que o tornou inviável para a esfera pública e se mostrou também inadequado para o setor privado. Além do que o contraste entre a grande quantidade de tecnologia disponível para diagnóstico e o tratamento com a escassez de recursos para o custeio são pontos marcantes de descrédito deste modelo (SANTANA; CAMPOS; SENA, 1999).



Palavra do Professor: *Com essa corrente de compra e venda de “saúde” aliada à “tecnologia” transformando-a em mercadoria (de alto valor), o pagamento direto (particular) passou a se tornar inacessível para as pessoas, com isso começam a ganhar força os planos de saúde que, da mesma forma, com o crescente uso de tecnologia (muitas vezes desnecessária) e consequente aumento de gastos, também começam a ter dificuldades, demonstrando a inviabilidade desta lógica de pensamento.*

Além do mais, não existe correlação direta entre o aumento dos gastos na medicina assistencial individual e a melhoria do padrão sanitário das populações (FEUERWERKER, 1998).

No que diz respeito à atenção propriamente dita, a racionalidade anátomo-clínica, com distinção entre o normal e o patológico, interessada na classificação de doenças, revelou-se insuficiente, pois desconsiderava aspectos importantes do adoecimento do indivíduo (CANGUILHEM, 1990), sobretudo os componentes psicológicos ou subjetivos que acompanham, em grau maior ou menor, qualquer doença (BARROS, 2012).

E, ainda, quando colocada diante dos enfrentamentos sociais, a lógica biomédica se mostrou incapaz de intervir com a responsabilidade social que a área da saúde demanda, e tampouco foi capaz, no plano coletivo, de ser modificadora de indicadores sociais (CUTOLO, 2006).

SAIBA MAIS

Para conhecer um pouco mais sobre o Relatório Flexner e o Modelo Biomédico, leia o artigo produzido por Pagliosa e da Ros (2008).

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf>

Em resposta a essas inconsistências do modelo biomédico, a partir da década de 1940, alguns movimentos, como o da medicina integral, medicina preventiva, medicina comunitária, começam a surgir como alternativa, introduzindo, sob formas distintas, elementos da vida social no processo de saúde e adoecimento (PIRES-ALVES; PAIVA; FALLEIROS, 2010).

Conceito: Esse entendimento do processo saúde-doença tem suas raízes nas ideias de Vichow, e posteriormente ficou conhecido como determinação social. A premissa da determinação social parte do princípio de que a forma como a sociedade se organiza política e economicamente interfere no processo de saúde-doença. Diz respeito à crítica ao modelo capitalista neoliberal como causador das desigualdades sociais e consequente adoecimento pela privação de bens essenciais como saúde, educação, trabalho, renda, alimentação, moradia, entre outros (determinantes sociais) (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009).



- Mas afinal, determinação social ou determinantes sociais?

A discussão sobre determinantes e determinação social é bastante interessante, pois é possível realizar uma abordagem apenas sobre os determinantes sociais, sem questionamento sobre a determinação social, ou seja, melhorar as condições de vida sem questionar o modelo político e econômico (capitalismo), causador das desigualdades sociais.



Palavra do Professor: Porém, estamos partindo do pressuposto de que a imagem-objetivo da mudança político-social (determinação social) só é possível por meio do processo consciente desenvolvido por meio de experiências práticas da transformação das condições de vida (determinantes sociais) de forma universalizante. Esta vivência de processos solidários é que pode de fato servir de base para um grande processo de transformação social.

SAIBA MAIS

Quer saber mais sobre a diferença entre determinação social e determinantes sociais? Leia uma edição especial produzido pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde sobre o assunto.

Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2011/01/Determinacao.pdf>

Atualmente já temos inúmeras evidências, demonstrando a relação entre o adoecimento com as condições de vida das pessoas. Vejamos alguns estudos:

A taxa de mortalidade infantil é medida pela razão entre o número de mortes de crianças até 1 ano de idade e o número de nascidos vivos em determinado ano e local. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), a **mortalidade infantil** no Brasil em 2015 foi de 13,8 mortes por mil nascidos vivos, sendo 9,7 na região Sul, 10,7 na região Sudeste, 14,8 na região Centro-Oeste, 17,5 na região Nordeste e 18,1 na região Norte. Essa distribuição desigual da mortalidade infantil no Brasil não pode ser explicada simplesmente pela questão geográfica. Se fizermos uma triangulação de dados, certamente perceberemos que os indicadores sociais, como renda per capita, índice de desenvolvimento humano, distribuição de renda, nível de escolaridade e o próprio acesso à saúde, entre outros, apresentarão também uma grande desproporcionalidade com desvantagem principalmente das regiões Norte e Nordeste do Brasil. Esse conjunto de **indicadores sociais explica a desigualdade** na mortalidade infantil no Brasil.

O uso do cigarro é reconhecidamente considerado fator de risco na gestação, podendo ocasionar o **nascimento de crianças com baixo peso**. Um estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto por Silva et al. (1992) demonstrou que mães fumantes da classe burguesa tinham o dobro de chance de ter uma criança com baixo peso ao nascer quando comparadas com mães da mesma classe que não fumavam (demonstrando a relação do uso do cigarro com baixo peso ao nascer). Porém estas mesmas mães fumantes da classe burguesa, quando comparadas com mães não fumantes do proletariado, apresentavam um risco menor de ter uma criança com baixo peso (demonstrando que as condições de vida interferem mais no baixo peso ao nascer do que o próprio uso do cigarro). Não se trata de negar a importância do componente biológico no baixo peso ao nascer, mas também de reconhecer a **determinação social** neste processo.

A relação unicausal (biológica) é tão marcante na formação, que se imaginarmos a ocorrência de pneumonia, invariavelmente iremos remetê-la como consequência de uma infecção bacteriana. De fato, esse raciocínio não está de todo incorreto. Porém, um estudo longitudinal realizado por César et al. (1997) sobre **hospitalização por pneumonia** em crianças no sul do Brasil demonstrou que as internações ocorriam mais em crianças que pertenciam à baixa classe social, cujos pais apresentavam baixa escolaridade, ou filhos de mães adolescentes ou famílias com mais de três filhos. O estudo demonstrou ainda que estas crianças (de baixa classe social), quando

internavam, demoravam mais para se recuperar e ter alta, e ainda apresentavam maior mortalidade, quando comparadas com crianças de melhor condição geral de vida. Obviamente existe um componente biológico relacionado com a doença, mas as **condições sociais determinam** o quadro de exposição, morbidade e mortalidade.

O modelo biomédico, além de focar apenas a doença, sempre se valeu de orientações prescritivas e normativas de comportamento. A prevenção de agravos sempre se valeu da disseminação de informações para instituição de comportamentos saudáveis ou desejáveis. Nessa linha de pensamento, quando o assunto era **gravidez na adolescência**, a prevenção do problema em geral se baseava em palestras sobre o uso de métodos contraceptivos e distribuição de preservativos ou medicamentos. A informação normativa como prevenção.

Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos revelou que a gravidez na adolescência estava relacionada com a falta de motivação na escola, baixo poder aquisitivo, infância infeliz e baixa expectativa de futuro e, ainda, que a gravidez não ocorrera por falta de conhecimento de métodos preventivos (HARDEN et al., 2009). É fácil entendermos porque os profissionais de saúde têm tamanha dificuldade em lidar com o problema. Informação apenas não basta, ainda que ela seja importante. O conhecimento e o uso de métodos contraceptivos se baseiam apenas em barreiras físicas e biológicas para evitar o problema, e descaracterizam o **contexto social que favorece** verdadeiramente a gestação precoce.

Outro estudo que demonstra que apenas a orientação normativa para hábitos saudáveis não responde integralmente ao sucesso nas práticas sanitárias foi realizado por Claro (2007) a respeito do **padrão de consumo alimentar**. Invariavelmente profissionais de saúde “orientam” seus pacientes para uma alimentação saudável e esperam que estes assumam estilos de vida compatíveis com a melhor saúde. Fato é que o estudo demonstrou que o consumo de frutas, verduras e legumes tinha um acréscimo na medida em que as famílias aumentavam sua renda, ou quando estes alimentos tinham um decréscimo no preço. **Estilo de vida ou condições para ter um estilo de vida saudável?**

A questão do **alcoolismo** também nos faz refletir sobre o que de fato envolve os problemas. As teorias sobre dependência química, psicológica, entre outras, sempre se basearam na compreensão biológica do problema. Um estudo que aborda o alcoolismo traz importantes reflexões sobre esse contexto. O estudo aponta uma relação importante do alcoolismo com desemprego e tabagismo. Os autores trazem ainda outros estudos discutindo o desemprego como causa do alcoolismo, porém de forma inversa também apontam que o alcoolismo pode levar ao desemprego. Ainda nesta linha de discussão apontam outros estudos que demonstram que o stress com o trabalho também pode levar ao uso abusivo de álcool (VARGAS; BITTENCOURT; BARROSO, 2014).

Essa variedade de situações nos leva apenas a concluir o quão complexo é o processo saúde-doença, não podendo ser reduzido a teorias reducionistas.

E por aí vai....



Palavra do Professor: Os vários estudos trazidos anteriormente expressam como as iniquidades sociais presentes em nossa sociedade causam as iniquidades em saúde, demonstrando que a melhoria dos indicadores de saúde só é possível com justiça social, pois não se trata simplesmente de escolhas individuais, mas sim de oportunidades.

Ainda que pensar no “social” cause certa estranheza e incerteza de como realizar a abordagem, é importante termos clareza que os problemas têm uma dimensão macro e micros social. Na dimensão macros social, cabe ao setor saúde demonstrar a relação existente entre as iniquidades de saúde ocasionadas pelas iniquidades sociais, e desta forma subsidiar a construção de políticas públicas que possibilitem as mesmas oportunidades a todo cidadão. No nível micros social, os profissionais de saúde podem, por meio de projetos comunitários, facilitar o acesso a alguns determinantes sociais por meio de articulações interinstitucionais e intersetoriais.

SAIBA MAIS

Leia o capítulo 4 que discute a promoção da saúde como resposta à determinação social. Leia também o Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, o qual traz diversos estudos sobre “As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil”.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf



Palavra do Professor: Importante ficar claro que não se trata de abandonar todo conhecimento biomédico ou científico. O conhecimento clínico, os medicamentos, os equipamentos, os exames e as vacinas são fundamentais, mas eles devem ser utilizados como recursos que auxiliam no entendimento do problema e nas soluções. Não podem ser colocados como verdade única e absoluta.

CONCLUSÃO

Mais do que nunca é necessário retomar o entendimento de que as pessoas adoecem e morrem em função da forma como a sociedade se organiza. O stress, a depressão, a ansiedade, a obesidade, a degradação das relações familiares, as doenças crônicas, as doenças de pele, os cânceres, muito têm da forma como as sociedades modernas têm se organizado.

Muitas vezes, nossos “estilos de vida” são imposições de uma sociedade que pensa e respira consumo. A compreensão disso implica a retomada da luta pela transformação da sociedade, por direitos sociais, por uma sociedade solidária, por emancipação e por equidade.

TÓPICO 2 - AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Objetivo: Neste tópico vamos fazer um resgate histórico da saúde pública no Brasil, para chegarmos até a criação do SUS, que carrega consigo o ideário de uma saúde pública universal, integral e equânime, partindo do conceito de determinação social.

A história da saúde do Brasil pode ser contada a partir do seu descobrimento. Mas vamos iniciar nosso resgate histórico a partir da criação da República no Brasil.

A república trouxe novos ares e esperanças de avanço na saúde. Com o fim da escravidão, o Brasil passou a depender da mão de obra dos imigrantes para o trabalho nas lavouras de café e nas fábricas. Mas a fama de um país insalubre afugentava os novos trabalhadores imigrantes. O período de 1900 a 1920 foi marcado por reformas urbanas e sanitárias principalmente nas grandes cidades, e áreas portuárias especificamente no Rio de Janeiro, capital da República. Apesar disso, o Brasil seguiu refém dos problemas sanitários e das epidemias. Muitas das mudanças propostas eram contrárias aos interesses políticos e econômicos daquele tempo, no entanto o crescimento do país dependia de uma população saudável e com capacidade produtiva (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Nesse tempo surge a figura dos sanitaristas, que comandavam nesse período as campanhas de saúde. Um dos destaques foi o médico Oswaldo Cruz, que enfrentou até uma revolta popular ao convencer o Estado sobre a vacinação obrigatória contra a varíola.

As campanhas sanitárias chegaram até os Sertões do país, divulgando a importância do cuidado com a saúde no meio rural. Mas os pobres continuavam em moradias precárias e as doenças consequentemente fazendo vítimas. Só a gripe espanhola causou a morte de mais de 300.000 brasileiros (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Nos anos 1920 surgiram as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP) a partir da publicação da Lei Eloy Chaves (1923). Foram criadas pelos trabalhadores (ferroviários, portuários e marítimos) para garantir proteção na velhice e na doença. Com a pressão popular, o presidente da época, Getúlio Vargas, decidiu ampliar também o atendimento para as outras categorias profissionais e cria os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), instituindo também um ministério para cuidar dos negócios da saúde e da educação na mesma época. O período Getulista promoveu reformulações no sistema, mas ainda marcado pelo tratamento das epidemias e das endemias, e com desvios de verbas da saúde para outras finalidades (NICZ, 1988).

Boa parte dos recursos dos institutos era utilizada para promover a industrialização do país em detrimento do investimento social em saúde. E mais uma vez o atendimento não chegava a todos, não se universalizava e o Brasil continuava doente.

A Constituição de **1934** proporcionou aos trabalhadores novos direitos, como assistência médica e a licença à gestação. Em **1943** veio a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que além dos benefícios à saúde, criou o salário mínimo e outras garantias trabalhistas (POSSAS, 1981).

Em **1953** foi criado o Ministério da Saúde, que se ocupava principalmente das políticas de atendimento nas zonas rurais, enquanto que nas cidades continuava a lógica de atendimento à saúde apenas para trabalhadores com carteira assinada (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Em **1956** entramos na era JK. Juscelino Kubitschek de Oliveira, apesar de médico, pouco fez pela saúde brasileira e acabou priorizando o investimento do dinheiro acumulado da assistência social para o desenvolvimento de estradas, a industrialização do país e a construção de Brasília.

De **1961 a 1964**, no governo João Goulart, a população brasileira chegou a respirar ares de uma possível mudança nos tempos relacionada à assistência à saúde. Em seu discurso na terceira Conferência Nacional de Saúde, o governo João Goulart estava propondo reformas na estrutura econômica social do Brasil, considerando como aspecto fundamental para o alcance dos mais elevados níveis de saúde a etapa do desenvolvimento da sociedade brasileira. Mas os avanços ficaram restritos apenas ao discurso (FURTADO, 2011).

Com o Golpe de 64, instala-se no Brasil a ditadura militar que vai de **1964 a 1985**. Nesse período o foco continuou sendo o investimento em segurança e desenvolvimento com o privilegiamento ao capital estrangeiro. Mais uma vez a saúde sofreu com a redução das verbas e doenças como dengue, meningite e malária, se intensificaram e diante das epidemias e com aumento da mortalidade infantil, o governo teve que pensar em soluções para a crise na saúde brasileira (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Em **1966** o governo cria o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com a função de unificar todos os órgãos previdenciários que vinham funcionando desde 1930, e também melhorar a assistência médica. Mesmo no auge do milagre econômico brasileiro, que marca esse período, as verbas para saúde representavam apenas 1% do orçamento geral da União (BERTOLOZZI, 1996).

A piora dos serviços públicos deu grande força para o crescimento dos grupos privados e os brasileiros entram na roda viva dos planos de saúde. Saúde neste período passa, literalmente, a ser sinônimo de mercadoria. É um período em que há um grande aporte de dinheiro público na construção de complexo médico hospitalar, cujo governo emprestava dinheiro a fundo perdido para iniciativa privada construir hospitais e comprar equipamentos.

Em **1974** é criado o Plano de Pronta Ação (PPA) para ampliação do atendimento de emergência/urgência a toda a população nas clínicas e nos hospitais da previdência. E em **1977** – o tiro de misericórdia do governo militar – há a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), fortalecendo definitivamente a relação do Estado com o segmento privado, privatizando as ações curativas, pagando por quantidade de atos médicos; e o pior: uma quase inexistência de controle ou regulação.

Um “cheque em branco” público na mão do setor privado. Nessa época fica fácil desenhar dois modelos comparativos de atenção à saúde no Brasil, um desenvolvido na perspectiva da previdência e assistência médica individual para os contribuintes e o outro no âmbito do Ministério da Saúde, com ações coletivas de saneamento e prevenção no combate de grandes epidemias (FINKELMAN, 2002).

Quadro 1. Comparação entre os Modelos de Atenção no Brasil durante o Regime Militar.

MODELO MÉDICO ASSISTENCIAL PRIVATISTA	MODELO SANITARISTA
<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento ao doente em demanda espontânea, assistência ambulatorial e hospitalar; • Rede contratada e conveniada ao INAMPS; • Atenção comprometida pela efetividade, equidade, e necessidades de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Voltado para problemas de saúde selecionados; • Atendimento à necessidades específicas de grupos; • Ação de caráter coletivo; • Campanhas sanitárias, programas especiais, ações de Vigilância Epidemiológica e Sanitária; • Limitações na atenção integral e de qualidade, ineficiente e sem equidade.

Durante este período da década de **1970**, o Ministério da Saúde limitou-se a um papel secundário, embora, em seu interior, um grupo novo de técnicos combateu os interesses do setor privado encastelado na previdência social, bem como procurou resgatar o papel condutor da política de saúde pelo Ministério da Saúde.

Enfrentando oposição interna, esse grupo adotou uma proposta de atuação cujo corpo doutrinário era o da Medicina Comunitária e de extensão de cobertura difundido pelos organismos internacionais – programas fundamentados nos conceitos de regionalização, hierarquização, integração dos serviços, cuidados primários a cargo de auxiliares de saúde e participação comunitária. Para ocupar o papel de coordenador da política de saúde, o Ministério da Saúde ocupou espaços de ‘conflito não-conflagrado’ como o das Conferências Nacionais de Saúde (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Ainda na década de 1970, como uma das formas de luta contra a ditadura militar que protegia os interesses do capital, articulam-se movimentos do setor saúde para colocar as especificidades setoriais da saúde dentro da luta de toda a sociedade.

Envolviam desde o movimento popular de saúde, em confronto direto com a indústria de medicamentos, preconizando métodos terapêuticos com outra racionalidade (fitoterapia, acupuntura, etc.); passando pela organização dos estudantes, em especial os de Medicina com os encontros científicos dos estudantes de Medicina (ECEMs); alguns sindicatos ou organizações corporativas profissionais; os trabalhadores do Ministério

da Saúde defendendo mais verbas para prevenção; os trabalhadores da previdência (INAMPS) reivindicando que dinheiro público fosse aplicado em atenção pública; o nascente movimento de Medicina Comunitária, que sintetizava prática clínica de qualidade, comunitária, com a Saúde Coletiva; e os intelectuais da área da saúde, nos departamentos universitários ou especialmente, no Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

Esse conjunto de movimentos sociais é que compôs o chamado Movimento Sanitário e compartilhava o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, buscava a transformação do setor saúde no Brasil em prol da melhoria das condições de vida e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania (SCOREL; TEIXEIRA, 2008), além do pano de fundo na busca pelo fim da ditadura e desenvolvimento da democracia.

Neste processo, muitos profissionais foram presos, perderam seus empregos, tiveram que fugir do Brasil por denunciarem com seu cotidiano de trabalho como a ditadura estava deteriorando as condições de saúde da população brasileira para privilegiar o complexo médico industrial.

Nos anos de 1979 a 1984, tivemos uma intensificação da abertura política e início do fim do regime militar com uma visível crise da previdência social. Segundo Escorel e Teixeira (2008), no primeiro ano do general Figueiredo como presidente da República, foi decretada a anistia política e a reforma partidária extinguindo o bipartidarismo. Seu governo foi marcado por crises e questionamentos da legitimidade do regime militar, provocando uma série de protestos e reivindicações populares, num contexto de desemprego, arrocho salarial, luta pela democracia com reação da extrema-direita pela manutenção da ditadura e dos privilégios, e ainda denúncias de corrupção e crimes do colarinho branco.

Aliada isso, a organização dos serviços de saúde pública no Brasil, marcada pelo modelo biomédico, se mostrava incapaz de solucionar problemas de saúde coletiva, como as epidemias; apresentava altos custos na atenção médico-hospitalar; e com a diminuição do crescimento econômico e consequente redução da arrecadação previdenciária, apresentava comprometimento no financiamento da assistência; e ainda se mostrava incapaz de atender a população sem carteira assinada (POLIGNANO, 2005).

Diante desse quadro de crise na saúde, e ainda com resistências do modelo hegemônico médico assistencial privatista, guiada pelo sistema capitalista, o movimento sanitário brasileiro, em agosto de 1982, consegue a aprovação do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, dentre os quais se destaca o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), com o qual se inicia o processo de universalização da assistência médica, com financiamento pelo INAMPS, que passa a pagar as prefeituras por atendimento realizado extensivo a toda a população, independentemente da existência de vínculo previdenciário (FINKELMAN, 2002; SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Mas foi somente em 86, com a persistente luta do movimento da reforma sanitária e exaustão do governo militar que, na Oitava Conferência Nacional de Saúde, conseguiu se cunhar que saúde era determinada pelas condições de emprego, lazer, educação, posse da terra, saneamento, serviços de saúde, habitação, transporte, segurança, ou em última análise, pela forma como se organizam os modos de produção e dentro dela a organização social (COHN, 1989).

O movimento estava tão fortemente enraizado nas lutas populares de então que, apesar da pressão do complexo médico industrial sobre os constituintes, conseguiu inserir uma emenda popular na Constituição Brasileira de 1988 que em seu Artigo 196 afirma:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido 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. (BRASIL, 1988, p. 41).



Palavra do Professor: A Constituição ordena, assim, a reorganização do sistema de saúde, partindo do pressuposto de uma visão ampliada da saúde que incorpora determinantes econômicos, sociais, culturais e bioecológicos da saúde. Portanto, prevê uma abordagem integral do processo saúde-doença e não se resume à prestação de serviços assistenciais. Assim, cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa abrangência ampliada da saúde é expressa pela Lei nº 8.080/1990, que afirma que:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 1990, p.1).

Nesse sentido, amplia-se também a necessidade de avanço em políticas sociais mais abrangentes em outros setores, não apenas da saúde.

O modelo de organização do SUS escolhido pelo Ministério da Saúde (MS) foi o da Atenção Primária à Saúde (APS) voltada para a comunidade, a Atenção Básica à Saúde (ABS). A ABS está relacionada com a visão do processo saúde-doença entendido como determinado socialmente, influenciado por fatores ambientais e por desencadeadores etiológicos, cuja exposição está intimamente relacionada com a organização social (CUTOLO, 2006).

CONCLUSÃO

A construção de um SUS público, universal, equânime, com atenção integral e controle social é conquista da luta do povo organizado. Sua proteção nos exige que continuemos na luta, que honremos essa história e que nos atualizemos nas nossas pautas, sem abrir mão da imagem objetivo de transformação da sociedade.

TÓPICO 3 - SISTEMA PÚBLICO OU PRIVADO?

Objetivo: Neste tópico apresentaremos algumas evidências sobre a importância de garantirmos um sistema público universal, como direito humano fundamental e direito de cidadania.

O setor privado na área da saúde

Para termos uma ideia da dimensão do setor privado na área da saúde no Brasil, ele corresponde a 53% do total de gastos em saúde no país, com equivalente de R\$ 95 bilhões de faturamento (CEBES, 2014).

O setor privado em nosso país é tão grande, que o Brasil ocupava a segunda colocação dos maiores mercados de plano de saúde no mundo em 2014 (STEVANIM, 2015).

O imaginário da população é de um setor privado que visa ao cuidado hospitalar, a atenção diferenciada, o uso de tecnologias sofisticadas e até de qualidade de vida, fruto de investimentos volumosos em estratégias de *marketing* (BRASIL, 2014).

Aliado a isso, a grande mídia constantemente veicula manchetes do sistema público com grandes filas nos hospitais, superfaturamento em compra de medicamentos, falta de estrutura adequada e de pessoal (o que não deixa de ser verdadeiro em muitos casos). Mas, por outro lado, a diminuição da mortalidade infantil, o aumento de cobertura da Estratégia Saúde da Família, o fornecimento gratuito de medicamentos, a quantidade de procedimentos realizados, raramente viram notícia, quando muito uma pequena nota que passa despercebida aos olhos da população.

Com esse cenário de direcionamento de informações, cria-se a ideia ilusória de que o privado é seguro e de qualidade e que o público é temerário e de má qualidade (BRASIL, 2014).

NA PRÁTICA

Diversas irregularidades têm sido relatadas por usuários dos planos de saúde, como descumprimento do prazo máximo para marcação de consultas, presença de cláusulas abusivas quanto à exclusão de coberturas, não autorização de procedimentos médicos e laboratoriais e ainda aumentos abusivos no valor das mensalidades (FARIAS, 2016).

Segundo o PROCON de São Paulo, os planos de saúde lideraram as reclamações na última década, sendo que 88% são favoráveis aos consumidores, o que demonstra o descumprimento contratual por parte das operadoras (FARIAS, 2016).



- Mas qual é o interesse do setor privado na área da saúde?

A Pzifer, maior indústria farmacêutica do mundo, liderou um processo de negociação que ampliou o tempo de patente de produtos para vinte anos (DRAHOS; BRAITHWAITE, 2003 apud BAGCHI, 2014). A justificativa para a ampliação foi a alegação de altos investimentos em pesquisa e desenvolvimento dos produtos, porém relatórios das maiores empresas do setor demonstram que os investimentos nunca ultrapassaram 14% de seus gastos (ANGEL, 2004 apud BAGCHI, 2014).



Palavra do Professor: *A patente de produtos farmacêuticos faz com que o medicamento se torne inacessível para muitas pessoas devido ao alto custo neste período.*

Estas evidências demonstradas anteriormente ratificam que o que move o setor privado na saúde não é a preocupação com o cuidado, mas sim pelas razões de mercado, e que sua existência e sobrevivência são sustentadas pelo lucro como em qualquer outro negócio, e não por ideologias sociais (BRASIL, 2014).

Além de todo *lobby* comercial realizado pelo setor privado, outras manobras políticas favorecem o fortalecimento do setor privado em detrimento do que deveria ser público.

A Constituição prevê a participação do setor privado no SUS em caráter de complementariedade, ou seja, em ações e serviços em que o SUS não tivesse condições de ofertar, especialmente no período de desenvolvimento do sistema público.

NA PRÁTICA

Na realidade tem ocorrido o oposto. O SUS acaba servindo de retaguarda para o setor privado, especialmente em procedimentos de alto custo, fornecimento de medicamentos e serviços de urgência e emergência (BRASIL, 2014).

Ainda que a universalidade garanta o direito a todos os cidadãos, a Lei n. 9656/1998 prevê o direito de ressarcimento do SUS em cobrança aos planos de saúde, após a prestação do serviço.

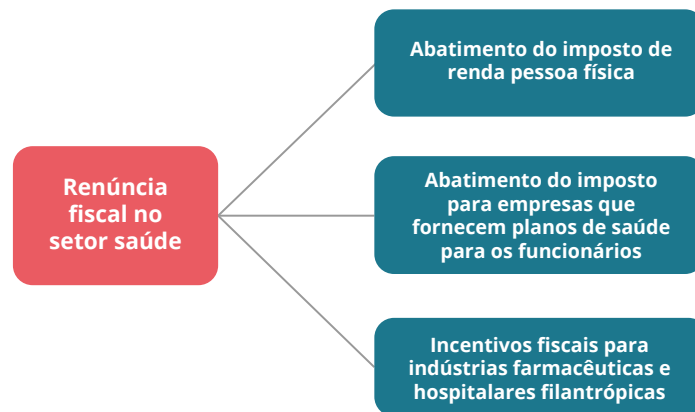
NA PRÁTICA

Desde a criação da referida lei, o ressarcimento não tem ocorrido e, ao mesmo tempo em que beneficia os planos privados, também prejudica o setor público, que deixa de arrecadar o que lhe é devido (PASSOS; KRUGER, 2013).

Somado a isso, o financiamento do setor público ainda é prejudicado pelos crescentes subsídios e renúncias fiscais concedidos a empresas e pessoas físicas, que ao abrir mão da arrecadação, o próprio Estado tira do público em favor do privado (BRASIL, 2014).

Vejamos as principais formas de renúncia fiscal no setor saúde.

Figura 1. Formas de renúncia fiscal no setor saúde.



Fonte: Elaborado pelos autores a partir de Ocké-Reis e Gama (2016) e CEBES (2015).

NA PRÁTICA

A renúncia fiscal é como se o Estado estivesse pagando parte de um plano de saúde para pessoas físicas ou empresas, ou mesmo concedendo subsídios ou contrapartidas para a indústria farmacêutica e hospitais filantrópicos.

Para termos uma ideia do montante que representa a renúncia fiscal, se consideramos somente o setor saúde, em 2013, o Estado deixou de arrecadar aproximadamente R\$ 25 bilhões (OCKÉ-REIS; GAMA, 2016), o que equivale a todo gasto público em saúde no mesmo ano em Atenção Básica pela União. Se considerarmos todos os setores em que o governo faz concessões fiscais (em favor do privado), os valores chegaram a cerca de R\$ 250 bilhões no ano de 2014 (STEVANIM, 2015).

O lado mais perverso da renúncia fiscal é que ele beneficia grupos e pessoas com maior capacidade financeira, e ainda diminui o orçamento para o investimento em políticas sociais, com prejuízo dos mais pobres (MENDES; WEILLER, 2015).

SAIBA MAIS

Quer saber mais sobre renúncia fiscal? Acesse nota técnica do IPEA, sobre os gastos tributários em saúde do período entre 2003 a 2013.

Disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160530_nt_19_radiografia_gasto_tributario_saude_2003_2013.pdf

Outra forma de beneficiamento do privado em detrimento do público pode ser verificada em alguns entes federativos que oferecem planos privados de saúde para o funcionalismo totalmente pago com dinheiro público (CEBES, 2015). Somente a União gastou aproximadamente R\$ 1 bilhão em planos privados de saúde com seus funcionários (SCHEFER; BAHIA, 2011). Isso significa mais lucro para o setor privado e menos recurso para investimento público, sem falar na mensagem subliminar de desvalorização do seu próprio sistema de saúde ofertado para a população geral.

Todas estas manobras de não ressarcimento de recursos do setor privado, renúncia fiscal, gastos diretos desnecessários com o setor privado, são sustentadas pelo poder político que, por sua vez, é influenciado e financiado pelas próprias empresas privadas por meio das campanhas eleitorais, num ciclo vicioso de interesses.

Políticas sociais ou livre mercado?

Desde o governo Fernando Henrique se iniciou no Brasil o processo de privatização das instituições públicas. A ideia ganhou adeptos, muito em função da imagem de ineficiência do público e a eficiência do privado.



- Por que o privado tem interesse na oferta de serviços com caráter eminentemente públicos?

A privatização nada mais é do que a posse individual (privada) do que anteriormente era propriedade de todos (público) (COBURN; COBURN, 2014).



Palavra do Professor: *Um gestor público, seja ele da esfera federal, estadual ou municipal, ao concordar com a privatização de um serviço, está em tese admitindo sua incompetência administrativa, pois parte do princípio que uma empresa (privada) fará a prestação do serviço de forma eficiente, e ainda com obtenção de lucro. Em outras palavras, admite que é incapaz de fazê-lo com o mesmo recurso disponível.*

Engana-se quem acredita que as ditas organizações “sociais” estejam assumindo o compromisso com a prestação de serviços para o bem coletivo. Muitas destas instituições se valem da filantropia e escondem o interesse particular de empresas, grupos ou pessoas.

Atualmente, as investidas para privatização da saúde têm ocorrido de forma intensa, com uma proliferação desordenada de modelos de terceirização e contratação de entidades privadas para a gestão e oferta de serviços públicos muitas vezes alheia às necessidades de saúde da população e do próprio SUS, sem o mínimo de regulação por parte dos governos (BRASIL, 2014).

Ainda que este **modelo neoliberal** aposte no livre mercado como estratégia de crescimento econômico, uma análise do período pós-guerra demonstrou que países que apostaram na **social democracia**, com políticas de proteção social, tiveram um crescimento econômico maior do que os de regime liberal (COBURN; COBURN, 2014).

Conceito: A **social democracia** adota o modelo da seguridade social e se baseia na premissa de que o Estado é provedor de proteção social, realizada por meio de políticas sociais amplas (como saúde, educação, trabalho, renda e outros) que garantam a segurança social das pessoas e a diminuição das desigualdades sociais (ESPING-ANDERSEN, 1991).

Conceito: O **neoliberalismo** parte de uma organização mínima do Estado, deixando para a iniciativa privada a concessão de serviços, apostando no liberalismo econômico e na meritocracia como estratégias para o crescimento econômico e distribuição de renda (COBURN; COBURN, 2014). Neste tipo de organização, as políticas ou programas governamentais têm apenas caráter compensatório para a população mais pobre, em geral, restritivas e de baixa qualidade, abrindo espaço para a iniciativa privada a exploração de outros segmentos populacionais (CAMPOS; MISHIMA, 2005).

Essas pesquisas de crescimento econômico, comparando países neoliberais com os de social democracia, derrubam a tese de recomendações do Fundo Monetário Internacional (FMI) para países em crise, com imposições de corte de gastos públicos com programas sociais e incentivos à privatização de atividades governamentais, como estratégias para o crescimento econômico (COBURN; COBURN, 2014).

NA PRÁTICA

As políticas de austeridade recomendadas pelo Banco Mundial e FMI, com redução de gastos públicos, foram adotadas em diferentes países que enfrentaram situações de crise econômica, especialmente na América Latina e na Ásia, com resultados desastrosos tanto no desenvolvimento econômico como social, gerando aumento da recessão, diminuição do PIB, aumento do desemprego e consequente ampliação das desigualdades sociais (GIOVANELLA, 2013).

A grave crise econômica da Grécia fez com que o governo tomasse medidas de austeridade entre 2009 e 2012, com grandes cortes públicos no sistema de saúde. O resultado foi um aumento de 40% na mortalidade infantil, colapso e descontrole na transmissão do vírus HIV, aumento de 40% de população sem moradia e, ainda, aumento de 60% em suicídios (SANTOS, 2016).



Palavra do Professor: *Sem contar com todo o sofrimento social causado pela política de austeridade, os gastos financeiros secundários gerados pelo contexto de desigualdade social são demasiadamente maiores que o investimento nas políticas sociais.*

SAIBA MAIS

Leia a matéria “Investir em Saúde para sair da crise econômica” publicada na página do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) para entender por que as políticas de austeridade não surtem o resultado esperado.

Disponível em: <http://cebes.org.br/2016/08/investir-em-saude-para-sair-da-crise-economica/>

A sustentação dessa teoria de investimentos em políticas sociais pode ser comprovada em uma pesquisa que avaliou diferentes países durante período de crise econômica, os quais tomaram medidas governamentais distintas. O resultado demonstrou que países como a Malásia, que investiram em políticas públicas de seguridade social, tiveram resultados econômicos e sociais melhores quando comparados com Indonésia e Tailândia, que adotaram políticas de austeridade de corte de gastos públicos (COBURN; COBURN, 2014). Para se ter ideia do impacto dos sistemas de proteção social, a taxa de mortalidade infantil da Malásia é menor que a dos americanos, mesmo com PIB per capita inferior (COBURN; COBURN, 2014).

O próprio Brasil tem resultados que demonstram que as políticas neoliberais, mesmo em tempos de crescimento econômico, não têm se mostrado eficientes para diminuir as desigualdades sociais. O Brasil no chamado período de “milagre econômico”, de 1968 a 1981, seguindo as recomendações neoliberais do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional, mesmo com crescimento econômico significativo, teve aumento no índice de mortalidade infantil de 72 para 90 óbitos para cada mil nascidos vivos nesse período (MCLNTYRE; MOONEY, 2014).

A análise de distribuição de renda desses anos demonstrou que os recursos do crescimento econômico basicamente foram para os mais ricos, aferido pelo percentual de consumo nacional, no qual os 5% mais ricos tiveram um aumento de 20% para 48%, em contrapartida do decréscimo de consumo dos 50% mais pobres da população que passaram de 20% para 12% no período, explicando assim o aumento da mortalidade infantil (MCLNTYRE; MOONEY, 2014).



Palavra do Professor: *Isso demonstra que só a riqueza de um país ou seu crescimento econômico não necessariamente se relacionam com boas condições de vida e equidade social, pois a riqueza pode estar concentrada nas mãos de poucos, e boa parte da população vivendo em situação de miséria ou pobreza.*

Uma das formas utilizadas para medir as desigualdades sociais é o índice de Gini, cuja escala vai de zero a 1, sendo que zero corresponde a igualdade completa e 1 desigualdade completa. A média mundial do índice de Gini é de 0,67, o que demonstra grande desigualdade de forma geral. Os países com melhores resultados são os países nórdicos, exemplos de regimes sociais democratas, tendo a Suécia como expoente, com 0,32 (COBURN; COBURN, 2014).

A sociedade brasileira apresenta bastante desigualdade, com índice de Gini de 0,57, inclusive superior a muitos países da América Latina (PORTO et al., 2014). Os Estados Unidos, exemplo clássico do neoliberalismo, com maior PIB do mundo e maior PIB *per capita* mundial, apresenta índice de Gini de 0,45, também com relativa desigualdade.

A priorização de financiamento e a de fornecimento público de uma gama de serviços sociais, especialmente saúde e educação, apresentam grande sucesso na diminuição de desigualdade social. Os próprios gastos com serviços públicos já são reconhecidos como mecanismos de redistribuição de riqueza (MOONEY, 2014).

Os investimentos em políticas públicas como saúde e educação – seja em períodos de crescimento ou crise econômica – são os que apresentam melhor multiplicador fiscal, ou seja, que retornam no futuro para os próprios cofres públicos, gerado pela participação dos indivíduos no desenvolvimento econômico do país (STUCKLER; BASU, 2014).

SAIBA MAIS

Veja o último *ranking* dos países com maior desigualdade de distribuição de renda no mundo, divulgado recentemente no Relatório de Desenvolvimento Humano, elaborado pelas Nações Unidas.

Disponível em:

<https://oglobo.globo.com/economia/brasil-o-10-pais-mais-desigual-do-mundo-21094828>

Em defesa do SUS e da APS

Na contramão das evidências, o atual governo brasileiro tem caminhado seguindo a cartilha do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional.

Uma das medidas do atual governo foi a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016, que desvincula a obrigatoriedade de uso de recursos em educação e saúde, e congela os atuais investimentos por 20 anos. Ou seja, menos recursos para as políticas sociais, a própria política de austeridade.

Na mesma linha ideológica, o próprio Ministério da Saúde autorizou a criação de planos populares de saúde mais baratos e acessíveis para a população, com redução de coberturas, especialmente as hospitalares (KAPA, 2016).

Essa medida, além de ir contra a determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, órgão criado para proteção dos consumidores, só beneficia o setor privado, que poderá ampliar o número de consumidores com planos mais baratos, mas com oferta apenas de procedimentos de baixo custo, aumentando seu lucro. Por outro lado, os procedimentos de alto custo como internações hospitalares, medicamentos e exames de alto custo, inevitavelmente irão cair na conta do SUS.

Nessa lógica neoliberal é importante que os serviços públicos não sejam de boa qualidade, pois sendo assim, apenas os que não têm condições de comprar os serviços utilizarão o sistema público de saúde. Do contrário, a boa qualidade pode representar a perda de segmento que potencialmente pode pagar pelos serviços e produtos.

O caráter compensatório de dar o mínimo também não pode ser visto como caridade, pois a desassistência total geraria um ônus social muito maior para o Estado Neoliberal, portanto dar o mínimo para a população mais pobre também serve aos interesses do capital.

O contraditório de todo esse percurso é que Constituição Federal de 1988 determina um modelo de proteção social, incluindo a previdência social, a atenção à saúde e a assistência social, introduzindo a noção de direitos sociais universais como parte de condição de cidadania (FLEURY, 2009), mas, na prática, o movimento político tem privilegiado as propostas neoliberais, em claro desrespeito ao ordenamento constitucional.

Apesar de todo o poderio neoliberal, com boicotes e manobras, inclusive ilícitas, imorais e antiéticas, desde sua criação o SUS tem contribuído significativamente para a melhoria dos indicadores de saúde da população brasileira.

NA PRÁTICA

A mortalidade infantil, no período de 1992 a 2012, caiu de 62 para 14 óbitos por mil nascidos vivos. A expectativa de vida do brasileiro aumentou. As doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, tiveram considerável controle. As internações por causas sensíveis à Atenção Básica diminuíram significativamente (BRASIL, 2014). Além disso, o SUS é internacionalmente reconhecido como o maior sistema público de saúde do mundo, e ainda sendo referência em sistema de imunizações com coberturas extraordinárias, programa de controle e tratamento de HIV/AIDS como modelo internacional, e sendo considerado também um dos maiores sistemas de transplantes do mundo (BRASIL, 2014).



- **Você ainda tem dúvidas quanto à opção por sistemas universais públicos ou sistemas privados? Vamos comparar alguns dados de países que optaram por uma ou outra forma de organização das políticas de saúde.**

Os Estados Unidos têm um sistema majoritariamente privado, organizado na lógica dos planos de saúde e, apesar de ser o país que apresenta o maior gasto per capita em saúde, possui indicadores como baixo peso ao nascer, mortalidade infantil e anos de vida potencialmente perdidos, bem inferiores aos de outros países desenvolvidos que adotam sistema público universal de saúde com custos menores (STARFIELD, 2002).

NA PRÁTICA

Segundo dados da UNICEF do ano de 2012, os Estados Unidos estavam apenas na 40ª posição no *ranking* de mortalidade infantil, sendo superado por países como Cuba, Croácia, Polônia, além de tantos outros europeus que, na sua grande maioria, têm sistemas de saúde majoritariamente públicos e ainda aliados a outros sistemas de proteção social (UNICEF, 2014).

Além da premissa de ter sistema público de saúde, o que também caracteriza os melhores indicadores sanitários é a sua organização baseada na Atenção Primária à Saúde.

Essa afirmativa pode ser confirmada em um estudo realizado em 11 países desenvolvidos, o qual demonstrou que os países com baixa orientação para a Atenção Primária obtinham resultados sanitários piores dos que os demais, especialmente os de mortalidade infantil (MENDES, 2012). Outros estudos demonstraram que os sistemas com forte orientação para Atenção Primária apresentavam melhores resultados sanitários para todas as causas de morbimortalidade (MENDES, 2012).

A antiga União Soviética, que com o fim do regime socialista e término da seguridade social universal, inclusive assistência à saúde (baseado na Atenção Primária), viu a expectativa de vida cair aproximadamente de 65 para 57 anos entre homens, e de 74 para 71 anos entre as mulheres no período entre 1988 e 1994 (COBURN; COBURN, 2014). **Um alerta para o desmonte das políticas sociais no Brasil e o desmonte do SUS.**

Além das evidências sanitárias, diversos estudos demonstram que a Atenção Primária à Saúde apresenta menor gasto per capita em saúde; maior satisfação do usuário; menor quantidade de exames e medicamentos consumidos; menor quantidade de hospitalizações por urgência e emergência; menor quantidade de internações por casos sensíveis à atenção ambulatorial; melhores chances de vida independente da influência de fatores como renda; maior equidade no acesso à saúde (MENDES, 2012).

Como veremos no capítulo 2, a Atenção Primária parte do princípio de que saúde é dependente do desenvolvimento social e econômico da população, e não apenas restrita ao fornecimento de serviços de saúde, e que, portanto, melhorar os indicadores de saúde está intimamente relacionado com a melhoria das condições de vida das pessoas, desenvolvida por meio de políticas sociais (OPAS, 1978).

SAIBA MAIS

Leia carta aberta do CEBES em defesa de um SUS universal, de qualidade e como direito de cidadania, publicado como tese para a 15ª Conferência Nacional de Saúde, para entender por que defender nosso sistema de saúde.

Disponível em:

http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/04/Tese-Cebes-15-CNS_Final.pdf

CONCLUSÃO

O projeto da reforma sanitária brasileira não se restringe à luta em defesa de um sistema público universal de saúde, mas se estende à luta por direitos sociais amplos, como educação que gere oportunidades de crescimento pessoal e profissional, alimentação em quantidade e qualidade adequadas, trabalho digno, renda suficiente para os bens essenciais e outros, como direito a lazer, segurança, moradia, etc.

Do contrário, os indicadores de saúde terão desempenhos insatisfatórios ou, em outras palavras, pessoas adoecerão e morrerão pela escolha de sociedade que fizemos. Começemos pela defesa de um SUS universal, equânime, integral e de qualidade.

Referências

BAGCHI, A. K. Gerindo o Mercado do Setor Saúde: os requisitos sociais e políticos. In: MCLNTYRE, D.; MOONEY, G. (Orgs). **Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 55-81

BARATA, R. C. B. A Historicidade do Conceito de Causa. In: **Textos de Apoio** - Epidemiologia I. Rio de Janeiro: Ed. ABRASCO, 1985.

BARBEIRO, H. **História Geral**. São Paulo: Ed. Moderna, 1977.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o Modelo Biomédico? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2012.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 380-398, 1996.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080/90**. Brasília: Diário Oficial da União, n. 182, p. 18055-9, seção I, 1990.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da Integralidade Segundo Perspectivas da Vigilância da Saúde e da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, C. M. S.; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p.1260-1268, 2005.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CEBES. Em defesa do direito universal à saúde: saúde é direito e não negócio. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 194-199, 2014.

CEBES. **Saúde não é negócio nem mercadoria, é direito de cidadania**. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Tese para a 15ª Conferência Nacional de Saúde, 02 de abril de 2015.

Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/04/Tese-Cebes-15-CNS_Final.pdf

Acesso em: 17 setembro de 2017.

CÉSAR, J. A. et al. Hospitalização por pneumonia: influência de fatores socioeconômicos e gestacionais em uma coorte de crianças no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 53-61, 1997.

CLARO, R. M., et al. Renda, preço dos alimentos e participação de frutas e hortaliças na dieta. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 557-64, 2007.

COBURN, D.; COBURN, E. Saúde e Desigualdades Sociais em Saúde em um Mundo Globalizado Neoliberal. In: MCLNTYRE, D.; MOONEY, G. (Orgs). **Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 25-53.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova**, São Paulo, n. 19, p. 123-140, 1989.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-27, 2008.

CUTOLO, L. R. A. **Estilo de Pensamento em Educação Médica** – Um estudo do currículo do curso de graduação em Medicina da UFSC. Tese (Doutorado em Educação) – Centro de Ciências da Educação, UFSC. Florianópolis, 2001.

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

SCOREL, S.; TEIXEIRA, S. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 385-434.

ESPING-ANDERSEN, G. As Três Economias Políticas do Welfare State. **Revista Lua Nova**, n. 24, p. 85-116, 1991.

FARIAS, L. **Lobby suprapartidário**. ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 13 julho 2016, Por Comunicação Abrasco. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/2016/07/planos-de-saude-barros-artigo-leandro-farias/>. Acesso em: 17 de setembro de 2017.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil**. São Paulo, HUCITEC, 1998.

FINKELMAN, J. (Org.). Caminhos da saúde no Brasil [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>. Acesso em: 17 de setembro de 2017.

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

FOUCAULT, M. **A Microfísica do Poder**. 11. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1993.

GIOVANELLA, L. Crisis europea y sistemas de salud. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 49. p. 196-202, 2013.

GUTIERREZ, P. R. Concepções sobre saúde e doença. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JR, L. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: coedição Editora da Universidade Estadual de Londrina – ABRASCO, 2001. p. 1-25.

HARDEN, A. et al. Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrating controlled trials and qualitative studies. **BMJ**, London, v. 339, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEO-ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Coordenação de População e Indicadores Sociais/ IBGE. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. p. 146

KAPA, R. **Dez ministros receberam doações de empresas interessadas em suas pastas**. Folha de S. Paulo, 31 maio 2016, PAÍS. Disponível em: <http://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2016/05/31/dez-ministros-receberam-doacoes-eleitorais-de-empresas-interessadas-em-suas-pastas/>. Acesso em: 17 de setembro de 2017.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. VIII, n. 1, p. 48-70, 2001.

MCLNTYRE, D.; MOONEY, G. Que rumo tomar agora em relação à equidade? In: MCLNTYRE, D.; MOONEY, G. (Orgs). **Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 313-337.

MENDES, A.; WEILLER, J. A. B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 491-505, 2015.

MENDES, E. V. **A Evolução Histórica da Prática Médica, Suas Implicações no Ensino, na Pesquisa e na Tecnologia Médica**. Belo Horizonte, PUC/FINEP, 1985.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2012.

MOONEY, G. A equidade no Contexto da Diversidade Cultural e da Diversidade de Sistemas Econômicos. In: MCLNTYRE, D.; MOONEY, G. (Orgs). **Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 83-104.

NICZ, L. F. Previdência social no Brasil. In: GONÇALVES, E. L. **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1988. p.163-197.

OCKÉ-REIS, C. O.; GAMA, F. N. **Radiografia do gasto tributário em saúde – 2003-2013**. Nota Técnica nº19, Brasília: IPEA, maio de 2016.

OPAS. Declaração de Alma-Ata. **I Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**. 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>. Acesso em: 17 de setembro de 2017.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492–499, 2008.

PASSOS, A. F.; KRÜGER, T. R. Acesso aos recursos do SUS pelos setores privados e filantrópicos da saúde por meio da complementaridade dos serviços. **Congresso Catarinense de Assistentes Sociais**. Florianópolis, SC, 22 a 24 de agosto de 2013. 10 p.

PINTO, S. T. **Breve História de la Medicina Universal**. 2. ed. Santiago, Chile: Editorial Universitária, 1986.

PIRES-ALVES, F. A.; PAIVA, C. H. A.; FALLEIROS, I. Saúde e desenvolvimento: a agenda do Pós-Guerra. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Orgs.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 153-165.

POLIGNANO, M. V. **História das Políticas de Saúde no Brasil**. Belo Horizonte, 2005.

PORTO, S.M. et al. Equidade no Financiamento da Saúde, Alocação de Recursos e Utilização dos Serviços de Saúde no Brasil. In: MCLNTYRE, D.; MOONEY, G. (Orgs). **Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 253-279.

ROSEN, G. **Da Polícia Médica à Medicina Social**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1980.

POSSAS, C. A. **Saúde e trabalho** – a crise da previdência social. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo / Rio de Janeiro: coedição Hucitec/Unesp/Abrasco, 1994.

SANTANA, J. P.; CAMPOS, F. E.; SENA, R. R. Formação profissional em saúde: desafios para a universidade. **CADRUH**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 233-244, 1998.

SANTOS, I.S. **Investir em saúde para sair da crise econômica**. CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 03 de agosto de 2016. Disponível em: <http://cebes.org.br/2016/08/investir-em-saude-para-sair-da-crise-economica/>. Acesso em: 17 de setembro de 2017.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde privados no Brasil. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 947-56, 2011.

SILVA, A. A.M. et al. Associação entre idade, classe social e hábito de fumar maternos com peso ao nascer. **Revista de Saúde Pública** [on-line], São Paulo, v. 26, n. 3, p. 150-154, 1992.

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

STEVANIM, L.F. O que está por trás de renúncia e desoneração fiscal. **RADIS – Comunicação e Saúde**. ENSP/Fiocruz, n. 150, p. 10-17, 2015.

STUCKLER, D.; BASU, S. **A economia desumana: por que mata a austeridade?** Lisboa: Bizâncio, 2014.

TAMBELLINI, A. T.; SCHÜTZ, G. E. Contribuição para o debate do Cebes sobre a Determinação Social da Saúde: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83) p. 371-379, 2009.

UNICEF. **The State of the World's Children 2014 in Numbers. United States, 2014**.

Disponível em: <http://www.unicef.org/sowc2014/numbers/>. Acesso em: 17 de setembro de 2017.

VARGAS, D.; BITTENCOURT, M. N.; BARROSO, L. P. Padrões de consumo de álcool de usuários de serviços de atenção primária à saúde de um município brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 17-25, 2014.

WAITZKIN, H. **Uma Visão Marxista Sobre Atendimento Médico**. São Paulo: Editora Avante, 1980.

Capítulo 2

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE/ ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Inajara Carla Oliveira
Clarice Aparecida Munaro
Carolina Kaori Kimura
César Alexandre Ferreira
Lara Cunha de França
Loriana Guaresi
Maria Luiza Campos Felipe
Matheus Da Freiria Muneratto
Willian Faustino Borges

Capítulo 2

Atenção Primária à Saúde/ Atenção Básica à Saúde

TÓPICO 1 – O CONCEITO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Objetivo: Neste tópico, apresentamos uma breve discussão a respeito do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), bem como sua contextualização histórica no cenário internacional, apresentando suas tipologias e características.

Falar de Atenção Primária à Saúde (APS) sem antes resgatar a condição semântica do termo seria imprudente, uma vez que esta atividade é imprescindível para a compreensão das traduções e das leituras acerca do tema realizadas no contexto brasileiro.

A Atenção Primária é uma tradução do termo “Primary Care”, e que em si carrega significados opostos da língua inglesa. No inglês, “Care” se refere a cuidado, e a sua tradução para o português não tem uma diferença semântica tão relevante, no entanto o termo “Primary” tem uma abrangência maior e se traduz como: essencial, primordial, fundamental... Enquanto que, no português, a palavra “Primária” se refere à: arcaico, elementar, rudimentar, acanhando (CUTOLO et al., 2010).

Partindo dessa diferença semântica entre os termos, podemos inferir (considerando que as palavras são representações da própria cultura), que a Atenção Primária à Saúde, no Brasil, pode ser entendida, por uma pessoa que não tenha conhecimento destas informações, como uma atenção rudimentar, incipiente e medíocre e não essencial, principal, e ou fundamental. Parafraseando Cutolo et al. (2010) “a palavra é um dom, um peso, uma propriedade, gera fluxo”, logo gera também consequências. Claro que não podemos atribuir que o reconhecimento da APS no Brasil como rudimentar tenha origem na questão semântica, uma vez que o senso comum de que o serviço público não é de qualidade também é identificado como uma concepção de origem neoliberal arraigada no contexto brasileiro desde os anos 80.

Agora, por compreender essa diferenciação semântica das línguas, acreditamos que tenha feito mais sentido o porquê de muitas pessoas ainda vislumbrarem a APS com o sentido de rudimentar e seus outros significados. Mas o que queremos enfatizar aqui é a compreensão da APS como essencial, fundamental, primordial... então para trazer maior clareza a respeito destas duas formas de ver a APS, faremos uma breve contextualização histórica a partir de dois contextos: o brasileiro e o internacional.

A começar pelo contexto internacional, destacamos o Relatório Dawson elaborado em 1920, na Grã-Bretanha, como o documento que apresenta as primeiras conceituações de APS. Claro que, sendo feito em outra conjuntura global, precisa ser relativizado para poder ser discutido na atualidade. Tal relatório dividia o sistema de saúde em três níveis: o primário, o secundário e o terciário.

O nível primário, com uma área delimitada, seria de responsabilidade de um médico generalista, que tinha a incumbência de gerenciar ações de prevenção de doenças e recuperação de saúde. Já o secundário era formado por profissionais especialistas em ambulatórios e o terceiro nível ficaria a encargo da atenção hospitalar (CUTOLO et al., 2010).

Dessa forma, podemos inferir que já em 1920 começavam a surgir conceitos fundamentais para a APS, como a territorialização, a coordenação do cuidado, a medicina preventiva e a recuperação da saúde, assuntos esses que trataremos a seguir.

Foi somente em 1978, com o documento final I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, conhecido como Declaração de Alma Ata, que a Organização Mundial da Saúde conseguiu pôr no papel uma síntese da realidade, retratando as reivindicações dos muitos movimentos sanitaristas da época e conseguindo organizar o que hoje chamamos de **APS** e que serviu de modelo para todo o mundo.

Conceito: De acordo com a Declaração de Alma Ata, a APS refere-se à atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento [...]. É parte integrante do sistema de saúde do país, do qual tem função central, tendo como enfoque principal o desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham (OMS, 1978).

Como podemos observar, a definição da APS, de acordo com a Declaração de Alma Ata, é abrangente e considera que a saúde se relaciona com o desenvolvimento social e econômico de um país. Embora a APS considerada em Alma Ata apresentasse tal ideologia, podemos destacar que houve divergências na consolidação deste modelo nos diversos países.

Nos países desenvolvidos (mesmo que não em todos), a APS foi vista realmente como atenção essencial ao bom desenvolvimento de políticas de saúde pública e o primeiro nível de serviços de saúde para toda a população. Entretanto, frente à indução de organismos internacionais para reformas no setor saúde de pensamento neoliberal, nos anos que se seguiram muitos países adotaram uma APS seletiva, orientada para populações em extrema pobreza (GIOVANELLA, 2008).

É importante frisar que as reformas se iniciaram, se fizeram e fazem-se necessárias por uma série de fatores que permeiam a conjuntura política, econômica e social de épocas passadas como também atuais, na qual destacamos: os custos crescentes para manter serviços, os serviços ineficientes e de muito baixa qualidade, as mudanças na função do Estado devido à diminuição dos recursos públicos e também aos avanços tecnológicos que deixam obsoletos antigas práticas (OPAS, 2007).



Palavra do Professor: O termo APS seletiva será explicado mais adiante no texto. No entanto, para minimizar suas dúvidas, adiantamos que esta é uma forma de se fazer APS, na qual a intervenção principal se baseia em ações preventivo-paliativas e focais e não de forma abrangente e resolutive de fato.

Segundo a Organização Pan-Americana em Saúde – OPAS (2007), as divergências na consolidação da APS nas Américas em relação a outros países podem ser oriundas do desenvolvimento histórico da saúde e dos cuidados na região, legado de diferentes sistemas políticos e sociais, bem como da distorção da mensagem principal sobre APS contida no protocolo de Alma Ata, devido à influência de agências internacionais e processo de globalização. Porém, independentemente da causa, fato é que, no Brasil, a APS, como pensada inicialmente, sofreu e sofre algumas variações quanto à sua tipologia e à sua consolidação, o que veremos isso mais adiante.

Vamos começar com a que é conhecida como APS seletiva, que segundo Giovanella e Mendonça (2012) se designa a um pacote de intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países pobres. Como exemplos das ações desenvolvidas neste tipo de Atenção, temos as imunizações, a terapia de reidratação oral, a alimentação suplementar, a alfabetização e o planejamento familiar.

Desta forma, a APS Seletiva permite direcionar os recursos públicos para pontos específicos e, em alguns casos, serve para atrair maiores doações financeiras de empresas privadas para o setor de saúde por ter maior visibilidade política. As autoras afirmam que a crítica à Declaração de Alma Ata na proposição de uma APS ampliada ocorreu devido ao fato de ela ser considerada muito ampla, com impactos e êxitos difíceis de determinar e ganhos “insuficientes” para se tornarem vitrines políticas. Um exemplo dessa comparação é o direcionamento de recursos para tratamento e diminuição da mortalidade por diarreia em crianças por meio de hidratação oral (APS Seletiva), que é muito mais barato e tem mais visibilidade do que o investimento em saneamento básico (APS ampliada) para impedir que as crianças fiquem doentes e venham a óbito.



- Conseguem perceber a visibilidade política? Política e economicamente a APS seletiva é mais atrativa, mesmo que não resolutive, pois para resolver uma situação, necessariamente haveria de ter investimento em saneamento básico, o qual permitiria maior impacto na mortalidade infantil. Mas será que a APS Seletiva pode ser totalmente excluída?

É necessário que digamos que a APS seletiva, com abordagens verticais, ou seja, focadas em programas ou problemas, não pode ser excluída por completo. Em muitos casos essas ações se fazem necessárias e são de suma importância, como em casos de surtos, por exemplo: crianças em área endêmica de diarreia precisam ser de fato hidratadas, são populações que desidratam muito rapidamente e necessitam de uma intervenção aguda.



Palavra do Professor: O que não podemos concordar é que esse sistema seletivo seja a base de toda a APS, e que primeiro esperamos o problema acontecer para só então intervir de forma paliativa. Vale destacar ainda que, no Brasil, como veremos a seguir, a APS inicialmente se caracterizou como seletiva (no sentido

de se restringir a uma dada população e/ou ação) por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), uma vez que se limitava ao desenvolvimento de ações de reidratação oral e aleitamento materno. Mesmo quando o Programa de Saúde da Família (PSF) veio a ser implantado, com ampliação de ações clínicas, ainda se manteve na condição de seletiva, pois se destinava apenas para os 30 milhões de brasileiros que se encontravam abaixo da linha da pobreza. Ainda que um avanço, seletiva.

Outra tipologia de APS é a Clássica. Essa, por sua vez, tem tendência universalizante, é baseada na atenção aos principais problemas de saúde da população, centrada no atendimento clínico e na figura do médico. Segundo a Organização Pan Americana da Saúde (2007), a APS clássica pode ser entendida como uma organização do sistema de saúde com a disponibilidade de clínicos gerais e médicos de família para os cuidados dos problemas comuns.

Um exemplo de implementação da APS Clássica é o sistema nacional de saúde da Inglaterra. Neste país, por meio do *General Practice*, que é considerado como o principal ponto de cuidado, são disponibilizados serviços de consulta médica, tanto de demanda espontânea quanto programada e ou de seguimento de doenças crônicas, exames de Papanicolau, imunizações e procedimentos cirúrgicos simples (DAVIES, 2013; RCGP, 2011).

A APS centra-se na ação clínica propriamente dita e na figura dos profissionais médicos, pois não há agentes comunitários de saúde como em nosso país. Esta forma de APS apresenta uma boa resposta clínica, porém não faz relação com os problemas comunitários e sociais, características essenciais na APS abrangente, preconizada no Brasil.



Palavra do Professor: A razão pela qual a APS na Inglaterra não apresenta este direcionamento para a determinação social provavelmente diz respeito ao fato de que neste país as questões sociais como educação, saneamento, renda e trabalho estão garantidas e, por isso, não cabe ao setor saúde realizar este

tipo de relação. Tal situação muito se difere do que encontramos aqui no Brasil, em que as desigualdades sociais interferem diretamente nos indicadores de saúde.

Como você deve ter percebido, nenhuma dessas duas formas de APS já explanadas suprem a real necessidade da população, nem se prestam a atender às demandas e às aspirações consideradas na Declaração de Alma Ata. Como dito anteriormente, a tipologia que defendemos e que merece destaque por seu relevante papel social é a **APS ampliada**.

Este tipo de APS, também conhecida como Abrangente, pressupõe o entendimento de saúde-doença como um processo determinado socialmente e representa uma estratégia de organização e coordenação do sistema de saúde. Assim, para que esta tipologia da APS se consolide, Giovanella e Mendonça (2012) referem que as políticas geradas precisam ser inclusivas, apoiadas economicamente e “legislativamente” para poderem lograr o resultado esperado: a equidade na saúde.

Precisamos entender a **APS ampliada como orientada para a comunidade**, que implica compreensão de sua cultura e representações, grupos sociais, etnias, religiões, saberes, identidades, micropoderes, modos de vida, relações no trabalho, formas particulares de organização, distribuição de renda, educação, características ambientais (CUTOLO et al., 2010), sendo preciso ainda levar em conta os perfis comportamentais, conexões e coesões comunitárias, ou seja, precisa ser específica para aquela sociedade e comportar todas necessidades.

Para se consolidar a APS ampliada como aquela idealizada em Alma Ata, é preciso que se tenha uma sólida fundação legal, institucional e organizacional, assim como recursos humanos, técnicos e financeiros sustentáveis e adequados. É preciso ainda adoção de práticas que visem alcançar qualidade, eficiência e eficácia, na lógica da determinação social do processo de saúde-doença para alcance da equidade em saúde.

NA PRÁTICA

Vamos pensar num problema comunitário como o caso de várias crianças de um determinado território com quadro de diarreia. Nesta situação, considerando a APS ampliada, as crianças seriam tratadas com medicações sintomáticas e a hidratação seria indicada, além de orientações quanto aos cuidados de higiene, no entanto não se absteria a isso, uma vez que na abordagem da APS ampliada se reflete sobre a causa do problema e busca sua solução. Ou seja, por que tantas crianças estão tendo diarreia? Ao analisar os casos, a equipe mapeia que as crianças pertencem a uma área sem cobertura de saneamento básico. Diante desta constatação, é atribuição da equipe de APS realizar articulação intersetorial com os setores competentes e com a comunidade para que sejam discutidas soluções que interfiram positivamente nas condições de vida dessas famílias.

Em suma, a APS Ampliada é mais do que simplesmente uma prestação de serviços, ela se baseia na determinação social, destaca a equidade e a solidariedade, e anexa princípios como sustentabilidade e orientação à qualidade.

CONCLUSÃO

No Quadro 2, apresentamos um resumo com as principais características dos tipos de APS, conforme discutimos neste tópico.

Quadro 2. Tipologias da APS.

Tipologias da APS	Principais Características
APS seletiva	É definida basicamente por ações voltadas para atenção de grupos e doenças específicas, focando em número limitado de serviços que tenham um alto impacto sobre alguns dos problemas de saúde. Abordagem mais recorrente em países em desenvolvimento. Incentivada por organismos internacionais nas décadas de 80 e 90, num movimento de reformas nos serviços de saúde de cunho neoliberal.
APS clássica	Voltada para a população em geral (com tendência universalizante), centrada na clínica e na figura dos profissionais médicos. Resolve os problemas mais prevalentes de saúde com as tecnologias disponíveis para esse ponto de atenção. Não faz relação com os problemas comunitários e sociais.
APS ampliada	Estratégia proposta na declaração de Alma Ata, a qual visa à orientação dos sistemas para uma Atenção Integral. Considera o processo saúde-doença como determinado socialmente e por isso propõe que as políticas geradas sejam inclusivas, apoiadas economicamente e “legislativamente” para lograr a justiça social.

TÓPICO 2 - A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Objetivo: Agora que você já entendeu como ocorreu o surgimento da APS e suas tipologias no âmbito internacional, gostaríamos de contextualizar sua criação e consolidação no território brasileiro.

Em nosso país, assistimos a várias tentativas de se organizar a APS, como em 1920, quando foram implantados serviços no Brasil que hoje poderíamos considerar um modelo de atenção voltado para prevenção de doenças a partir de campanhas sanitárias, portanto, de cunho seletivo.

Já em 1970, observa-se um aprofundamento do debate na agenda brasileira na formulação de alternativas de proteção social frente a trabalhadores, os quais contestavam as filas para atendimento nos postos de assistência médica previdenciária. Compunha-se, assim, um modelo de assistência médica curativa e restrita aos segurados da previdência social por gestão do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (LAVRAS, 2011), uma mescla da tipologia clássica (atenção médica) com a seletiva (específica para trabalhadores contribuintes).

Em 1980, foi proposto o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prevsáude) numa tentativa do Ministério da Saúde e INAMPS de estender os benefícios aos centros urbanos e combater a crise previdenciária, porém esta proposta não foi aprovada. No ano de 1982, propõe-se a organização de serviços básicos nos municípios por meio de convênios nas três esferas, chamado de Ações Integradas de Saúde (AIS), em que se pensou na organização do primeiro nível de atenção, que segundo Lavras (2011), era baseado nas unidades de saúde locais responsáveis por ações de caráter preventivo e assistência médica integrados com o sistema de saúde pública e previdenciária. Assim, as AIS possibilitaram ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde com a criação de unidades municipais de saúde (APS clássica), reorganizando o nível primário de saúde até então pouco articulado.

Todo esse processo de mudança iniciado na década de 70 foi liderado por um movimento sanitário (conhecido como Movimento da Reforma Sanitária) composto por estudantes, profissionais e docentes que defendiam a democratização do país e a unificação do sistema de saúde valorizando a atenção em seu primeiro nível. A Reforma Sanitária defendeu um modelo de proteção social democrático e equânime que possibilitou a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988.

Como vimos brevemente, diversos modelos foram pensados com diferentes interesses e concepções, até que, na Constituição de 1988, foi instituído o SUS. Houve tentativas de organização da APS em municípios e Estados, porém sem a configuração do modelo nacional. Somente em meados de 1990, por meio de normatizações e financiamentos, que houve o movimento de municipalização do SUS, com objetivo de estruturar de forma mais uniforme a APS. Instituído o SUS, o Ministério da Saúde repensou o arranjo da Atenção Primária à Saúde no contexto internacional e adotou tal modelo como proposta de organização do sistema com o nome de Atenção Básica à Saúde (ABS).

Conceito: Municipalização é uma estratégia que reconhece o município como principal responsável da saúde de sua população, conferindo relativa autonomia para a organização das ações e serviços, fazendo parte do processo de descentralização (TEIXEIRA, 1991).

Como marco da organização do novo sistema de saúde, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado em 1991. Segundo Giovanella e Mendonça (2008), este programa consistia em levar as informações e os conhecimentos necessários para a população sobre os cuidados de sua saúde. Este alcançou tamanho impacto no controle de endemias e diminuição da mortalidade infantil que foi proposta sua ampliação como política oficial de APS em 1994, denominado Programa de Saúde da Família (PSF).

Para Giovanella e Mendonça (2012), o PSF mantinha características de uma APS seletiva, pois foi criado como um programa focalizado em populações pobres, com oferta restrita de serviços e baixa articulação com a rede assistencial.

Em 1998, por meio da Portaria nº3.925 de 13 de novembro, foi realizada orientação aos gestores municipais do Sistema Único de Saúde quanto à organização do sistema municipal de saúde no que diz respeito às ações de Atenção Básica, bem como aprovado o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Já em 2006, com a Portaria nº648, o Ministério da Saúde aprova a Política Nacional de Atenção Básica, e transforma o programa em estratégia prioritária para organização da ABS, sendo assim, passou a se chamar Estratégia Saúde da Família (ESF). De acordo com as autoras, esta transformação de programa para estratégia promoveu também a mudança na lógica da APS seletiva para uma APS abrangente (pelo menos em teoria), ou seja, resgatou a proposta ideológica de Alma Ata.

O termo Atenção Básica utilizado no Brasil para designar a Atenção Primária foi a forma que o governo brasileiro utilizou para se distanciar dos programas seletivos propostos pelos organismos internacionais e propor as políticas do movimento da reforma sanitária centralizadas numa APS ampliada (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A ESF é formada por uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, Agentes Comunitários de Saúde e técnico de enfermagem, responsáveis pelo acompanhamento de uma população de uma delimitada área geográfica, na qual atuam com ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças, trabalhando para a manutenção da saúde dessa comunidade, marcando assim a Atenção Básica dentro do SUS.

A APS no Brasil não se desenvolveu de maneira uniforme e homogênea e também não seguiu necessariamente o modelo da ESF (BRASIL, 2006). No Brasil, coexistem formas distintas de organização da APS, inclusive há exemplos de utilização de estratégias diferenciadas no interior de um mesmo município (INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE, 2014).

Portanto, apesar do discurso oficial indicar a APS Abrangente, a implementação da Atenção Básica no Brasil mistura elementos técnicos, culturais e operacionais que se aproximam de uma APS Seletiva e de uma APS como nível primário de atenção (MENDES, 2012), ainda com grande dificuldade de romper com o modelo biomédico.

A regulamentação da Atenção Básica se deu a partir da publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, revista e republicada em 2011. A Política Nacional de Atenção Básica define:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2012a, p. 19).

Essa definição é coerente com o princípio da integralidade como eixo norteador do SUS, pois prevê a abordagem sobre os determinantes da saúde (INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE, 2014) e supera os modelos de APS desenvolvidos em países da União Europeia, que são caracterizados por serviços ambulatoriais, com ênfase na clínica e nos cuidados individuais, preventivos ou curativos (GIOVANELLA, 2008).

Essa concepção brasileira de Atenção Básica se aproxima, pelo menos no seu discurso, de uma abordagem de APS Abrangente, que inclui porta de entrada do sistema de saúde, participação da comunidade, intersetorialidade, enfrentamento dos determinantes sociais de saúde, utilização de tecnologia apropriada e relação custo-benefício sustentável (INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE, 2014). Assim, a PNAB reafirma a Estratégia Saúde da Família como principal dispositivo de reorganização da Atenção Básica no Brasil (BRASIL, 2012a).

Na Figura 2, apresentamos uma linha do tempo com a evolução da APS no Brasil, destacando os principais eventos para resumir e ilustrar o conteúdo abordado.

Figura 2. Evolução da APS no Brasil.



CONCLUSÃO

Apesar da implantação da APS ter sido discrepante nas diversas esferas municipais e estaduais, foi indiscutível a relevância da propagação de pressupostos que fundamentam essa estratégia, especificada na Portaria 2488/GM de 21 de outubro de 2011, com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

SAIBA MAIS

Acesse a PNAB no site do Ministério da Saúde e leia essa política na íntegra:

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

TÓPICO 3 - POR QUE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE?

Objetivo: Neste tópico, vamos apresentar algumas evidências que demonstram a importância da Atenção Primária como ordenadora do sistema de saúde sob os pontos de vista de resultados sanitários, sustentabilidade e satisfação dos usuários.

Até aqui você pode conhecer o processo histórico da APS no âmbito nacional e internacional, bem como diferenciar os seus tipos de acordo com suas características fundamentais. Talvez, o que ainda não esteja claro é o motivo pelo qual muitos países apostam na APS.

Existem diversos estudos nacionais e internacionais que demonstram evidências de que a APS é o modelo mais adequado para os governos e principalmente para a população. Vejamos alguns estudos:

Um relatório do Serviço Nacional do Reino Unido evidenciou que o custo de procedimentos sanitários realizados em diferentes pontos de atenção à saúde, demonstrando que o custo do atendimento na APS é 10 vezes menor que no ambulatório de especialidade e 1.330 vezes menor que no hospital terciário (MENDES, 2012).

Starfield (1991), em seu estudo, apontou uma associação de países com baixo escore para a APS com resultados sanitários mais pobres, especialmente no que se refere aos indicadores de saúde infantil.

Em 1999, Grumbach concluiu que os sistemas de atenção à saúde baseados na APS se mostram com melhor qualidade de atenção e menores custos. Outro estudo, realizado por Macinko e colaboradores (2003), mostrou os benefícios da APS nos sistemas de atenção à saúde, tais como acesso aos serviços necessários, e o papel da APS visando à redução na atenção secundária desnecessária ou danosa propiciada por especialistas.

No ano de 2004, o *Health Council of the Netherland* realizou uma revisão sobre a APS, concluindo que uma APS forte possui melhores níveis de saúde. Nesse mesmo ano, em outra pesquisa, notou-se que não foram encontrados na literatura estudos que demonstrassem vantagens de um sistema de saúde baseado na atenção especializada (ATUN, 2004).

Saltman (2006) verificou que uma APS forte é capaz de garantir a continuidade da atenção e prover serviços de uma forma menos onerosa e mais eficaz. Após um ano, a Organização Pan-Americana de Saúde revisou diversos trabalhos sobre a APS e reafirmou os benefícios dessa estratégia.

Campos (2007) demonstrou o quão fundamental é a qualificação da Atenção Básica para ampliar o acesso e a capacidade de resolução dos problemas, devendo ser responsável por resolver cerca de oitenta por cento dos problemas de saúde. Afirmou também que a ESF deveria se configurar, nos municípios, de acordo com as características de cada um.

Em 2010, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou um documento sustentado por sólidas evidências de que os sistemas de atenção à saúde baseados na APS apresentam resultados melhores, maior equidade, menores custos e maior satisfação aos usuários.

Kringos et al., em 2011, concluíram que a APS contribuiu significativamente para o desempenho do sistema de atenção à saúde, ocasionando melhoria em indicadores de saúde. E neste mesmo ano, Rosa et al. (2011) evidenciaram que a soma de percentuais de usuários da APS que consideraram que o serviço sempre ou na maioria das vezes resolvia seus problemas atingiu 61,3%.

Já no contexto brasileiro, alguns estudos têm destacado a importância do PSF e da ESF para a população, como é o caso de uma pesquisa que demonstrou que a implantação do PSF no período entre 1998 e 2004 esteve associada à melhoria dos indicadores de saúde de forma geral (BRASIL, 2006). Vale ressaltar que um dos estudos que comprovam essa afirmativa foi realizado por Aquino et al. (2009 apud MENDES 2012), no período entre 1996 e 2004, em 721 municípios que receberam o PSF, os quais tiveram uma diminuição da mortalidade infantil de 26,6 para 16,1 mortes por cada mil nascidos vivos.

Alguns estudos realizados apontam que, para cada 10% de aumento da cobertura do PFS, havia uma redução média de 4,5 % na taxa de mortalidade infantil (MACINKO et al., 2007), demonstrando assim a importância do aumento da cobertura populacional pela APS.

Outra pesquisa realizada com dados secundários do estado de Minas Gerais demonstrou que eventos de saúde sensíveis à APS tiveram reduções significativas no período entre 2007 e 2010, momento em que a APS foi priorizada nas políticas estaduais, e apresentou diminuição de internação hospitalar por desidratação e pneumonia, além de diminuição da taxa de baixo peso ao nascer e óbito por infecção respiratória aguda em crianças menores de um ano (JUNQUEIRA, 2011). Tais evidências implicam a redução de custos financeiros e sociais ocasionados por esses agravos.

Sobre a tipologia de APS, estudos avaliativos apresentados em diferentes regiões do país indicam que os resultados do PSF são muito superiores aos do modelo clássico (que se baseia apenas na oferta de consulta médica por clínico), mesmo quando direcionado a uma população de maior vulnerabilidade social (MENDES, 2012). Em Curitiba, estudo comparando o PSF com unidades de saúde do modelo tradicional revelou um melhor desempenho frente a alguns indicadores de saúde, nunca inferior (MARTY, 2011).



Palavra do Professor: Assim, é possível afirmar que a resolubilidade da APS é inegável no contexto dos serviços e sistemas de saúde.

Um dos desafios encontrados quanto à resolubilidade na APS está relacionado à compreensão difundida e à busca incessante por especialistas para resolução dos problemas de saúde. Não são raras as ideias de que os problemas de saúde devam ser tratados por especialistas na área, e que a APS, por apresentar profissionais generalistas, não pode assim resolver os problemas que se apresentam no território.

Nestas situações, o desenvolvimento de uma boa relação profissional/usuário apresenta-se como um pilar imprescindível para que se proporcione satisfação ao usuário, que por vezes vem com a ideia arraigada de que a resolatividade está necessariamente atrelada ao encaminhamento ao nível secundário, o que é uma inverdade. O encaminhamento para especialista deve somente ser realizado em uma minoria dos casos, visto que a APS deve ter a estrutura necessária para atender a demanda trazida, não sendo somente a “porta de entrada” para o serviço especializado.

CONCLUSÃO

A melhoria dos indicadores de saúde no Brasil se deu em grande parte pelo expressivo aumento de cobertura por equipes de Saúde da Família. No período de 1998 a 2006, a cobertura populacional, que era de aproximadamente 7%, alcançou 46% da população, sendo a ampliação bastante significativa em áreas historicamente desprovidas de serviços de saúde e com indicadores sociais desfavoráveis (INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE, 2014). Atualmente, após a cobertura de quase 60% da população brasileira, a melhoria dos indicadores de saúde está condicionada à melhoria da qualidade, que tem relação direta com os atributos da APS, tema do nosso próximo tópico.

SAIBA MAIS

Para entender melhor as evidências de efetividade da APS, acesse o documento intitulado “O Cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família” escrito pelo Eugênio Vilaça Mendes, disponível no link:

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

TÓPICO 4 - ATRIBUTOS DA APS

Objetivo: A americana Bárbara Starfield, uma das maiores especialistas em Atenção Primária no mundo, após diversos estudos vindos de experiências exitosas no mundo inteiro, sistematizou os atributos que conferem a APS maior qualidade e maior grau de resolubilidade. Neste tópico vamos apresentá-los e discuti-los, relacionando teoria e prática.

Conceito: Os atributos da APS referem-se a um conjunto de ações, que promove nexos de consistência prática, ou seja, são valores que orientam as ações.

Segundo Starfield (2002), a APS apresenta atributos divididos em: **atributos essenciais** (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) e **atributos derivados** (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural). A seguir, falaremos sobre cada um deles.

Primeiro Contato

O primeiro atributo essencial da APS é o “primeiro contato”, destacando a APS como a porta de entrada (preferencial) do sistema de saúde por pacientes adoecidos ou para acompanhamento de rotina de sua saúde. Em outras palavras, a população deve identificar a APS como sendo o primeiro recurso a ser acessado para resolver suas necessidades de saúde.

É importante considerar o princípio da universalidade que pressupõe o direito à saúde para todo o cidadão conforme disposto na constituição brasileira de 1988, bem como o acesso dele aos serviços e às ações para responder às suas necessidades, compreendendo que embora a constituição garanta o direito à saúde, não necessariamente se tem acesso a ela (CUTOLO et al., 2010).

NA PRÁTICA

Imagine uma mulher de 55 anos, chamada Maria, que tem apresentado há cerca de duas semanas um quadro de lombalgia. Numa noite, fazendo o serviço de casa, observa que a dor aumenta, por isso decide procurar auxílio junto à sua equipe de ESF logo pela manhã. Dona Maria acorda às 05h30min, toma seu banho e vai caminhando até a unidade de saúde, pois precisa ser uma das primeiras a chegar para garantir uma vaga para atendimento, pois sabe que para o período são destinadas 15 vagas, sendo 12 para demanda programada e 3 para a demanda espontânea, ou o conhecido “encaixe”.

Mesmo frente ao esforço para chegar até a unidade de saúde antes das 6h10min da manhã, é a vigésima pessoa a chegar... mesmo frente a esta situação, resolve esperar, pois a dor que sente piorou com a caminhada. A recepcionista Stela chega na UBS e inicia o atendimento dos pacientes que aguardam na fila e, após alguns minutos, chega a vez de Dona Maria. Stela, com um belo sorriso, cumprimenta Dona Maria, e muito solícita escuta o motivo da procura pelo atendimento. Após ouvir a queixa, enfatiza à Dona Maria a organização do processo de trabalho da equipe, e que frente a isto, dificilmente ela conseguiria ter atendimento. Sensibilizada com o caso, Stela recorre a Clarice, enfermeira da equipe e relata tal situação na tentativa de conseguir “encaixá-la” e ouve como resposta que não é possível atendê-la neste período, e que oriente a mesma a procurar um pronto atendimento, ou aguarde até a manhã do outro dia para conseguir o atendimento. Stela retorna ao balcão e orienta a paciente a procurar outro serviço, reafirmando sua justificativa inicial com todo o cuidado possível. Dona Maria ouve atentamente, agradece seu esforço e volta para sua casa caminhando, pensando no que faria, e com a dor se agravando. Com este exemplo anterior, podemos entender a diferença entre universalidade, acessibilidade e acolhimento. A universalidade garante que todos tenham direito de ter atendimento, como é o caso de Dona Maria... ela possui este direito, garantido por lei. Porém, ela não conseguiu obter o acesso ao atendimento que precisava naquele momento. Acessibilidade tem relação com a garantia do atendimento em tempo oportuno. Para que isso ocorra, é necessário o terceiro requisito da porta de entrada, o acolhimento, que possibilita a escuta qualificada e o compromisso de gerar respostas frente a ela.



- Tal situação nos faz refletir ainda: como as equipes querem criar vínculo com as pessoas, se muitas vezes, na hora em que a pessoa mais precisa (numa demanda espontânea), o acesso lhe é negado? Ou mesmo a não previsão de horários para as pessoas que trabalham. Talvez em parte isso explique por que os pronto-atendimentos e hospitais fiquem superlotados com problemas corriqueiros.

Talvez você, ao ler o exemplo, tenha pensado que a recepcionista foi muito acolhedora. Neste ponto, precisamos compreender que o acolhimento aqui preconizado não se refere simplesmente em ser simpático e/ou atender bem (ainda que necessários), e sim, como falamos anteriormente, realizar uma escuta qualificada e gerar uma resposta frente à demanda.

Assim, o acolhimento inverte a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, seguindo o princípio de atender as pessoas que procuram o serviço, dando acessibilidade universal, assumindo sua função de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população (FRANCO et al., 1999), sendo esta a primeira condição para que a APS seja de fato a porta preferencial de entrada.

Além disso, para que o acesso seja facilitado, é fundamental que as barreiras de qualquer natureza sejam eliminadas (financeira, geográfica, cultural, organizacional, etc.), possibilitando a utilização do serviço pelos usuários a partir de sua necessidade. Se o sistema de saúde não possuir fácil acesso e não estiver disponível, a procura pelos usuários será adiada (ou a procura por outro serviço), podendo afetar negativamente o diagnóstico e o manejo do problema.

A utilização da APS como porta de entrada ao sistema de saúde brasileiro teve uma melhora significativa desde a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF). Porém ainda existem muitos desafios para que alcancemos uma equidade no atendimento. Entre os desafios, podemos destacar a valorização da APS e seu aumento de resolutividade, como também o cuidado ao focar as necessidades em saúde da população e a criação de vínculo entre a equipe de profissionais e população.

Enfim, quando a APS se torna a referência do cuidado para suas populações, desenvolve-se uma relação de confiança e garante-se a continuidade das ações, o que pressupõe o atributo da **longitudinalidade**.

A Longitudinalidade

Este atributo corresponde a um atendimento continuado de atenção ao longo da vida, independente da ausência ou da presença de uma enfermidade. Nesta perspectiva, compreende-se que a longitudinalidade não se restringe ao acompanhamento de condições crônicas, ou em casos de doenças, pois ela deve acontecer independentemente da situação da doença. Entretanto, conforme apontado por Barros, Maia e Pagliuca (2011), muitos dos processos fisiológicos e/ou patológicos podem ser retardados ou minimizados com o devido acompanhamento e cuidado da equipe de saúde.

Segundo Cunha (2009), a longitudinalidade pode ser entendida como a ação que exige maior compromisso do profissional da saúde, para uma relação que possibilite uma integração das dimensões físicas, psicológicas, sociais e econômicas da saúde. Refere-se a um acompanhamento do paciente ao longo do tempo por um médico generalista ou equipe da APS. Neste acompanhamento, a relação terapêutica é caracterizada por responsabilidade, por parte dos profissionais de saúde, e confiança, por parte do paciente.

NA PRÁTICA

Um exemplo a ser considerado é o de Cláudia, que tem 19 anos e está grávida de seu primeiro filho, que se chamará Caio. Durante a sua gestação, realiza as consultas de pré-natal junto da sua equipe de estratégia de saúde da família. Após o nascimento de seu filho, Cláudia recebe a visita da equipe da ESF, na qual se agenda uma consulta de puericultura na sua unidade. Na consulta de puericultura de Caio, o médico preocupa-se em verificar o seu estado de saúde e passa orientações a respeito de métodos contraceptivos e aleitamento materno. O que podemos ver no exemplo acima, é que independente de qual situação e condição que o usuário esteja, a equipe da AB segue com o acompanhamento. No caso de Cláudia, ela foi acompanhada como gestante, como também no puerpério... o seu filho foi acompanhado enquanto estava ainda na barriga e segue sendo acompanhado como recém-nascido, criança, adolescente, adulto...enquanto estiver morando naquele território.

Além disso, podemos destacar dois mecanismos que fazem parte do processo de trabalho da equipe de ABS e que auxiliam na consolidação do atributo da longitudinalidade, como: os prontuários de família que garantem o registro das informações a respeito das pessoas, com acesso dos profissionais que acompanham as famílias. Porém, vale destacar que estes prontuários devem estar bem preenchidos para cumprirem com o papel auxiliador para a longitudinalidade. E a busca ativa, nos casos em que os pacientes não compareceram nas consultas agendadas, a fim de identificar o motivo da ausência do usuário. Esta prática permite conhecer melhor as dificuldades dos usuários para adesão de sua terapêutica, para gerar novas formas de acompanhamento do caso.

Embora tal atributo seja fundamental na APS, muitas equipes não conseguem aplicar e sustentar suas ações. Um exemplo disso é a baixa realização do exame Papanicolau em mulheres nas faixas etárias previstas para o exame, conforme destacado no estudo realizado na Bahia em 2012, com apenas 11,6% de cobertura (BRASIL, 2012b). Outro exemplo é o de mulheres em idade fértil num território em que grande parte das gestações não são planejadas, como pode destacar o estudo feito por Chacham, Maia e Camargo (2012), no qual identificaram que, numa população de adolescentes de 15 a 19 anos, 70% declararam que não desejavam a gravidez. Em ambos os casos a equipe, que cadastra todas as famílias de seu território e tem informações sobre a faixa etária de todas as pessoas que aí residem, deve discutir e ofertar ações que fazem parte de necessidades para este segmento populacional, no sentido do acompanhamento longitudinal.

Em casos mais simples, como puericultura, ainda que todas as equipes façam atendimento da criança no seu primeiro ano de vida, nem todas fazem a busca ativa dos que não frequentam as consultas, mesmo sabendo que algumas mães tendem a levar seus filhos apenas no início e depois, somente quando adoecem. Em todos estes casos, para o acompanhamento longitudinal ocorrer, seria a criação de uma forma de monitoramento por parte das equipes, e busca ativa quando necessário.

NA PRÁTICA

Um bom exemplo de acompanhamento longitudinal exitoso é o monitoramento das imunizações realizado pelas equipes de vacina, as quais utilizam o canhoto da carteira da criança e realizam o fichamento por mês, identificando e realizando a busca ativa das crianças que têm vacinação prevista.

Como vimos, para possibilitar formas diferentes de acompanhamento do usuário é preciso identificar suas necessidades, ou seja, praticar a **integralidade**... nosso terceiro atributo.

A Integralidade

Considerada como um dos princípios doutrinários do SUS, a integralidade possui vários sentidos, dentre os quais se destaca o reconhecimento das necessidades de saúde das populações, considerando os domínios orgânico, psíquico e social de saúde, os quais discutiremos no capítulo 3.

É a partir da identificação da necessidade de um indivíduo ou coletivo que podemos desencadear e oferecer uma proposta de serviços que venha responder as demandas reconhecidas. Porém, vale ressaltar que as necessidades precisam ser vistas dentro de um contexto ampliado, conforme referido por Maeyama e Cutolo (2010).

Esse atributo parte da premissa de que as ações em saúde não estão centradas apenas na cura, uma vez que as necessidades identificadas nem sempre exigirão este tipo de resposta. Neste sentido, a integralidade, ao identificar as necessidades a partir de um olhar ampliado, requer respostas igualmente ampliadas, ou seja, considerando ações integradas de saúde como: promoção de saúde, proteção, recuperação, reabilitação e prevenção de doenças para todas as faixas etárias.

Nesta perspectiva de atendimento de necessidades, caso a equipe não ofereça diretamente os serviços de saúde, deve-se garantir o acesso a serviços especializados ou hospitalares, numa lógica de trabalho em rede. Para que haja garantia de uma atenção integral, a APS deve assumir a responsabilidade pela coordenação dos serviços necessários para resolver as situações identificadas, garantindo a continuidade do cuidado.



Palavra do Professor: Na integralidade, consideramos o território, a família e a cultura, desta forma, os atributos derivados, de orientação comunitária, orientação familiar e competência cultural, naturalmente já estão contemplados nesse atributo.

A **orientação comunitária**, se expressa por meio da avaliação da necessidade da comunidade por meio de dados epidemiológicos e do contato direto dos profissionais de saúde com a comunidade. Para que isso seja possível, é preciso entender que a experiência dentro da unidade de saúde não é suficiente para conhecer a dinâmica social do território e entender seus problemas de saúde, além de que as situações-problemas que se apresentam na unidade de saúde não estão deslocadas da realidade social. Desta forma, se faz necessário definir e caracterizar a comunidade; identificar seus problemas de saúde; criar/modificar programas de abordagem aos problemas de saúde; e monitorar a efetividade desses programas de abordagem, ou seja, trabalhar com a territorialização, que discutiremos no capítulo 6.

NA PRÁTICA

A agente comunitária de saúde Lenita, responsável pela microárea 3 de uma equipe de ESF, em uma de suas visitas domiciliares, percebe um terreno baldio. Nas últimas semanas, Lenita já estava percebendo que os moradores da redondeza estavam despejando lixo doméstico neste terreno, e em uma rápida checagem, pôde perceber possíveis focos da dengue, pois havia acúmulo de água da chuva em diversos pontos. Prontamente, a agente de saúde aciona o serviço de combate à dengue e os agentes de endemias vão com Lenita ao terreno. Em trabalho conjunto, realizam orientações à comunidade, alertando sobre os riscos de se ter casos de dengue e de como combater os focos. Assim, a vizinhança uniu forças e realizou um mutirão de limpeza do terreno como forma de eliminar os possíveis focos e também de conscientizar a comunidade.



Palavra do Professor: *A partir de uma situação pode-se ampliar ofertas e serviços para atender a uma demanda coletiva de determinado território, situação que só se consolida como orientação comunitária se houver reconhecimento das atribuições dos profissionais frente ao processo de trabalho da APS.*

A **orientação familiar** na perspectiva da integralidade pressupõe que a relação da equipe com o usuário e sua família é um requisito básico para abordagem familiar e requer, por parte da equipe de saúde, respeito à realidade e crenças de cada família.

NA PRÁTICA

Imagine uma jovem adulta de 37 anos chamada Jaqueline que procura sua equipe de ESF porque está apresentando níveis pressóricos elevados nas últimas semanas. Ao ser acolhida pela enfermeira, ela relaciona o aumento do nível pressórico com a preocupação com seu avô, que mora com ela, e que está em uso abusivo de álcool. Frente a esta situação, a enfermeira agenda uma visita domiciliar para avaliar as necessidades do avô de Jaqueline, além de dispor de uma terapêutica para a situação de saúde imediatamente identificada.



Palavra do Professor: Este caso apresenta o atributo de orientação familiar na prática, ressaltando o vínculo do profissional da equipe para com o usuário e sua disponibilidade em atender a demanda para além do contexto imediato, individual, com consideração ao contexto familiar.

Vale destacar que a abordagem familiar deve ocorrer em vários momentos, desde a realização do cadastro familiar a partir do agente comunitário de Saúde (ACS), até a intervenção nos momentos de mudança das fases do ciclo de vida familiar, como também em casos de surgimento de doenças agudas ou crônicas. Além disso, os problemas de saúde invariavelmente necessitam de cuidados que extrapolam os serviços de saúde, e a família tem papel fundamental nesse processo, cabendo a equipe a realização de todo o suporte para que se materialize.

O genograma que apresentaremos no capítulo 3 é uma ferramenta de abordagem familiar que expressa as relações familiares e pode auxiliar os profissionais a entenderem melhor a dinâmica familiar e suas relações com os problemas, bem como mapear as possibilidades de cuidado.

Por último, e não menos importante, a integralidade se expressa no atributo da **competência cultural**. A competência cultural refere-se à capacidade das equipes de saúde em reconhecerem as necessidades da população a partir de suas particularidades culturais, como diferenças étnicas, raciais, religiosas e sociais. Além disso, a competência cultural abrange a adaptação profissional em facilitar a relação “profissional da saúde-usuário”, relacionando-a com cada diversidade cultural.

NA PRÁTICA

Sabemos que muitos usuários do sistema, antes de procurar o serviço de saúde, utilizam recursos populares para solucionar seus problemas. Dentre estes recursos há as benzeduras, que adquirem um significado importante no processo de saúde e doença para parte desta população. Assim, uma equipe de saúde que identifica tais práticas culturais em seu território precisa entender que os padrões culturais de uma realidade social colaboram nas concepções sociais que envolvem o processo saúde-doença, bem como respeitar tais concepções e práticas. Respeitar não significa esquecer os conhecimentos técnicos, mas utilizá-los de forma contextualizada àquela comunidade.

É importante ainda considerar que a contextualização social e cultural do usuário vem se tornando uma exigência para os profissionais de saúde que pretendem oferecer uma atenção integral e que, em vez de ser combatido, o saber popular deve ser compreendido e acrescido de conhecimentos e atitudes respaldadas pelo saber científico (SIQUEIRA et al., 2006).

Coordenação do cuidado

A coordenação do cuidado, outro atributo essencial da APS, corresponde ao oferecimento de uma atenção ininterrupta na rede de serviços da saúde. Isso quer dizer que a equipe de APS, como responsável pelos casos em seu território, deve gerir os fluxos dentro da rede de atenção.

Segundo Mintzberg (2003), ela é operacionalizada de duas formas: a primeira, ocorre com as divisões das tarefas a serem executadas e a segunda acontece com a coordenação da divisão já realizada, para que as tarefas sejam executadas da melhor maneira possível.

NA PRÁTICA

Para ficar mais claro, pense em uma equipe de Atenção Básica que acompanha um usuário com transtorno mental que não tem apresentado respostas suficientes ao tratamento dispensado neste nível de atenção. Portanto identifica que o mesmo precisa ser referenciado para outro ponto da Rede de serviços do município, como o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), para obter um tratamento que vá ao encontro da necessidade identificada. Essa equipe iniciou a primeira forma de operacionalizar a coordenação do cuidado ao reconhecer que o usuário não tem respondido da melhor forma o que tem sido proposto, e que necessita de outras formas de tratamento que podem ser oferecidas em outro ponto da Rede. Um segundo aspecto que implica a coordenação do cuidado é a equipe garantir que o usuário possa ser atendido em tempo oportuno, de acordo com a gravidade do seu problema. Portanto, não basta encaminhar. Ainda na perspectiva da coordenação do cuidado, a equipe deve acompanhar o que está sendo realizado no serviço de referência e ainda estar disponível para auxiliar o usuário em questões relacionadas ao seu tratamento nos intervalos das consultas ou atividades realizadas na atenção especializada. Coordenar o cuidado, implica se responsabilizar pelo usuário.



Palavra do Professor: Para que haja coordenação do cuidado pela equipe de APS, são necessários equipamentos tecnológicos de gestão clínica, mecanismos adequados para comunicação entre os diversos profissionais de saúde, além do registro adequado e detalhado de informações.



- Você já parou para pensar o que pode acontecer quando a coordenação do cuidado na Atenção Básica não é praticada?

De acordo com Mendes (2015), a má gestão é a principal causadora da não eficiência da coordenação do cuidado e as consequências disso já conhecemos, são as filas enormes de espera para especialidades específicas, a falta de recursos em alguns locais, e o sentimento de abandono por aqueles que são usuários do sistema de saúde, não recebendo atendimento e tratamentos adequados.

Um exemplo prático que dificulta a coordenação do cuidado é que poucos usuários retornam com uma contrarreferência do médico especialista ao qual o paciente foi encaminhado previamente. Tal situação, muitas vezes, compromete que o médico da Atenção Básica defina a própria conduta, uma vez que este profissional dará continuidade ao seguimento do tratamento deste paciente. Por outro lado, também existe muita reclamação dos serviços especializados, pois os encaminhamentos (referências) são mal descritos.



- Tal situação é muito recorrente em sua vivência? Você já viveu tal situação? O que pode ser feito para que isso não ocorra novamente?

Entenda que a coordenação do cuidado deve ocorrer para que não haja prejuízos para o usuário. Frente a este exemplo, consideramos importante uma maior comunicação entre os serviços, podendo ser estabelecida por um mecanismo simples como o responder a folha de referência/contrarreferência na parte que lhe compete, ou por um sistema operacional sofisticado e complexo que seja capaz de tal feito.

Assim, é inegável a importância que tem a coordenação do cuidado pela AB, seja para preparar os profissionais para que façam seu serviço de forma adequada e satisfatória, seja para uma gestão eficiente que poderá fornecer respostas adequadas às necessidades identificadas. Desta forma, coordenar o cuidado no âmbito da equipe pressupõe também a criação de estratégias que facilitem o cuidado das pessoas, como é, por exemplo, a educação em saúde.



Palavra do Professor: *A saúde é um direito e por isso nosso dever é zelar por ela! Contudo, como poderemos exigir melhorias se não somos capazes de encontrar as fraquezas daquilo que nos é oferecido? E não se esqueça, procure identificar também os pontos positivos, pois elogios também são construtivos, no sentido de se manter ou melhorar ainda mais aquilo que já está satisfatório.*

CONCLUSÃO

Podemos concluir que só haverá uma APS de qualidade quando os sete atributos estiverem sendo realizados, ou seja, quanto maior o grau de implementação dos atributos na prática, melhores serão os resultados obtidos pela equipe. Segundo Mendes (2012), há evidências, de que a heterogeneidade da qualidade da APS está, em geral, associada à ausência de um ou mais desses atributos.

Referências

ATUN, R. A. What are the advantages and the disadvantages of restructuring a health system to more focused on primary care services? Copenhagen, **WHO Regional Office for Europe/Health Evidence Network**, 2004.

BARROS, T. B.; MAIA, E. R.; PAGLIUCA, L. M. F; Facilidades e dificuldades na assistência ao idoso na estratégia de saúde da família. **Revista Rene**, Fortaleza, vol. 12, n. 4, p. 732-41, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados, 1998-2004**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Gabinete Ministerial, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informação do câncer do colo do útero**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Controle do Câncer do colo de útero e mama, 2012b.

CAMPOS, G. W. S. **Paidéia e modelo de atenção: ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde**. Saúde Paidéia, 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CHACHAM, A. S.; MAIA, M. B.; CAMARGO, M. B. Autonomia, gênero e gravidez na adolescência: uma análise comparativa da experiência de adolescentes e mulheres jovens provenientes de camadas médias e populares em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**. São Paulo, v. 29, n. 2, p. 389-407, 2012.

CUNHA, E. M. da. **Vínculo longitudinal na atenção primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS**. 171f. (Tese) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

CUTOLO, L. R. A.; DA ROS, M. A.; VERDI, M. I. M.; Atenção primária da saúde, atenção básica da saúde e a estratégia saúde da família. In: CUTOLO, L. R. A.; DA ROS, M. A.; VERDI, M. I. M. **Saúde e Sociedade** [Recurso eletrônico] / Universidade Aberta do SUS Florianópolis: UFSC, 2010. p. 55-75.

DAVIES, P. **The concise NHS handbook 2013/2014**: The essential guide to the new NHS in England. London, UK: NHS Confederation, 2013.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: caso de Betim, Minas Gerais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária a Saúde. In: GIOVANELLA, L. (Orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p.575-625.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s21-s23, 2008.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? In: GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de. **Atenção Primária à Saúde**: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES, 2012. p. 7-8.

GRUMBACH, K. et al. Resolving the gatekeeper conundrum. **JAMA**, Boston, v. 282, p. 261-266, 1999.

HEALTH COUNCIL ON THE NETHERLANDS. **European primary care**. The Haque, Minister of Health, Welfare and Sports, 2004.

JUNQUEIRA, M. G. **Regulamentação da Emenda 29**: financiamento da saúde, em busca de soluções. Belo Horizonte: COSEMS de Minas Gerais, 2011.

KRINGOS, D. S. et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. **BMC Health Services Research**, London, v. 10, n. 1, p. 65-78, 2010.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

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

MACINKO, J. et al. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. **Health Services Research**, Chicago, v. 38, p. 819-853, 2003.

MACINKO, J.; SOUZA, M. F. M.; GUANAIS, F. C.; SIMÕES, C. C. S. Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. **Social Science & Medicine**, New York, n. 65, v.10, p. 2070-2080, 2007.

MARTY, I. K. **O uso de ferramentas e tecnologias de gestão no planejamento e na gestão por resultados dentro da APS**. 2011. Dissertação (Mestrado). Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde (OPAS); 2012.

MENDES, E.V. A construção social da atenção primária à saúde. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, Brasília – DF, p. 34-37, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), Washington, D.C., 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Atenção primária em saúde: agora mais do que nunca**. Relatório Mundial da Saúde, 2008. Brasília, OPAS/Ministério da Saúde, 2010.

ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONER. **It's Your Practice: a patient guide to GP services**. London, UK: RCGP, 2011.

ROSA, R.B.; PELEGRINI, A.H.W.; LIMA, M.A.D.S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 345-351, 2011.

SALTMAN, R.S. et al. (Eds.). **Primary care in the driver's seat?** Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies. Maidenhead, Open University Press/McGraw Hill, 2006.

SIQUEIRA, K. M. et al. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 68-73, 2006.

STARFIELD, B. Primary care and health: a cross-national comparison. **JAMA**, Boston, v. 266, p. 2268-2271, 1991.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Quarterly**, n. 83, v. 3, p. 457-502, 2005.

TEIXEIRA, C. F. Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 44, n. 1, p. 10-15, 1991.

Capítulo 3

INTEGRALIDADE E CLÍNICA AMPLIADA

Marcos Aurélio Maeyama
Leonardo Augusto Esteves Lopes de Oliveira
Lisiane Tuon Generoso Bittencourt
Mariana Vilela Veiga
Alana Rita Zorzan
Anna Carolina Ribeiro de Oliveira
Júlia Heinig
Sarah Lyane Venzon

Capítulo 3

Integralidade e Clínica Ampliada

TÓPICO 1 – A CLÍNICA TRADICIONAL

Objetivo: Problematizar as inconsistências da clínica tradicional biomédica frente as necessidades singulares das pessoas.

Como já observamos no capítulo anterior, desde o final do século XIX, com a descoberta da bactéria, a explicação do processo saúde-doença passa a ter o componente biológico como causa única e todo o conhecimento, até então, sobre a interferência do ambiente e da organização social no processo saúde-doença passa a ser refutado.

Essa forma de ver o processo saúde-doença deu origem ao que ficou conhecido como Modelo Biomédico, cuja estrutura de conhecimento centra-se no comportamento fisiopatológico do **corpo humano**, e esta lógica cada vez mais foi ganhando espaço em detrimento do conhecimento do **ser humano** e suas formas de andar a vida.

Desta forma, em nome do melhor conhecimento fisiopatológico, a especialização é colocada como uma necessidade, e a visão já limitada de corpo humano restringe-se ainda mais a um sistema ou órgão, descaracterizando por completo a pessoa e seu contexto no processo de saúde e adoecimento.

Uma tese de doutorado contando o itinerário terapêutico de uma mulher de 38 anos que procura ajuda médica demonstra a fragilidade desta fragmentação e do olhar focado apenas na doença. Ela apresentava o seguinte quadro: dor na mão direita que irradiava para o corpo todo, apresentando-se de forma espontânea e perene; relacionava a dor com a atividade laboral que exercia e relatava ainda dificuldade para dormir por conta da dor.

1. Procura inicialmente um ortopedista, que a diagnostica com Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), e lhe prescreve analgésico e anti-inflamatório, além do afastamento ao trabalho. Passa-se um tempo e o quadro de dor tem discreta melhora, mas ainda permanece a dificuldade para dormir.

2. Ela é encaminhada ao psiquiatra, que além do quadro relatado identifica a diminuição do desejo sexual e desânimo, e é então diagnosticada com depressão e inicia o tratamento com antidepressivo e ansiolítico. Mesmo com o tratamento prescrito pelo psiquiatra, permanece o quadro de dor e uma ligeira melhora na qualidade do sono.

3. Ela é então encaminhada ao reumatologista que, por sua vez, realiza o diagnóstico de fibromialgia e inicia o tratamento mantendo o antidepressivo, incluindo novamente o analgésico e indicando fisioterapia. O quadro não se resolve.



- Um único caso e três diagnósticos diferentes. O que aconteceu nesse itinerário terapêutico?

Todos os profissionais observaram os sinais e sintomas a partir de seu campo de conhecimento (especialidade) e construíram seus diagnósticos. Porém, nenhum deles olhou para a pessoa em sofrimento. Nenhum deles se interessou em saber as condições do seu trabalho ou mesmo se ela gostava ou não de exercê-lo. Nenhum deles se interessou em saber sobre sua relação afetiva com o marido. Enfim, não se interessaram pela sua vida, pela sua biografia, e por consequência não identificaram possíveis causas do problema e, assim, não o resolveram.

Esse tipo de conduta parte de um processo de “anormalidade” para busca e identificação de sinais e sintomas, e caracterização do diagnóstico de uma doença. A partir do diagnóstico, busca o tratamento baseado em protocolo ou diretrizes clínicas, definidos pela “ciência”.

Essa lógica sugere que exista certa regularidade nos fenômenos de adoecimento ou, em outras palavras, que a doença acontece da mesma forma para todas as pessoas, e assim podem ser generalizáveis. Sendo assim, os protocolos clínicos ou diretrizes clínicas representam uma forma de conduta padrão (igual para todos), aplicável de acordo com o diagnóstico de cada doença (BRASIL, 2009).

Figura 3. Lógica de atuação do Modelo Biomédico.



Fonte: Elaborado pelos autores.

O modelo biomédico foi construído com uma sólida base de formação que historicamente privilegiou formas protocolares de anamnese, diagnóstico e tratamento, consolidadas pelo processo de aprendizado, treino e repetição. Logo, a forma de atuar do profissional de saúde não poderia ser outra que não a de sua formação biomédica.

NA PRÁTICA

Para exemplificarmos de maneira bastante simplista, essa forma de abordagem sugere, por exemplo, que pessoas com queixa de queimação e dor estomacal tenham provável diagnóstico de gastrite. Nessa lógica, o tratamento recomendado é Omeprazol e dieta. Em outro exemplo, uma pessoa que se apresenta com profunda tristeza, chorosa, com dificuldade de dormir e falta de ânimo para a vida, provavelmente terá um diagnóstico de depressão. Na lógica biomédica, é quase automático pensarmos em fluoxetina como tratamento.

E por aí vai.... A partir de sinais e sintomas, um diagnóstico. A partir de um diagnóstico, um tratamento padrão! Isso tornou a prática profissional na área da saúde totalmente objetiva e impessoal. Objetiva por buscar apenas sinais e sintomas, e impessoal por não considerar a pessoa e o contexto no processo de adoecimento.

Isso fez com que equipamentos e medicamentos fossem supervalorizados e, assim, exames que seriam “complementares” passaram a ter maior importância do que a própria anamnese e o exame físico (CUTOLO, 2001).

Ainda que por um lado o conhecimento sobre as doenças e o desenvolvimento de novos equipamentos e medicamentos tenha sido importante para o setor saúde, por outro lado, o modelo biomédico se mostrou incapaz de melhorar os indicadores de saúde da população, especialmente por desconSIDERAR aspectos psicológicos, ambientais e sociais que acompanham, em maior ou menor grau, qualquer doença (BARROS, 2012).

Esse insucesso é facilmente verificável, seja por pesquisas ou mesmo pela observação prática nas unidades de saúde.

NA PRÁTICA

Só para citarmos dois exemplos bem emblemáticos, basta observarmos a quantidade de pessoas com hipertensão e diabetes que, mesmo acompanhadas nas unidades de saúde, não conseguem manter em níveis adequados sua pressão arterial e sua glicemia. Para as duas doenças, a partir dos seus diagnósticos, a conduta padrão é: recomendação para uma alimentação adequada, atividade física e uso de medicamentos. Tudo baseado no conhecimento fisiopatológico destas doenças. No retorno, diante do descontrole verificado a partir de exames físicos e laboratoriais, novamente se segue a conduta padrão verificando o seguimento das recomendações iniciais e ratificando sua importância, ou seja, a insistência quanto à alimentação adequada, realização de atividade física e tomada de medicamentos da forma prescrita. Novamente – independente do caso (da pessoa) – a conduta padronizada. Ainda que não exista um erro de fato na conduta, o importante é avaliar o sucesso ou não da abordagem. As consultas vão se sucedendo e, com a persistência do insucesso, a responsabilidade passa a ser atribuída ao próprio paciente, que passa a ser rotulado de teimoso, pouco cooperativo, ignorante, entre outros adjetivos e, em geral, os profissionais se desresponsabilizam do processo, afirmando que já fizeram sua parte, pois as diretrizes clínicas foram recomendadas ao paciente, conforme protocolo.



- Mas, e se a pessoa não toma o medicamento por sentir algum desconforto? Ou mesmo se não toma o medicamento porque não se sente doente? (essas doenças podem ser assintomáticas). E se a pessoa tem dificuldade para realizar a dieta recomendada pelo prazer que sente pelos alimentos “proibidos”? E se a pessoa não conhece alternativas para uma alimentação adequada para o seu problema?

São tantas variáveis possíveis que fogem de qualquer possibilidade de padronização, pois sempre dependerão especificamente de cada pessoa e seu contexto.

Porém a padronização de condutas é tão marcada na formação dos profissionais de saúde que, ao longo dos anos, a prática de saúde se tornou mecânica, repetitiva e acrítica.

Uma pesquisa que demonstra a fragilidade da prática mecânica e protocolar foi realizada na periferia de Sorocaba, na qual o estudo demonstrou que numa área com cobertura da Estratégia Saúde da Família, 60% das gestações não foram planejadas. Porém, o que mais chama atenção no estudo é o fato de 64% das gestantes afirmarem que faziam uso de anticoncepcional oral e 21% uso de preservativos, e apenas 14% não utilizam nenhum método contraceptivo (CIANTELLI et al., 2012).

É bem provável que, ao iniciar o anticoncepcional oral, as mulheres tenham recebido informações sobre seu uso (faz parte do protocolo). É bem provável também que as informações tenham sido passadas da mesma forma para essas mulheres. Essa padronização na forma de “educar” (informar) as pessoas talvez tenha sido responsável por não atingir igualmente estas mulheres quanto à compreensão e à atitude frente ao manejo e ao cuidado dos métodos contraceptivos, o que provavelmente levou ao insucesso nas ações de planejamento familiar.

Uma pesquisa realizada no Reino Unido com usuários do *National Health Service* (NHS), que participaram de um programa de educação para pessoas diagnosticadas com diabetes mellitus, comprova como uma mesma carga de informações para um grupo gera diferentes graus de entendimento sobre o problema e cuidado. Estas pessoas, ao receberem o diagnóstico, eram convidadas a participar de um curso que realizava todas as orientações necessárias para o autocuidado da diabetes. Passado um ano do término do curso, o serviço do NHS realizou uma pesquisa para avaliar a qualidade do programa e verificou que algumas pessoas revelaram que as informações obtidas foram determinantes para o controle da doença. Já outras pessoas disseram que precisavam de informações adicionais, pois não haviam compreendido algumas recomendações, e outras revelaram, ainda, que não haviam absorvido nenhum conhecimento no curso, pois não haviam entendido as informações (WILKINSON; RANDHAWA; SINGH, 2014). As mesmas informações (padrão) recebidas por várias pessoas geraram resultados bastante diferentes quanto ao seu entendimento.



Palavra do Professor: *Seja no âmbito individual ou coletivo, os profissionais de saúde, invariavelmente, “fornecem” as mesmas informações, utilizando a mesma linguagem, de forma bastante dirigida (o que interessa na visão do profissional) e prescritiva (o que deve ser feito), o que limita para a abertura do diálogo em que onde a pessoa poderia relatar alguma dificuldade, seja no entendimento das informações ou na condução do autocuidado (o que interessaria na visão das pessoas).*

Esse insucesso da padronização de condutas também pode ser observado na própria terapêutica, por exemplo, no uso crônico de ansiolíticos e antidepressivos, para os casos de ansiedade e depressão, respectivamente. O tratamento apenas sintomático destes problemas com medicamentos (conduta padrão) faz com que as pessoas fiquem dependentes destes medicamentos, sem ter seu problema de fato solucionado, pois atuam apenas na consequência dos problemas e não em sua causa.

Um levantamento realizado pela Anvisa sobre o uso de Clonazepam (ansiolítico), de certa maneira, descreve este quadro. Em 2007, o uso deste medicamento no Brasil era de aproximadamente 29 mil caixas por ano. Em 2015, este número atingiu os 23 milhões, de acordo com a IMS Health. O crescimento significativo em pouco tempo desperta as suspeitas de uso excessivo e desnecessário por parte de especialistas (CARTA CAPITAL, 2015).

Outro aspecto observável da padronização é quanto à própria organização da atenção quanto à oferta de ações. Todas as equipes de saúde da família realizam acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no seu primeiro ano de vida, a chamada puericultura, pois faz parte da rotina estabelecida (acompanhamento padrão).

Por outro lado, a população mais idosa apenas é assistida nos casos de adoecimento e busca pela unidade de saúde, e o acompanhamento do seu processo de envelhecimento saudável (não padronizado) não é realizado pela equipe de forma sistemática, prejudicando muito qualidade de vida destas pessoas.

SAIBA MAIS

Leia o capítulo 1 da Dissertação de Mestrado de Gustavo Tenório Cunha, sobre os limites da clínica tradicional disponível em <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/312384>

CONCLUSÃO

Esse olhar unidirecional para as doenças, com padronização de ações, informações e terapêuticas, ainda que validadas pelo conhecimento científico, não são capazes de atender as necessidades de saúde das pessoas de forma mais abrangente, refletindo negativamente nos indicadores de saúde.

TÓPICO 2 - POR QUE INTEGRALIDADE?

Objetivo: Reconhecer a integralidade enquanto eixo orientador para organização das práticas de saúde.

A criação do Sistema Único de Saúde em 1988, além de considerar saúde como direito universal e dever do Estado, traz consigo uma crítica ao modelo biologicista fragmentador, apontando a necessidade de reordenamento do sistema de saúde para abordagem integral do processo saúde-doença, considerando, além do biológico, aspectos psicológicos, ambientais e sociais (BRASIL, 1988), ampliando assim a possibilidade de atendimento das necessidades das pessoas (CECÍLIO, 2001). Esta forma de ver e entender o processo saúde-doença ficou conhecido posteriormente como **integralidade**.

Para atender as necessidades das pessoas numa perspectiva ampliada de saúde, a integralidade passou a ser discutida e assumida como princípio norteador das ações de saúde, ampliando assim seus sentidos para reconstrução das práticas em saúde.



- Quem deve atribuir o que é necessidade? O profissional de saúde ou as pessoas?



Palavra do Professor: Na visão biomédica, é muito comum que quem defina o que são necessidades dos “pacientes” sejam os próprios profissionais de saúde, afinal estudaram para isso e são os que detêm o conhecimento técnico, baseado nas diretrizes clínicas. Já numa visão de integralidade, as necessidades individuais e coletivas vão para além do biológico, e não seguem padrão reprodutível, ou seja, “cada caso é um caso”. Portanto, nessa lógica, as pessoas é que devem identificar suas próprias necessidades, tendo o profissional de saúde como mediador deste processo.

A mediação implica admitir que, além de sinais e sintomas, o contexto que envolve a doença ou o problema interfere no seu aparecimento, na sua continuidade e, assim, também nas possibilidades de cura e de cuidado.

Desta forma, a apreensão de necessidades só é possível a partir de um diálogo e uma disponibilidade verdadeira de ouvir o outro, o que implica lidar também com o inesperado, para além dos protocolos clínicos, e demanda **respostas que sejam singulares àquela pessoa** (OTHERO; AYRES, 2012).

Portanto, é preciso entender suas histórias de vida, suas biografias e compreender as relações com o problema, bem como a representação que a doença produz nas pessoas, que no seu conjunto fazem parte do contexto do problema.

Desta interação poderão surgir outras necessidades que extrapolam os roteiros de anamnese e as recomendações dos protocolos clínicos, e exige dos profissionais de saúde o acionamento da rede de cuidados para responder a tais necessidades.

Importante destacar que o conhecimento técnico não é negligenciado, ele apenas deve ser utilizado para as pessoas e não nas pessoas. Isso significa que o conhecimento científico deve se adequar às pessoas e não o inverso. As singularidades devem ser soberanas.

NA PRÁTICA

Vejamos um exemplo de um mesmo CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), mas que apresentam histórias bastante distintas. Duas pessoas chegam com dor lombar numa unidade de saúde e, após serem avaliados, ambas são diagnosticadas com lombalgia. Para o tratamento convencional se propõem, em ambos os casos, anti-inflamatório e relativo repouso até a melhora do quadro. Mas com uma escuta mais aprofundada, o primeiro revela que estava jogando futebol e num movimento repentino forçou a coluna, ocasionando o quadro. Já o segundo revela que constantemente tem este problema, que trabalha numa fábrica de pescados, na qual sua função é carregar caixas pesadas durante um período longo do dia, e que inclusive é obrigado a fazer horas extras para aumentar a renda, pois tem três filhos pequenos para sustentar. Revela, ainda, que muitos amigos que trabalham na fábrica apresentam o mesmo problema. O diagnóstico de ambos é o mesmo... Lombalgia. Mas as necessidades que se apresentam são muito diferentes. Para o primeiro, o medicamento e o repouso podem ser suficientes. Para o segundo, além do medicamento e do repouso, talvez possa ser proposto alongamentos e formas ergonômicas de realizar a atividade laboral ou, ainda, a possibilidade de discutir com a direção da fábrica inclusão de ginástica laboral e pausas periódicas durante o trabalho para seus funcionários, já que o problema também é coletivo.

Como observamos, o conhecimento do contexto muda a perspectiva do problema, em que outras necessidades podem ser identificadas e, conseqüentemente, as soluções para cada caso podem e devem ser ampliadas.

Desta forma, voltando ao exemplo do tópico 1, o olhar impessoal para a **gastrite** ou para a **depressão** pode ser ampliado para um olhar que considere **uma pessoa com gastrite** ou uma **pessoa com depressão**. O “pessoal” diz respeito especificamente àquela pessoa e seu percurso de vida e adoecimento, portanto, singular.

Ainda que o tratamento possa se valer do uso de medicamentos por certo tempo, a cura propriamente dita só será possível a partir de uma prática que identifique a causa do problema e auxilie a partir do acionamento da rede de cuidados (familiar, comunitária e dos serviços de saúde) a promoção do atendimento das necessidades singulares destas pessoas.

Figura 4. Exemplo de abordagem do problema no Modelo Biomédico e na Integralidade.



Fonte: Elaborado pelos autores.

A singularidade e o atendimento de necessidades ampliadas exigem das equipes a superação de uma prática curativista prescritiva, para uma prática mais cuidadora e dialógica, que vise à autonomia dos sujeitos (BRASIL, 2004).

NA PRÁTICA

Para ilustrarmos a diferença entre cura e cuidado, podemos usar como exemplo as clássicas orientações (individuais ou coletivas) prescritivas sobre dieta hipossódica para pessoas com hipertensão arterial, que pouco tem modificado o panorama de adesão terapêutica para uma alimentação saudável. Uma prática cuidadora e dialógica pode, por exemplo, identificar a partir da escuta que essas pessoas têm dificuldade de seguir a dieta hipossódica pela diminuição do sabor e do prazer que a alimentação proporciona, e isso dificulta a sua adesão terapêutica. A partir desta constatação, a equipe poderia ofertar oficinas de culinária que realçassem o sabor dos alimentos de maneira saudável, possibilitando assim a autonomia destas pessoas para o autocuidado. Importante lembrar que não estamos criando aqui um protocolo a ser seguido, pois as soluções devem ser pensadas a partir de necessidades específicas que se apresentam em cada caso, seja no âmbito individual ou coletivo.

A ampliação de necessidades levantadas, especialmente pela consideração aos aspectos ambientais e sociais (além do biológico), aponta para **outro sentido da integralidade, as ações integradas de saúde.**

Nessa perspectiva de integralidade, além das ações de cura e reabilitação, também as ações de promoção da saúde e da prevenção de doenças devem fazer parte das ofertas da equipe, compondo o que denominamos de ações integradas de saúde (promoção, prevenção, recuperação e reabilitação) (MAEYAMA; CUTOLO, 2010), sempre partindo do contexto e das necessidades identificadas.

São chamadas de integradas porque não são dicotômicas, mas sim complementares uma das outras, e devem ser ofertadas no seu conjunto, pois todas são importantes para suprir as necessidades das pessoas.

NA PRÁTICA

Para entendermos melhor as ações integradas, vamos partir de uma situação-problema para exemplificarmos como elas podem ser pensadas e executadas. A equipe de saúde da família percebe, a partir dos atendimentos que realiza, uma grande prevalência de parasitoses. Ao analisar os casos por meio dos prontuários, a equipe percebe que a grande maioria deles pertence a uma microárea. Ainda analisando os dados do sistema de informação com ajuda do mapa do território, percebem que se trata de uma microárea com baixa cobertura de saneamento básico, acúmulo de lixo no local e famílias economicamente mais pobres. Como resposta ao problema, a equipe obviamente realiza o atendimento clínico das pessoas que procuram a unidade de saúde com parasitose, com fornecimento de medicamentos (recuperação), ao mesmo tempo em que orienta individualmente as pessoas acometidas pelo problema para evitar sua reincidência, e ainda pode organizar junto às famílias da microárea atividades educativas que discutam o tratamento da água no domicílio, higiene pessoal e higienização dos alimentos (prevenção). Além disso, pode promover promover na comunidade mutirão de limpeza, conscientização coletiva sobre coleta seletiva de lixo, colocação de lixeiras nas ruas e cuidado com os animais de rua (promoção da saúde). As ações de promoção da saúde podem ainda ser potencializadas com políticas governamentais em vários setores, como fornecimento de saneamento básico para a comunidade e coleta regular de lixo.

Essa perspectiva de integralidade, que envolve tanto a ampliação do cuidado como o desenvolvimento de ações integradas de saúde, faz com que **todos os profissionais de saúde sejam valorizados, ratificando a necessidade do trabalho em equipe, desvelando mais um sentido da integralidade (CUTOLO, 2006)**. Porém é importante termos clareza que dividir o mesmo espaço físico não garante necessariamente trabalho em equipe.



Palavra do Professor: *Trabalhar em equipe implica, acima de tudo, cooperação. Cooperação em prol das necessidades da comunidade e das pessoas. Exige paciência, bom senso, tolerância, respeito pela opinião do outro, respeito pelo conhecimento do outro.*

Na integralidade não existe a lógica da fragmentação de cada profissional “fazer a sua parte”. Ainda que exista o “tempo” do trabalho disciplinar, a responsabilidade pelo resultado assistencial (positivo ou negativo) sempre é do coletivo. Portanto, é preciso ter espaços dentro do processo de trabalho que promovam o diálogo da equipe.

Além da articulação interna da equipe, o pressuposto da integralidade de que saúde é resultado das condições de alimentação, educação, moradia, renda, trabalho, transporte, lazer, segurança, saneamento básico, meio ambiente, entre outros (BRASIL, 1990), **pressupõe ainda a necessidade de articulação do setor saúde com outros setores governamentais e da sociedade, a chamada intersectorialidade (OPAS, 1986).**

NA PRÁTICA

Um bom exemplo citado num material do Ministério da Saúde sobre intersectorialidade narra que um serviço de hematologia percebe grande dificuldade de controle de pacientes com anemia falciforme. Ao analisar melhor os casos, numa perspectiva de integralidade, identificam que estes pacientes trabalham em sua grande maioria na roça, ficando expostos a uma carga pesada de trabalho, o que compromete o tratamento, bem como a sobrevivência das pessoas com o problema. Além do acompanhamento realizado no próprio serviço de hematologia, a equipe desenvolveu um projeto junto com o poder público e a sociedade civil, articulando com uma escola técnica em informática a qualificação destas pessoas para um novo campo de trabalho, mais apropriado à sua condição de saúde, melhorando assim o controle da doença, bem como favorecendo a melhoria da condição de vida destas pessoas (BRASIL, 2009).

Além dessa disposição dos profissionais de saúde para a clínica ampliada, a materialidade da integralidade só será possível com um **processo de gestão** afinado com as propostas, pois exige compromisso, esforço e persistência para que a transformação na saúde possa ser concretizada (MATTOS, 2006).

A imagem-objeto da integralidade da atenção exige também uma **organização e valorização do processo de trabalho** que incorpore a dimensão cuidadora e as ações integradas de saúde, pois existe grande tensionamento pela manutenção da lógica assistencial hegemônica.

Desta forma, a integralidade assume uma gama complexa de sentidos, que interfere e depende do processo de gestão, de organização do processo de trabalho e da disposição e formação profissional, como demonstra a Figura 5.

Figura 5. Os sentidos da Integralidade.



Fonte: Elaborado pelos autores.

SAIBA MAIS

Para aprofundar seus conhecimentos sobre integralidade, leia o material escrito por Roseni Pinheiro no Dicionário da Educação Profissional em Saúde da Fiocruz.

Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>

CONCLUSÃO

O atendimento das necessidades das pessoas numa perspectiva ampliada de saúde implica uma prática de saúde que amplie a capacidade de cuidado da equipe; em ofertar ações integradas de saúde; em trabalho em equipe e em articulação intersectorial. Esse conjunto de práticas da integralidade é o que chamamos de “clínica ampliada”.

TÓPICO 3 - INSTRUMENTOS DA CLÍNICA AMPLIADA

Objetivo: Caracterizar a prática da clínica ampliada como forma de apreender as necessidades ampliadas de saúde.

Como já discutimos anteriormente, não existe roteiro para uma prática de integralidade. Porém, alguns instrumentos, como a **escuta qualificada**, o **genograma** e o **ecomapa**, podem auxiliar os profissionais a entenderem melhor o contexto dos sujeitos.

A escuta qualificada

O que pretendemos a partir de uma escuta qualificada é saber um pouco da história da pessoa e da dinâmica familiar, bem como a questão cultural e a própria inserção social, seja na comunidade ou na sociedade, e suas relações com os achados disciplinares e o entendimento dos significados e modos de enfrentamento da pessoa com o problema (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).



Palavra do Professor: Para rompermos com a questão puramente disciplinar, que em geral parte de perguntas a partir dos valores e conhecimento dos profissionais, impedindo por vezes a coleta de informações relacionada à vida da pessoa, é preciso deixar que as pessoas possam falar aquilo que elas acham que devem falar sobre o seu problema, e não apenas aquilo que os profissionais acham que devam saber.

Muitas vezes os profissionais acham que as informações que as pessoas estão fornecendo não têm importância para o “caso” e costumam direcionar para as coisas que lhes interessam e perdem a grande oportunidade de saber quais associações a pessoa faz em relação ao seu problema, o que pode ajudar nas possíveis soluções.

Uma escuta atenta que se abra para a alteridade requer a capacidade de se colocar no lugar do outro, demanda sensibilidade, empatia e respeito aos valores e aos significados do outro sujeito. Pressupõe ainda disponibilidade para questionar os próprios valores, preconceitos, ensurdecimentos, indiferenças e intolerâncias (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

Um bom começo para evitar direcionamentos de respostas é fazer perguntas mais abertas possíveis, que possibilitem a fala livre das pessoas, inclusive com o cuidado de não interromper, ou mesmo de respeitar o silêncio, que em muitas situações pode ter grande significado. É importante também que o profissional esteja atento aos significados das falas dos sujeitos, pois podem abrir espaços para outros questionamentos importantes para o entendimento do contexto (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

Uma história sem filtros (sem disposição prévia definida pelo profissional) já tem em si uma função terapêutica, pois na medida em que a pessoa tem liberdade para falar, também realiza algum grau de análise sobre sua própria situação (CUNHA, 2004). Além disso, a fala sem filtros já permite que os profissionais identifiquem algumas singularidades dos sujeitos (BRASIL, 2009).

Enfim, o que buscamos é compreender a “história de vida” das pessoas e é necessário entendermos que ela não se constrói em um único encontro, mesmo que dispendamos tempo para isso. As informações vão surgindo ao longo do tempo, especialmente a partir do momento em que se estabelece o vínculo entre o profissional e a pessoa e/ou família (BRASIL, 2009).

Essa valorização da narrativa é de extrema importância para a construção do Projeto Terapêutico Singular (que abordaremos em seguida), pois a partir dela são identificadas as necessidades ampliadas dos sujeitos, e construídas propostas também ampliadas de intervenção com e para os sujeitos, o que as tornam mais legítimas e aumentam adesão das pessoas e das famílias, melhorando também a resolubilidade.

Além disso, o profissional deve estar atento à comunicação não verbal e à ênfase dada a alguns aspectos do adoecimento (CUNHA, 2004), bem como à representação da doença para a pessoa.



- É muito importante que o profissional de saúde conheça o que a doença representa para cada pessoa, pois isso interfere na sua aceitação, no enfrentamento e no autocuidado. Por exemplo, se compararmos duas pessoas com hipertensão arterial, uma delas assintomática (e sem se sentir doente), e outra, que com o descontrole, sente fortes dores de cabeça, será que a adesão ao tratamento será a mesma?

A clínica ampliada pressupõe ainda que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar cada pessoa a transformar-se frente à doença, auxiliando-a na reconstrução de outras coisas da vida, mesmo com os limites impostos pelo problema.

Por este motivo, é fundamental que a escuta esteja aberta para que as pessoas possam falar sobre as atividades que lhes traziam (ou trazem) prazer, pois são importantes para retomada da vida e da disposição para enfrentamento do problema.

NA PRÁTICA

Um exemplo que ilustra a importância da escuta aberta foi vivenciado na integração ensino-serviço-comunidade em um dos acompanhamentos que fizemos durante os estágios do Curso de Medicina. A equipe de saúde nos solicitou que visitássemos Dona Selma, que segundo visão da equipe, pouco aderiu ao tratamento e apresentava a seguinte descrição: 43 anos de idade, casada, 2 filhas (que já não moravam em casa), pouco mais de 1,50 metros de altura, com obesidade (pesando 132 kg), hipertensão arterial com dificuldade de controle, diabetes mellitus com descontrole glicêmico, dislipidemia, fumante (2 maços por dia), e trabalhava em casa colando sacolas, das 7 da manhã às 10 da noite, ganhando pouco mais de 600 reais.

Na primeira visita domiciliar que fizemos tentamos uma aproximação, apesar de nos receber com a ACS, pouco dirigia a palavra, se restringindo a responder algumas perguntas que fizemos. A abordagem inicial mais segura para os acadêmicos foi discutir um pouco de seus problemas de saúde e, desta forma, algumas orientações foram repassadas. Numa segunda visita, a situação de saúde não teve grandes alterações, permanecendo o quadro de descontrole dos problemas e ainda respostas quase monossilábicas. A dificuldade de diálogo era uma das maiores barreiras para discutirmos a ampliação do cuidado. Mais uma visita e nenhuma evolução. Na quarta visita que realizamos, havia uma mulher de aproximadamente 20 anos fazendo a limpeza da casa. Perguntamos quem era a pessoa (pois achávamos que era uma de suas filhas) e ela nos respondeu que era uma diarista. A primeira coisa que nos veio à cabeça foi pensar por que alguém que já ganha tão pouco paga alguém para fazer a faxina de sua casa. E infelizmente (ou felizmente) fizemos essa pergunta para Dona Selma, e a resposta veio de forma bastante direta. Dona Selma, com seu peso, não tinha mais condições de fazer a faxina de sua própria casa, especialmente nos móveis mais altos.

Apesar do constrangimento que passamos, esse fato nos abriu a possibilidade de uma conversa. Ela disse que sempre fez a faxina de sua casa e que antes do problema de saúde de uma de suas filhas, ela trabalhava em outras casas também fazendo faxina e que ganhava um bom dinheiro, mas que ao ficar em casa cuidando da filha, ganhou muito peso e não conseguiu mais voltar a trabalhar fora. Num estalo, perguntamos a ela qual era seu sonho. E de forma bastante singela, nos respondeu que era trabalhar fora fazendo faxina e deixar de colar sacolas de papelão, que era um serviço que odiava realizar. Agora fica fácil entender por que ela fumava dois maços de cigarros por dia, porque provavelmente não conseguia seguir a alimentação recomendada, e ainda porque não aderiu a todo o tratamento. Perguntamos a ela qual era seu peso no passado quando ainda trabalhava fora. Dona Selma nos respondeu que pesava perto dos 80 kg. Perguntamos se ela aceitaria nossa ajuda para tentar perder peso e quem sabe voltar a trabalhar fora. Pela primeira vez ela nos olhou nos olhos e perguntou se achávamos que conseguiria. Entramos juntos no desafio. Conseguimos junto com a ACS que ela participasse com a vizinha de um programa chamado Itajaí Ativo, ao lado da UBS. Nos perguntou coisas sobre alimentação e relatou que, quando trabalhava fora, fumava apenas dois cigarros por dia. Passados quatro meses, Dona Selma havia perdido 25 kg, a pressão arterial controlada, a glicemia ainda descompensada, mas bem melhor do que no início, e havia largado o cigarro. Apresentava-se bastante animada e já com a certeza de que voltaria a trabalhar fora de casa.

Em resumo, o que potencializou o tratamento dos problemas de saúde não foram as orientações propriamente ditas (ainda que fundamentais), mas sim a possibilidade de retomar a própria vida, perdida com a evolução dos problemas de saúde.

SAIBA MAIS

Leia a cartilha do projeto HumanizaSUS para aprofundar seu conhecimento sobre Clínica Ampliada:

http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/10_0379_final_clinica_ampliada.pdf

Além da escuta qualificada, alguns instrumentos como o genograma e o ecomapa também podem auxiliar a reconhecer e entender melhor o contexto familiar e social das pessoas que procuram os serviços de saúde.

Genograma

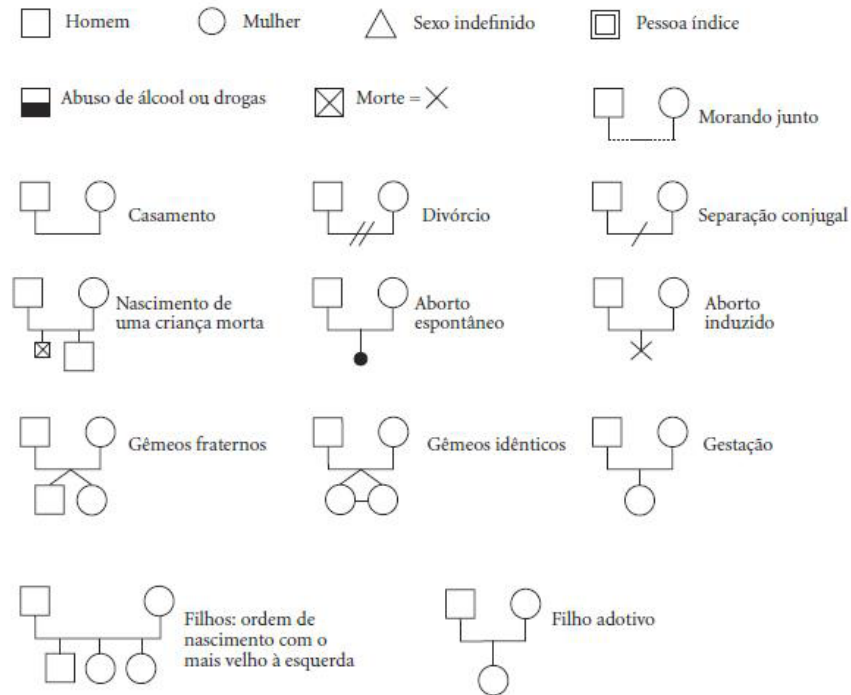
Conceito: O genograma é uma representação gráfica de dados referentes à família e aos seus processos relacionais. Ele permite uma visualização quanto à estrutura, à composição, ao funcionamento, às relações e aos conflitos entre os membros, bem como aos problemas de saúde, às situações de risco e à vulnerabilidade (BRASIL, 2014). Outros dados, como função da pessoa e escolaridade, também podem ser inseridos.

Conforme Figura 6, a representação é feita por meio de símbolos:

- Gênero masculino representado por um quadrado;
- Gênero feminino por um círculo;
- Os casais são ligados por linha horizontal, assinalando a data ou o ano do casamento sobre a linha;
- Quando presente, as situações de separação ou divórcio também devem ser reportadas;
- Os filhos do casal estão ligados a mesma linha, do casal, imediatamente abaixo desta;
- Todas as datas de eventos relevantes também devem ser registradas para posterior análise, pois elas podem mostrar correlações entre os fatos;
- As mortes são identificadas por um “x” dentro do símbolo, com data do óbito imediatamente acima, além da doença ou causa da morte;
- Considera-se pelo menos três gerações da pessoa-chave, que é identificada com um círculo ou quadrado adicional que envolva sua representação gráfica (BRASIL, 2014).

Outras formas de representação de símbolos também são utilizadas e podem ser definidas pelo próprio serviço. O importante é que existam legendas para cada situação, e que, além de utilitárias, elas possam ser facilmente identificadas e entendidas.

Figura 6. Símbolos e legendas utilizadas no Genograma.



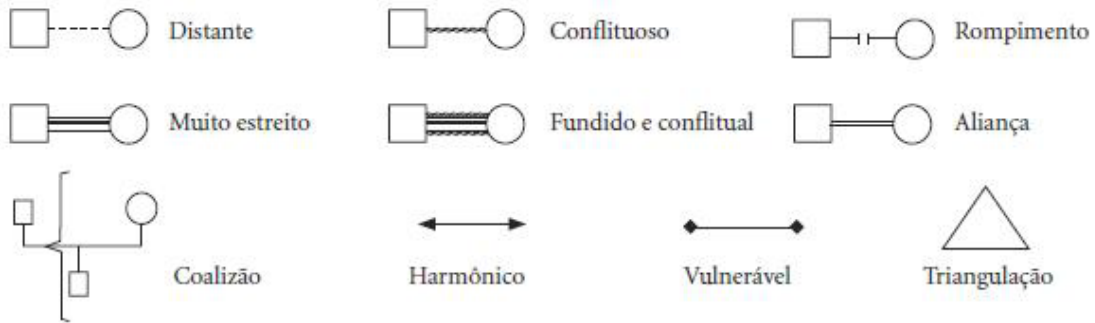
Fonte: Schlithler, Ceron e Gonçalves (2011).

SAIBA MAIS

Acesse o site <https://www.genopro.com/> para conhecer um software que auxilia na elaboração de genogramas.

As relações afetivas e conflitos entre os membros também são representados por meio de linhas de relacionamento (Figura 7) (BRASIL, 2014) e são bastante importantes para identificar possíveis problemas ou soluções que interferem no processo de atenção e cuidado, especialmente quando nos referimos às pessoas que possuem grau de autonomia relativo. Por este motivo, as pessoas que residem no mesmo domicílio da pessoa-chave são identificadas por meio de um delineamento (BRASIL, 2014).

Figura 7. Símbolos e legendas utilizados para representar relacionamentos no Genograma.



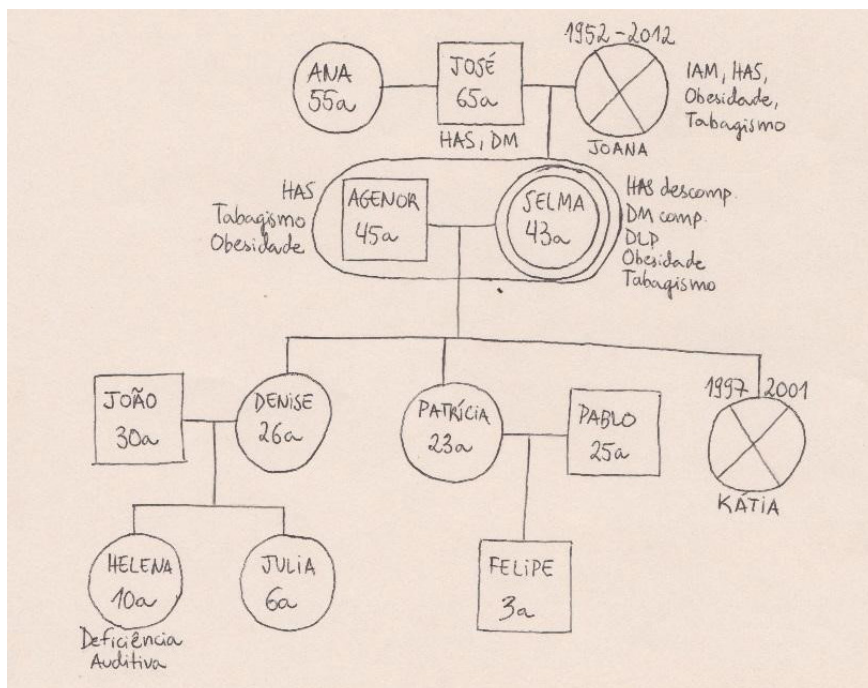
Fonte: Schlithler, Ceron e Gonçalves (2011).

Muitas destas informações são coletadas naturalmente e ao longo do tempo (BRASIL, 2014). Não é necessário nem interessante que façamos a coleta de informações de forma sistemática, em um único contato, até porque algumas perguntas e informações poderiam causar constrangimentos, caso não colocadas de forma natural e no tempo oportuno.

Em síntese, o genograma permite visualizar de forma gráfica as relações entre a família e a pessoa, tanto no aspecto biológico quanto na dinâmica microsocial familiar, com suas fragilidades e fortalezas, o que nem sempre com os registros convencionais ficam evidentes.

Utilizando o exemplo da Dona Selma como pessoa-chave, teríamos a seguinte representação gráfica, como demonstra a Figura 8.

Figura 8. Exemplo de genograma.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Legenda: a-anos; HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica; DM – Diabetes Mellitus; DLP - Dislipidemia; descomp. – descompensada; comp. – compensada; ACS – Agente Comunitário de Saúde.

O genograma de Dona Selma, além das informações já relatadas sobre seus problemas de saúde, demonstra que ela é casada com seu Agenor, que também possui hipertensão arterial descontrolada, está obeso e também faz uso de tabaco. Nota-se que ambos não se preocupam muito com os cuidados de saúde. Dona Selma teve três filhas com Seu Agenor, a mais velha, Denise, já possui Hipertensão Arterial; a filha do meio, Patrícia, e a filha caçula, Kátia, que faleceu com 4 anos de idade. Dona Selma e Seu Agenor possuem também duas netas (Helena, com deficiência auditiva e Júlia – ambas filhas de Denise) e um neto (Felipe – filho de Patrícia). A mãe de Dona Selma (Dona Joana) faleceu aos 60 anos (hoje teria 65 anos), vítima de infarto, e tinha hipertensão arterial, fumava e era obesa. O pai de Dona Selma (Seu José) tem 65 anos, largou o cigarro após a morte da esposa, e também tem hipertensão e diabetes, porém se apresentam controladas e, atualmente, está casado com Ana. O genograma mostra ainda uma relação genética e cultural de problemas, potencialmente fragilizados pelas relações familiares.

SAIBA MAIS

Assista à vídeo aula da Comunidade de Práticas sobre Genograma.
Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=sOeBlcVebx0>

Ecomapa

Conceito: Já o ecomapa ilustra graficamente a relação de uma pessoa ou família com a comunidade e os equipamentos sociais. Pode ser extremamente útil, especialmente para a identificação de barreiras ambientais e sociais para as pessoas, e também da rede de apoio e relações sociais que se constroem de forma bastante singular.

Por essência, o ecomapa já ultrapassa os limites demasiadamente tecnicistas e amplia o olhar para o contexto social, inclusive com possibilidade de identificar a relação com a saúde, educação, transporte, lazer, cultura, trabalho e outras questões significativas de acordo com cada contexto. Além disso, o mapeamento de rede de apoio e círculo de amizade, muito importante no processo de inclusão social, também se desnuda na construção do ecomapa.

A representação gráfica é feita de forma semelhante ao genograma (BRASIL, 2014):

- Os membros da família são representados no centro do círculo;
- A rede social da família, seja ela instituição ou pessoa, também aparece em círculos externos;
- As ligações entre elas são desenhadas por linhas, que se diferem de acordo com sua intensidade e qualidade, as quais podem tanto ser de apoio como barreiras para a pessoa-chave e família;
- As linhas contínuas representam ligações positivas, que podem variar de intensidade (quanto mais forte, mais linhas interligando);
- As pontilhadas ligações frágeis;
- As tortuosas demonstram aspectos estressantes;
- É possível ainda identificar a falta de acesso a qualquer necessidade, que pode ser representada por linhas transversais, que demonstram ruptura ou barreiras.

É possível ainda, dentro de cada serviço ou instituição, realizar o mapeamento de relações específicas que envolvem o cuidado (ou a privação), identificando suas fortalezas e barreiras.

No exemplo de Dona Selma, o ecomapa (Figura 9) demonstra suas relações sociais. Podemos identificar que a relação mais estressante é com seu trabalho. Já com o serviço de saúde, apesar de ter grande vínculo com a ACS Janete, a relação com o médico e com a enfermeira é frágil por conta do descontrole crônico dos problemas de saúde que apresenta. Existe privação total das atividades físicas e de lazer. É católica, mas ultimamente não tem frequentado a igreja por conta da falta de tempo e do seu estado de saúde. Além da fé, relata que gosta muito de participar das atividades da igreja, onde tinha muitos amigos. Tem boa relação com Dona Laura, sua vizinha e melhor amiga.

Figura 9. Exemplo de ecomapa.



Fonte: Elaborada pelos autores a partir do modelo proposto por Polita e Tasca (2014).

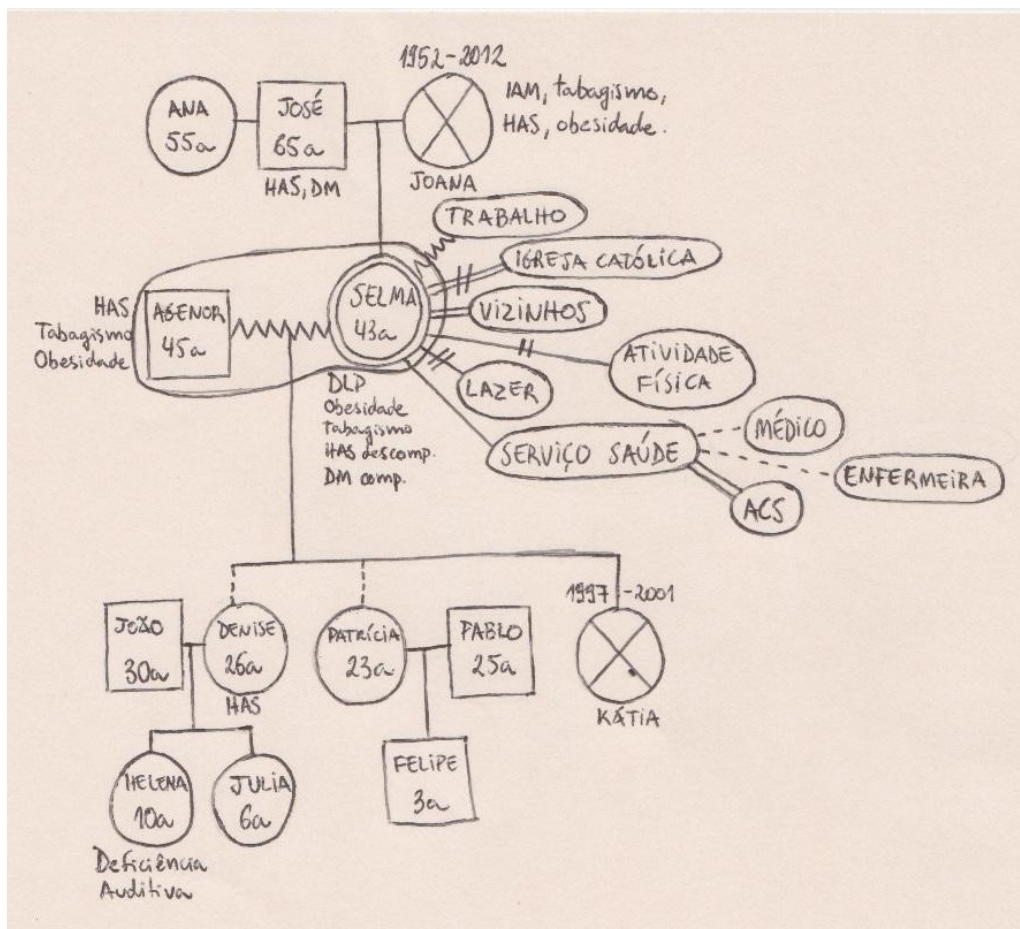
Legenda: ACS – Agente Comunitário de Saúde.

Da mesma forma que no genograma, as informações vão sendo coletadas ao longo do tempo, com a pessoa e família e com a percepção dos profissionais durante os encontros.

O genograma e o ecomapa podem contribuir para o entendimento das relações familiares e sociais das pessoas, mas obviamente também devem estar alinhados com os conhecimentos técnico-científicos, pois é o conjunto de informações e percepções que potencializam o conhecimento da realidade e da relação com o problema.

Vejamos o exemplo utilizado para o genograma e ecomapa numa única representação gráfica.

Figura 10. Combinação de genograma com ecomapa.



Fonte: Elaborada pelos autores.

Legenda: a- anos; IAM – Infarto Agudo do Miocárdio; HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica; DM – Diabetes Mellitus; DLP - Dislipidemia; descomp. – descompensada; comp. – compensada; ACS – Agente Comunitário de Saúde.

A combinação da representação gráfica do genograma e do ecomapa, colhida por meio de uma escuta qualificada, facilita o entendimento das relações sociais e familiares com os problemas de saúde.

No exemplo da Dona Selma, sua relação estressante com o trabalho provavelmente explica por que ela fuma e come com frequência durante o dia. O fumar e o comer são um jeito de dar uma pausa numa atividade que não gosta de fazer. Esse processo, ainda que seja “consciente”, torna-se quase espontâneo, pois é uma defesa ou uma estratégia de sobrevivência.

Neste genograma, depois de novas conversas com Dona Selma, ela relata que não possui problemas com as filhas, mas que elas estão distantes e não frequentam muito a sua casa, e que sente falta das filhas e dos netos. Além disso, tem relação conflituosa com o marido.

É importante lembrar que tanto o genograma quanto o ecomapa dizem respeito a um determinado momento, pois as relações familiares e sociais são dinâmicas e, por este motivo, devem sempre ser atualizadas, na medida em que as mudanças se processam.

As informações do genograma e do ecomapa tanto nos auxiliam no diagnóstico situacional quanto no planejamento das ações que são necessárias para a atenção integral e atendimento das necessidades das pessoas.

SAIBA MAIS

Assista a vídeoaula da Comunidade de Práticas sobre Ecomapa.

Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=TgaLJ2S11PQ>

No âmbito coletivo, o processo de territorialização é utilizado para a realização do diagnóstico comunitário e discutiremos no capítulo 6.

CONCLUSÃO

A clínica ampliada representa uma prática de apreensão de necessidades (ampliadas) dos sujeitos, a qual tem na escuta qualificada (história sem os filtros biomédicos) sua principal tecnologia.

TÓPICO 4 - PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Objetivo: Caracterizar o projeto terapêutico singular como resposta as necessidades ampliadas de saúde.

Conceito: O Projeto Terapêutico Singular pode ser entendido como um dispositivo de planejamento de atenção, pensado para um sujeito que se distingue de todos os outros pelas suas características individuais e contextuais (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013). É o planejamento a partir da clínica ampliada.

O termo “singular” indica a não possibilidade de reprodução, pois ele se remete àquela pessoa especificamente (OLIVEIRA, 2010), o que torna nosso percurso relacional algo completamente desconhecido e imprevisível, e exige uma profunda e cuidadosa “investigação” desse contexto individual (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

Desta forma, ele não pode ser entendido como mera formalidade protocolar ou burocracia de registro, mas sim de projeto que aponta perspectivas para o futuro e, ainda, com características de flexibilidade, pois ao longo do percurso as necessidades vão se transformando de acordo com a evolução do caso e mudanças que a própria vida impõe (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

O Projeto Terapêutico Singular aponta para a organização de um conjunto de ações articuladas, para um determinado sujeito individual ou coletivo, resultado de discussões coletivas de uma equipe interdisciplinar e/ou intersetorial (BRASIL, 2009).



Palavra do Professor: As discussões coletivas propiciam uma atuação integrada das equipes e dos diferentes setores, valorizando outros aspectos que seriam negligenciados sem a devida integração.

Os modos de trabalho fragmentados, que permearam nossa sociedade por muitas décadas, nos quais cada profissional trabalha de forma isolada a partir de seu núcleo de conhecimento, e cada qual avalia e constrói ações segundo sua lógica, podem, no seu conjunto, não atender integralmente às necessidades das pessoas, diminuindo a resolubilidade e, inclusive, aumentando as chances de intervenções danosas às pessoas (OLIVEIRA, 2010).

A discussão do caso, a identificação de necessidades e a definição do que será realizado, quando é fruto de uma construção coletiva e compartilhada, aumentam muito as chances de sucesso, evitando contradições, sobreposições, negações e concorrências dos diversos profissionais e setores, e ainda têm a capacidade de fortalecer vínculos e aumentar a responsabilização individual e coletiva (BRASIL, 2009).

Além disso, o Projeto Terapêutico Singular pressupõe a participação do sujeito na formulação e no andamento das ações, afinal, não se muda algo para alguém, senão com esse alguém (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

Não se trata apenas de uma abertura para o que poderíamos atribuir como “politicamente correto”, mas também por uma questão de saber, de técnica, de capacidade de análise e de visão estratégica (OLIVEIRA, 2010). Além disso, a participação da pessoa na construção das propostas favorece em muito sua adesão, tornando-o corresponsável em todo o processo de cura e cuidado.

Para tanto, é necessário construir a proposta de gestão compartilhada, com processos que estimulem autonomia e responsabilização das instituições e dos sujeitos, porém com estabelecimento de compromissos bem definidos (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

Ainda que não sejam novas essas propostas de ampliação do olhar sobre o objeto de trabalho e também da necessidade do trabalho em equipe, a forma tradicional e fragmentada de condução do processo de trabalho ainda é realidade nas instituições.

Para que seja possível a realização de Projetos Terapêuticos Singulares, é necessário que exista ambiente organizacional favorável às mudanças no plano micropolítico, ou seja, requer adesão de todos os profissionais de saúde de determinada unidade ou município em relação à nova proposta de organização. No plano macropolítico (gestão institucional e setorial), também deve haver desejo e disponibilidade de recursos políticos para apoiar e viabilizar as mudanças institucionais (FRANCO, 2006). A gestão deve ser entendida apenas como um meio facilitador das ações de atenção.

A utilização do Projeto Terapêutico Singular desafia tanto a forma tradicional de organizar o processo de trabalho quanto a forma tradicional de gerir estes processos, pois aponta a necessidade de profissionais de uma mesma instituição, profissionais de outras instituições e profissionais de outros setores, se articularem e construir espaços coletivos e sistemáticos para discussão, compartilhamento de ações, corresponsabilização pelas pessoas e pelos processos, com horizontalização de conhecimentos e poderes (CAMPOS, 2003).

Desta forma, é necessário criar dentro do cotidiano de trabalho agenda para as reuniões. Como em geral as reuniões sistemáticas não fazem parte da rotina das instituições, é necessário legitimar a nova organização com todos os trabalhadores, gestores e população, para que exista o entendimento de que elas fazem parte do processo de trabalho e são necessárias para melhorar o serviço e a resolubilidade (OLIVEIRA, 2010).

Além disso, para a implementação do Projeto Terapêutico Singular, é necessário que profissionais e gestão estejam dispostos a quebrar a forma hierárquica e autoritária com que as instituições e a própria sociedade se organizaram ao longo dos anos. Criar um ambiente fraterno e colaborativo – em que todos tenham direito à voz e opinião, com direito a diferenças e críticas – é fundamental para o aprendizado de todos e sucesso na construção e condução dos projetos (BRASIL, 2009).



Palavra do Professor: *A compreensão ampliada sobre saúde é condição sine qua non para que os projetos, que se propõem a serem singulares, de fato sejam inclusivos, pois é a partir da visão ampliada que emerge a necessidade de articulação entre profissionais e com outras instituições e setores, e fica visível a complexidade das coisas e a incapacidade de resolver os problemas de forma disciplinar e setorial.*

A construção do Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2009), pode seguir os movimentos:

a) Definição do contexto singular da pessoa: este momento deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade da pessoa. A equipe deve tentar captar como a pessoa se produz diante do contexto de doença, com suas dificuldades, seus desejos e interesses, bem como sua relação (ou não) com o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Na lógica ampliada, é preciso que o diagnóstico não seja realizado apenas procurando os problemas, mas também identificando as potencialidades do sujeito. Ao final é importante que todos os profissionais envolvidos na atenção discutam se as impressões foram próximas e realizem explicações de suas percepções. É preciso ter a humildade para reconhecer que o conhecimento disciplinar não é o suficiente para explicar o processo de adoecimento, mas pode ajudar a entender todo o contexto que envolve a vida destas pessoas e que, por vezes, um campo de conhecimento é mais acionado pela necessidade singular que se apresenta a cada caso. A partir deste desenho inicial, será possível a identificação das mais variadas necessidades de saúde, que extrapolam as ações de recuperação e cura, caminhando para a dimensão do cuidado e das ações integradas.

b) Definição de metas: a partir do consenso sobre a situação da pessoa, a equipe inicia a proposição de ações de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com a pessoa. Neste momento, é fundamental que haja sincronismo entre as ações propostas pelos diferentes profissionais e/ou serviços, pois a relação existente entre elas durante a execução pode potencializar o sucesso “individual” de determinada ação. Independentemente do tipo de problema ou de prognóstico, todos os esforços devem ser feitos para a melhoria da condição de vida e saúde da pessoa. As estratégias que podem ser utilizadas, para tanto, incluem as atividades clínicas, visitas domiciliares, reuniões para discussão do caso, atividades de grupo e articulação com outros serviços e setores.

c) Divisão de responsabilidades: o projeto deve explicitar com bastante clareza a definição de tarefas de cada profissional, de cada instituição e de cada setor, para que não haja falta ou sobreposição de atividade. Uma estratégia utilizada para favorecer o bom desenvolvimento do projeto é a escolha de um profissional de referência. Este fica responsável pela articulação e monitoramento de todo o processo, mantendo-se informado sobre o andamento das ações e, quando necessário, aciona algum serviço ou profissional para resolução de problemas eventuais. Geralmente se escolhe aquele profissional que possui maior vínculo com a pessoa e família, independentemente de sua formação profissional. O fato de ter um profissional de referência não elimina a necessidade de reuniões e discussões sistemáticas dos profissionais.

d) Reavaliação: momento em que se discute a evolução e a avaliação de necessidade de correções de rumo. Ao longo do desenvolvimento das ações, os profissionais envolvidos vão captando percepções e evidências, e estas deverão ser levadas para discussão com toda a equipe e, posteriormente, com a equipe ampliada, quando envolver NASF ou outros serviços. Para a garantia efetiva dessas discussões, é necessária a criação de agenda de reuniões que possibilite de fato a participação de todos os envolvidos.

Uma das questões que sempre ganha destaque é o modelo de como construir e registrar um projeto. As publicações sobre o tema não trazem nenhum tipo de estrutura de registro, pois a ideia é justamente que os profissionais não se prendam em estrutura rígida ou protocolo de registro de informações, e mecanize a construção do projeto, que por essência se objetiva ser singular.

O importante é que exista um registro de todas as informações, sejam elas referente ao diagnóstico inicial, às ações planejadas, às metas pactuadas, aos profissionais responsáveis, e a todo o processo de acompanhamento e reavaliação. Registrar é fundamental, mas não deve existir modelo fechado.

Para fins de ilustração, vamos demonstrar uma forma de registro de PTS referente ao exemplo utilizado no genograma e ecomapa.

NA PRÁTICA

Projeto Terapêutico Singular – Dona Selma.

a) Diagnóstico:

Queixa/ situação/ demanda: 43 anos de idade, pouco mais de 1,50 metros de altura, com obesidade (pesando 132 kg), hipertensão arterial com dificuldade de controle, diabetes mellitus com descontrole glicêmico, dislipidemia, fumante (2 maços por dia).

Contexto familiar e social: casada, 3 filhas (que já não moravam em casa e uma falecida), relatou sentir falta das filhas e netos. Trabalha em casa colando sacolas, das 7 da manhã às 10 da noite, ganhando pouco mais de 600 reais. Privação de várias atividades sociais, entre elas religião, lazer e amizades, principalmente devido ao trabalho excessivo.

Informações e ações clínicas já realizadas: faz acompanhamento irregular na UBS da hipertensão arterial, diabetes, colesterol, com baixa adesão principalmente das medidas não farmacológicas. Já foi encaminhada à nutricionista sem sucesso.

Percepções dos profissionais de saúde: usuário apresenta pouca adesão ao uso dos medicamentos e às demais orientações da equipe. Condições de trabalho desfavoráveis para o cuidado e, apesar de casada, passa boa parte do tempo sozinha. Tem relação bastante estreita com a ACS Janete e com a vizinha Lourdes, as quais são as pessoas que mais confia. A relação com o trabalho é bastante conflituosa pelo fato da jornada excessiva, baixa remuneração e não gostar da atividade que realiza. Essa relação conflituosa com o trabalho provavelmente justifica a compulsão pelo cigarro e alimentação fora de hora. Relatou o sonho de voltar a trabalhar fora de casa.

Percepções do usuário/ família: depois da aproximação da equipe, relatou que não procurava com regularidade a UBS, pois o médico e a enfermeira sempre brigavam pelo fato de não conseguir controlar a diabetes, a hipertensão e o colesterol, além de não conseguir largar o cigarro e emagrecer. Dizia que não conseguia controlar a vontade de fumar e comer durante o dia. Não tinha mais vontade de tentar controlar os problemas.

Análise de potências e vulnerabilidades: o sonho de voltar a trabalhar fazendo faxina fora de casa pode auxiliar na adesão aos cuidados de saúde e criação de vínculo com a equipe de saúde. Já as relações familiares se mostram bastante frágeis e não auxiliam no processo de cuidado, mas podem ser reconstituídas.

b) Definição de metas:

- Aumentar o vínculo de toda a equipe, especialmente do médico e da enfermeira, com postura mais dialógica e acolhedora;
- Realizar a reavaliação clínica;
- Promover a melhora da situação clínica, atrelada principalmente aos ganhos futuros que interessam a pessoa (voltar a trabalhar fora);
- Promover a autonomia para os cuidados não farmacológicos, especialmente a dieta;
- Incentivar a participação em alguma atividade física de desejo da usuária;
- Incentivar o retorno às atividades religiosas para reforço de crenças e disposição para a vida;
- Conversar com as filhas para, se possível, estarem mais presentes.

c) Divisão de responsabilidades:

- Reavaliação clínica (consulta, exames bioquímicos) – médico e enfermeira (prazo: 2 semanas);
- Avaliação nutricional – solicitação de apoio à nutricionista do NASF (prazo: 3 semanas);
- Orientação nutricional e incentivo à mudança de hábitos alimentares - enfermeira e ACS Janete (prazo: 4 semanas);
- Convite para participação no Projeto Itajaí Ativo – ACS Janete e vizinha Lourdes que já participam do projeto (2 semanas);
- Convite para voltar a frequentar a igreja – ACS Janete solicitar para D. Lourdes fazer o convite (2 semanas);

- Conversa com as filhas e o marido para incentivo às mudanças e à volta ao trabalho fora da residência – ACS Janete (1 semana);
- Gestão do cuidado (profissional de referência) – ACS Janete.

d) Reavaliação:

- Avaliar mensalmente as condições clínicas em consultas;
- Avaliar mensalmente a disposição para as mudanças nas reuniões de equipe;
- Avaliar mensalmente a participação nas atividades sociais planejadas nas reuniões de equipe.

SAIBA MAIS

Veja um exemplo de como formular um Projeto Terapêutico Singular, acessando o material da UNA-SUS/UFSC (páginas 19-33) de autoria de Miranda, Coelho e Moré (2012).

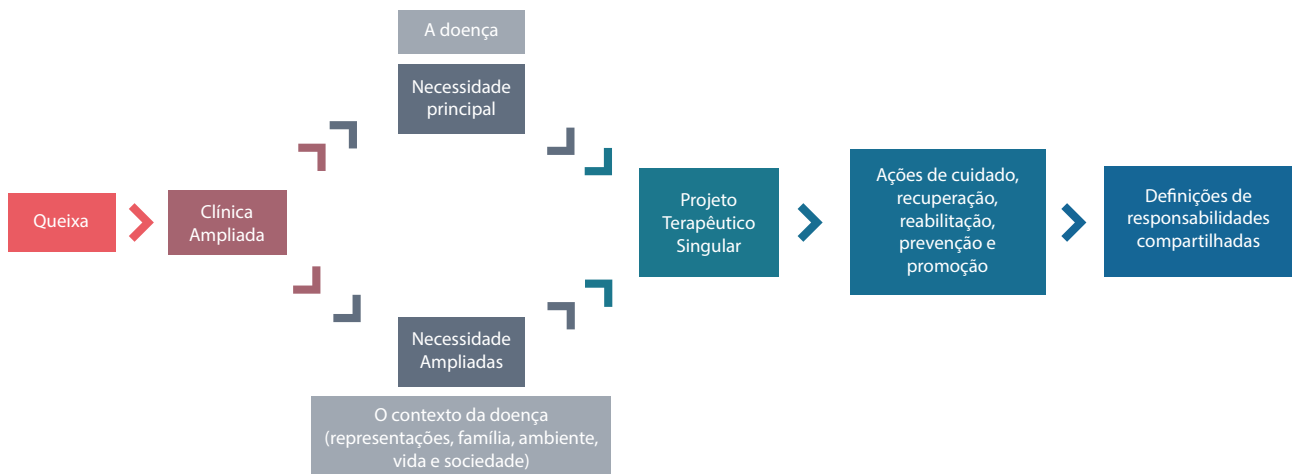
Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1089>

CONCLUSÃO

O que se espera enquanto abordagem e prática, é que os profissionais de saúde sejam capazes de ampliar seu olhar para o processo de saúde e adoecimento, e desta forma, produzam ações mais dialógicas, emancipadoras, contribuindo assim para a melhoria das condições de vida e saúde das pessoas, conforme Figura 11.

Figura 11. Abordagem na lógica da integralidade.

A clínica ampliada e o Projeto Terapêutico Singular



Fonte: Elaborado pelos autores.

Referências

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o Modelo Biomédico? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080/90**. Brasília: Diário Oficial da União, n. 182, p. 18055-9, seção I, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 198/GM/MS – Anexo II** (Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor). Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CAMPOS, G. W. S. Clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 51-67.

CAMPOS, G. W. S.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. **Práxis e Formação Paidéia**: apoio e co-gestão em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

CARTA CAPITAL. A droga da paz química. Reportagem publicada em 04 de novembro de 2015, por Ingrid Matuoka. São Paulo: **Carta Capital**, 2014. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/saude/rivotril-a-droga-da-paz-quimica-3659.html>. Acesso em: 17 de setembro de 2017.

CECILIO, L. C. O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta Pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CIANTELLI, G. L. et al. A gravidez não planejada em um bairro periférico de Sorocaba-SP. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 14, n. 1, p. 19-21, 2012.

CUNHA, G. T. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2004.

CUTOLO, L. R. A. Estilo de Pensamento em Educação Médica – Um estudo do currículo do curso de graduação em Medicina da UFSC. **Tese** (Doutorado em Educação) – Centro de Ciências da Educação, UFSC. Florianópolis, 2001.

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

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. et al (Orgs). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 161-198.

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

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2006. p. 48-54.

OLIVEIRA, G. N. O Projeto Terapêutico Singular. In: CAMPOS, G. W. S.; GERRERO, A. V. P. (Orgs). **Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010. p. 283-297.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Carta de Ottawa**. Ottawa, 1986.

OTHERO, M. B.; AYRES, J. R. C. M. Necessidades de saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias de vida. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 219-33, 2012.

POLITA, N. B.; TACLA, M. T. G. M. Rede e apoio social às famílias de crianças com paralisia cerebral. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 75-81, 2014.

SCHLITTLER, A. C. B.; CERON, M.; GONÇALVES, D. A. Famílias em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial. **Especialização em Saúde da Família – UnA-SUS**, Santa Catarina, 2011. p. 43-69.

WILKINSON, E.; RANDHAWA, G.; SINGH, M. Quality improvements in diabetes care, how holistic have they been? A case-study from the United Kingdom. **International Journal for Equity in Health**, v. 13(1), p. 13-29, 2014.

Capítulo 4

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Luana Gabriele Nilson
Marcos Aurélio Maeyama
Claudia Helena Jasper
Luise Lüdke Dolny
Luiz Roberto Agea Cutolo
Maria Cristina Marino Calvo

Capítulo 4

Promoção da Saúde

TÓPICO 1 – A PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO RESPOSTA À DETERMINAÇÃO SOCIAL

Objetivo: Neste tópico nosso objetivo é lhe ajudar a reconhecer a promoção da saúde como resposta à determinação social do processo saúde-doença, estabelecendo a relação entre as causas dos problemas com as respostas sanitárias.

Embora a promoção da saúde esteja na pauta das principais discussões contemporâneas do setor saúde, seu entendimento ainda causa muita controvérsia, dificultando sua implementação na prática de saúde. A promoção da saúde apresentou entendimentos diferentes ao longo do tempo. Nestes entendimentos, o contexto histórico e o próprio entendimento sobre saúde é que determinaram sua explicação e conseqüentemente sua aplicação prática (MAEYAMA et al., 2015).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, permitiu a reorganização do sistema nacional de saúde para uma abordagem integral do processo saúde-doença, por meio das ações de promoção, proteção e recuperação. A promoção da saúde entrou assim, oficialmente, na pauta de discussões da Reforma Sanitária Brasileira.

SAIBA MAIS

- Link da Constituição – Seção Saúde:

http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf

- Link para a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm



- Mas afinal, o que é realizar uma abordagem integral do processo saúde-doença?

A abordagem na saúde sempre é dependente da concepção do pressuposto de saúde e o entendimento de integralidade se afina com a premissa da **epidemiologia social** para entender como ocorre o processo saúde-doença.

Conceito: Epidemiologia social tem como característica a insistência em investigar a relação direta da determinação social no processo saúde-doença. Isso significa dizer que não se trata simplesmente de considerar os aspectos sociais nas abordagens epidemiológicas, colocando-os como fatores de risco (probabilidade de algo acontecer) (BARATA, 2005). Trata-se da própria explicação do processo saúde-doença a partir da determinação social, ou seja, de como a organização social determina o aparecimento de determinados problemas de saúde. Já a epidemiologia clássica parte do conceito de multicausalidade, tem a preocupação de demonstrar a existência ou não da relação probabilística entre o aparecimento de um determinado problema com determinados fatores (inclusive os sociais), sem que se constituam necessariamente como determinantes do processo. Apesar de se preocupar com a demonstração de fortes associações de fatores de risco com as doenças, identificando tais fatores como “causas”, supervaloriza a adoção de estilos de vida saudáveis; e as estratégias de “promoção da saúde” são majoritariamente baseadas na educação comportamental (BARATA, 2005), sem a preocupação com transformações sociais estruturais.

A crítica quanto à epidemiologia clássica é que os aspectos da vida social não podem ser dissociados em fatores, pois fazem parte de um contexto interativo e dinâmico, não sendo possível isolar um aspecto social e manter os demais constantes (BARATA, 2005).

A discussão sobre determinantes e determinação social é bastante interessante, porém estamos partindo do pressuposto de que a imagem-objetivo da mudança político-social (macroestrutura) só é possível por meio do processo consciente da Educação Popular e Saúde (entendimento da determinação social), e também do pressuposto de que a transformação das condições de vida (determinantes sociais) – de forma universalizante - pode iniciar processos solidários que visem à mudança macrosocial. Portanto estas não devem ser consideradas dicotômicas ou excludentes, mas partes de um grande processo de transformação social.

SAIBA MAIS

Acesse a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no link:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html

Em uma perspectiva ampliada, a saúde é influenciada por determinantes sociais que estão vinculados aos comportamentos individuais, às condições de vida e trabalho, bem como relacionados à macroestrutura econômica, social e cultural, com íntima relação entre eles, conforme aponta o modelo desenvolvido por Dahlgren e Whitehead em 1991 (CNDSS, 2008).



Palavra do Professor: Não é possível fazermos uma análise reduzida do processo saúde-doença e estabelecer relações isoladas entre causas e consequências. Por isso convidamos você a pensar de forma ampliada em tudo que pode influenciar e determinar a ocorrência de uma doença. O Modelo de determinação social da

saúde apresentado na Figura 1 ilustra bem a relação possível e dependente entre um indivíduo e o contexto social a qual pertence.

Você conhece este modelo?

Figura 12. Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)



Fonte: Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2008).

SAIBA MAIS

Essa organização foi apresentada em relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), constituída por um importante movimento brasileiro, iniciado em 2006, para discutir e fortalecer a linha dos determinantes sociais de saúde, tendo como objetivo principal identificar as causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. O relatório final publicado em 2008 incluiu vários estudos e utilizou o modelo desenvolvido por Dahlgren e Whitehead em 1991 (CNSDSS, 2008). O Relatório pode ser acessado na íntegra pelo link:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf

O modelo organiza os determinantes sociais de saúde em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência. Na camada mais interna ficam os indivíduos com suas características biológicas individuais, que sem dúvida alguma exercem influência sobre as condições de saúde (CNDSS, 2008).

Na camada imediatamente externa aos indivíduos, aparecem os estilos de vida, que, apesar de relacionados a fatores individuais de comportamento, nem sempre estão sob controle dos indivíduos, e muitas vezes são moldados pelo acesso à informação, acesso aos serviços essenciais, pressão de pares e pelas próprias condições de vida e trabalho (CNDSS, 2008).

Na camada subsequente, aparecem as redes comunitárias e de apoio social, que têm importância fundamental na saúde da sociedade, e são expressas pelo nível de coesão social existente (CNDSS, 2008). A ausência ou a presença de apoio social pode influenciar negativamente ou positivamente a saúde das pessoas, respectivamente.

As condições de vida e de trabalho estão no próximo nível e são relacionadas à disponibilidade de alimentos, acesso a serviços essenciais (como educação e saúde), exposição e vulnerabilidade aos riscos à saúde como consequência de condições de moradia e de trabalho inadequadas (CNDSS, 2008).

E, finalmente, na camada mais externa, estão os macrodeterminantes, que possuem grande influência sobre as demais camadas e estão relacionados às condições sociais, econômicas, culturais e ambientais da sociedade, pois são capazes de gerar uma estratificação econômico-social nos indivíduos e grupos populacionais, conferindo-lhes posições sociais distintas, que por sua vez definem as condições de vida e trabalho (CNDSS, 2008).

Os vários estudos presentes no relatório expressam como as iniquidades sociais presentes em nossa sociedade causam as iniquidades em saúde (CNDSS, 2008), demonstrando que a melhoria dos indicadores de saúde só é possível com justiça social, pois não se trata simplesmente de escolhas individuais, mas sim de oportunidades.

O modelo de Dahlgren e Whitehead permite entender que os problemas têm uma dimensão macro e microssocial. Na dimensão macrossocial, cabe ao setor saúde demonstrar a relação existente entre as iniquidades de saúde ocasionadas pelas iniquidades sociais e, desta forma, subsidiar a construção de políticas públicas que possibilitem as mesmas oportunidades a todos os cidadãos (CNDSS, 2008).

Um exemplo disso é o pagamento de benefícios sociais, como o Bolsa Família, atrelado à manutenção das crianças na escola e ao acompanhamento pela equipe de saúde de referência. Tais benefícios são fruto de política pública ampla, que envolve setores além da saúde, mas que se desenvolvem por meio de ações intersetoriais – enquanto o dinheiro ajuda a família a acessar bens mínimos de consumo necessários à vida, a frequência escolar e os cuidados de saúde contribuem para a inversão dessa realidade no futuro.

No nível microssocial, os profissionais de saúde podem, por meio de projetos comunitários, facilitar o acesso a alguns determinantes sociais por meio de articulações interinstitucionais e intersetoriais (CNDSS, 2008). Usando o mesmo exemplo, neste contexto a equipe de saúde pode realizar articulação com a promoção social do município ou mesmo com associações/organizações e desenvolver projetos comunitários de geração de renda, economia solidária, entre outros. Podem ainda desenvolver um projeto de horta comunitária para promover o acesso facilitado à alimentação de qualidade, bem como reflexões com a comunidade sobre alimentação saudável a partir desses recursos acessíveis.

Nesse sentido, promover saúde está diretamente relacionado à forma como agimos para reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde e à forma como os determinantes e condicionantes sociais agem sobre nossa vida, nos fazendo mais ou menos saudáveis na sociedade em que vivemos (BUSS, 2010).

CONCLUSÃO

Nesta unidade introduzimos o tema da promoção de saúde e chamamos a sua atenção para a importância de pensar o processo saúde-doença além dos limites de seu saber técnico. A ocorrência ou não de doenças depende de fatores diversos e da relação destes com cada pessoa. Portanto, lembre-se da determinação social e dos diversos determinantes envolvidos, que vão exigir de você humildade e ações multiprofissionais e intersetoriais para promover a saúde de seus pacientes, famílias e comunidade.

TÓPICO 2 - AS DIFERENÇAS ENTRE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO

Objetivo: Discutir as diferenças entre promoção da saúde e prevenção de doenças a partir da concepção de saúde.

A construção do conceito de promoção da saúde que conhecemos hoje iniciou na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986 na cidade de Ottawa, cujo relatório final – a Carta de Ottawa –, descreve: “Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OPAS, 1986, p.1).

Se analisarmos superficialmente, o termo “capacitação” sugere atividades educacionais. Este entendimento pode reduzir a promoção da saúde à prática educativa em saúde, como comumente tem circulado nos ambientes acadêmicos e nos serviços de saúde. Porém, a Carta de Ottawa já apontava que a promoção da saúde não deve ser exclusividade do setor saúde, indo para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (OPAS, 1986).

Esta constatação de que não basta educar para um estilo de vida saudável vem da crítica a uma Reforma Sanitária do sistema de saúde canadense, iniciada em 1974, que ficou conhecida como Informe Lalonde. O Informe Lalonde instituiu mudanças no sistema de saúde, enfatizando a adoção de estilos de vida saudáveis, e foi bastante criticado posteriormente por culpabilizar os indivíduos e não ser suficiente para transformar a situação de saúde da população (RABELLO, 2010).

Levando isso em conta, o termo “capacitação” deve ser entendido aqui no sentido de “dar capacidade” às pessoas para exercerem sua saúde, ou seja, de dar condições materiais para que possam optar por um estilo de vida saudável, indo para além da informação, mas também a considerando.

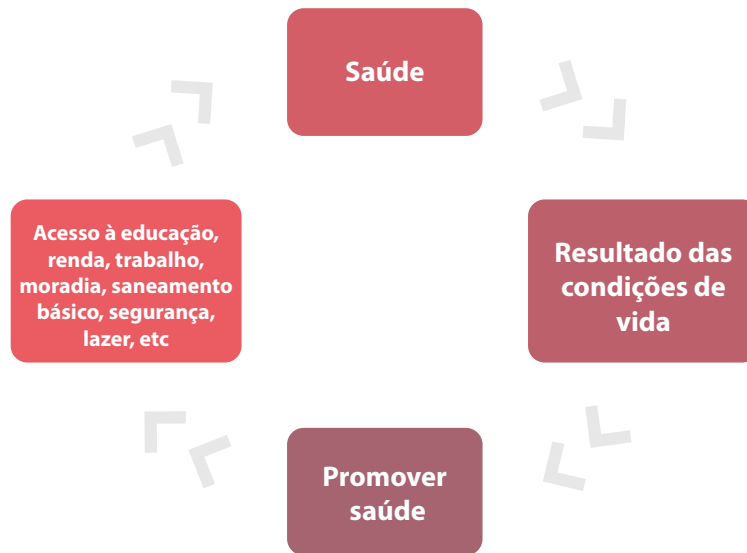
Mas afinal, a qual saúde estamos nos referindo?



- O que é saúde para você? E qual é o seu conceito de promoção de saúde?

O relatório da Carta de Ottawa considera como pré-requisitos para a saúde a paz, a habitação, a educação, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, os recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade (OPAS, 1986). Em síntese descreve que a saúde é determinada por aspectos sociais, econômicos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos. Neste entendimento, promover saúde é dar “capacidade” para que as pessoas tenham acesso a estes determinantes de saúde, ou em outras palavras, tornar estes determinantes os mais favoráveis possíveis para as pessoas (Figura 13).

Figura 13. Modelo explicativo da promoção da saúde a partir do conceito ampliado de saúde.



Fonte: Elaborado pelos autores.

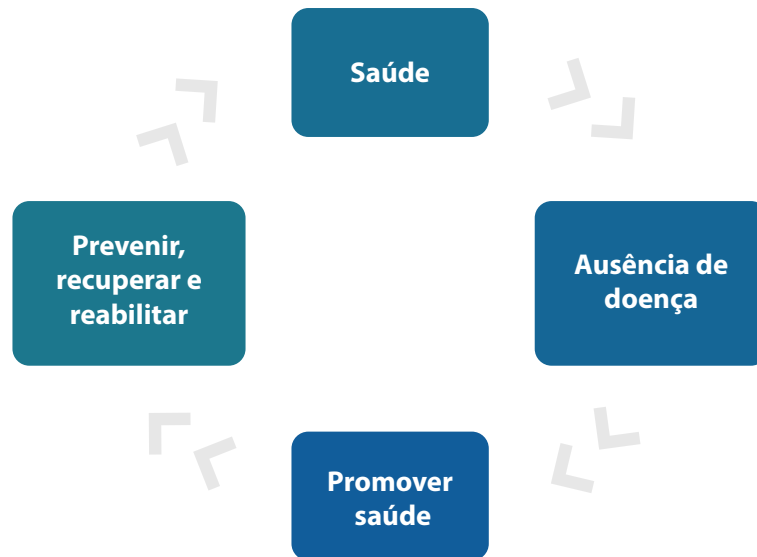
Neste sentido, saúde é entendida como positividade, mas ainda dentro dos limites estabelecidos pelo poder hegemônico das sociedades ocidentais – capitalismo – (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009), cujos determinantes sociais podem interferir positiva ou negativamente na saúde das populações. Neste formato, não questionamos o processo político hegemônico capitalista que promove as iniquidades de acesso aos determinantes sociais e por consequência determinam as iniquidades em saúde. Portanto, a determinação social é entendida a partir da construção de projetos político-democráticos contra-hegemônicos (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009) para transformação social, cujos parâmetros se baseiam na solidariedade.

Um dos grandes equívocos sobre o entendimento de promoção da saúde é considerá-la como sinônimo de prevenção. Esta confusão teórica vem especialmente do modelo desenvolvido por Leavell & Clark em 1965, que se baseava no conhecimento da história natural da doença e nos níveis de prevenção (primária, secundária e terciária), com intervenção de acordo com o estágio de evolução da doença.

Na prevenção primária, os autores sugerem que sejam realizadas ações de promoção da saúde e de proteção específica (LEAVELL; CLARK, 1976). A centralidade na doença e nos seus fatores de risco parte de uma explicação multifatorial do processo saúde-doença, portanto de ordem biologicista e positivista.

Assim, como proposta de ações de promoção da saúde, era sugerida a educação sanitária, o bom padrão nutricional, a atenção ao desenvolvimento da personalidade, a moradia adequada, a recreação, as condições agradáveis no trabalho, o aconselhamento matrimonial e a educação sexual, a genética e os exames seletivos periódicos (LEAVELL; CLARK, 1976), porém colocados como atitudes das pessoas frente à doença, portanto com enfoque preventivista e comportamentalista. Nessa lógica, saúde é considerada como ausência de doença e, nesse contexto, promover saúde é prevenir e/ou recuperar, como demonstra a Figura 14.

Figura 14. Modelo explicativo da promoção da saúde a partir da multicausalidade.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Mesmo com avanços na concepção sobre promoção da saúde, as ideias propostas por Leavell e Clark permanecem fortemente arraigadas na formação em saúde, causando equívocos teóricos e práticos no que se considera como promoção da saúde, especialmente quanto às suas diferenças da prevenção de doenças. Por isso, vamos discutir um pouco as diferenças conceituais entre ambas.

As ações preventivas orientam-se para evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência por meio do conhecimento epidemiológico. Estruturam-se por meio de projetos de educação sanitária, com divulgação de informação científica e recomendações normativas de mudanças de hábitos (CZERESNIA, 2009). Já a promoção da saúde refere-se a medidas visando aumentar a saúde e o bem-estar geral, não se dirigindo especificamente a uma doença ou desordem, utilizando estratégias para a transformação das condições de vida e de trabalho que influenciam nos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial (CZERESNIA, 2009).

Enquanto a prevenção orienta-se para as ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de uma determinada enfermidade, a promoção da saúde busca modificar positivamente as condições de vida; aponta para a transformação do processo individual de tomada de decisão em busca de uma melhor qualidade de vida e saúde; orienta para o fortalecimento comunitário com decisões coletivas visando favorecer as condições de bem-estar e saúde (BUSS, 2009).

NA PRÁTICA

Para deixar mais claro, podemos pensar em uma comunidade sem acesso à água potável e com alta incidência de doenças do trato gastrointestinal. Ações para prevenção de doenças seriam: orientar e ensinar a população a ferver a água antes do consumo e a higienizar os reservatórios; distribuir hipoclorito para uso doméstico. Já a promoção de saúde demandaria a articulação intersetorial e política para levar água encanada e tratada até essa população.

Quanto aos objetivos, para a prevenção, a ausência de doenças é o suficiente; já para a promoção da saúde, o objetivo perante qualquer nível de saúde registrado é melhorar e buscar condições mais satisfatórias de vida (BUSS, 2009).

Outro ponto bastante confuso da promoção da saúde é a prática educativa em saúde. A prática educativa baseada no estilo bancário parte da premissa que o educador é o conhecedor da “verdade científica” e, neste sentido, faz comunicados aos educandos, ou seja, deposita seus conhecimentos nos educandos, que devem arquivá-los e guardá-los (FREIRE, 2005).

Na área da saúde, este tipo de prática educativa é chamado de educação sanitária, relacionando-se com as propostas do modelo biomédico e multicausalista e visando fundamentalmente, por meio do repasse de informações, evitar a ocorrência de doenças (DA ROS, 2000). Baseia-se em práticas impositivas e na prescrição de comportamentos e ideais, geralmente desvinculados da realidade social dos indivíduos, muitas vezes culpabilizando-os pelo eventual fracasso (PEDROZA, 2006). O enfoque, portanto, é preventivista.

Sustentados pela formação, a grande maioria dos profissionais de saúde ainda utiliza esse tipo de prática educativa, realizando, por meio de consultas ou palestras, prescrições comportamentais em geral enunciadas no imperativo: não fume; não transe sem camisinha; use cinto de segurança; não abandone o tratamento; não deixe água nos vasos de flores; ande, não fique sentado o tempo todo; coma verdura; escove os dentes; trabalhe protegido; faça o exame preventivo de câncer, etc. (LEFREVE; LEFREVE, 2004).

O resultado destas práticas educativas aponta para o não cumprimento ou cumprimento parcial de tais prescrições de acordo com a lógica estabelecida pelo próprio paciente (LEFREVE; LEFREVE, 2004) e em inúmeras situações o profissional de saúde fica alheio a este processo.

Em oposição a esta forma prescritiva, outro jeito de realizar a prática educativa se apresenta baseado no diálogo, no qual existe uma troca entre o educador e o educando, e por meio da problematização um novo saber é construído, de forma crítica e reflexiva (FREIRE, 2005). Este processo participativo, que gera novos saberes e, portanto, novas demandas, favorece o autocuidado de indivíduos e comunidades e facilita a realização de escolhas. Pelo objetivo da busca da autonomia, e afinado com a lógica do conceito ampliado de saúde, este tipo de prática educativa apresenta como perspectiva a promoção da saúde. Da Ros (2000) classifica este tipo de prática educativa como educação em saúde.

NA PRÁTICA

Um exemplo clássico de **educação sanitária** que ocorre em muitas unidades de saúde é o grupo de diabéticos e hipertensos. Muitas vezes estes grupos funcionam para reforço de instruções para o controle da doença e até de forma bastante repetitiva, como os famosos “tire o sal da comida”, “faça exercícios físicos”, “tome o medicamento”. Na ocasião ainda é realizada a aferição de pressão arterial ou o teste glicêmico, com o objetivo de controle da doença, e os “participantes” deste grupo têm apenas uma postura de escuta ou de respostas frente à indagação sobre a adesão terapêutica. Por outro lado, o que se constata é um número grande de pacientes sem controle da pressão arterial e dos níveis glicêmicos. Em contrapartida, a **educação em saúde** pode, a partir do diálogo, apreender necessidades sobre a dificuldade que as pessoas têm em fazer a alimentação da forma correta e ainda de fazer atividades físicas que proporcionem prazer e motivação. Neste cenário, a equipe de saúde pode organizar oficinas de culinária que valorizam o prazer das pessoas em comer, aliado a alimentos saudáveis, e discutir a construção de academias gratuitas no bairro ou mesmo organizar grupos de dança ou caminhada, tudo de acordo com a vontade das pessoas. Este processo educativo, por meio do diálogo, pode propiciar a autonomia para o cuidado das pessoas e, desta forma, se relaciona à promoção da saúde.

Já a Educação Popular em Saúde é orientada pela construção de vínculos afetivos e político-ideológicos entre serviço e camadas populares, promovendo a vivência coletiva em torno de movimentos que visam à emancipação, à libertação, à autonomia, à solidariedade, à justiça e à equidade (PEDROZA, 2006), portanto com o pressuposto da transformação social na perspectiva da determinação social.

Outro ponto de confusão da promoção da saúde se refere à **recuperação** e à **reabilitação** que, apesar da aparente clareza do significado destes termos, aparecem em algumas publicações científicas e nos discursos de profissionais de saúde relacionados com a promoção da saúde.

Conceito: As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004) descrevem a **recuperação** como um grupo de ações que envolvem o diagnóstico e o tratamento de doenças, que devem ser realizados o mais precocemente quanto for possível, evitando a progressão da doença e impedindo o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes (BRASIL, 2004). E a **reabilitação** consiste na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença, objetivando a reintegração do indivíduo no seu ambiente social e em sua atividade profissional (BRASIL, 2004).

Ainda que o profissional de saúde tenha uma prática baseada no princípio da integralidade (clínica ampliada), que considere o paciente na sua dimensão física, psicológica e social, que realize o diagnóstico e o tratamento o mais precocemente quanto for possível e/ou que reabilite seu paciente para reintegrá-lo ao ambiente social e profissional, ainda assim, estas ações são de recuperação e reabilitação.

O sentido coloquial permite o raciocínio equivocado de que recuperar, reabilitar ou mesmo prevenir um problema, são formas de se promover saúde, explicitando o conceito de saúde como ausência de doença, como demonstrado na Figura 13.

Mas a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação e a reabilitação pertencem a categorias distintas de ações de saúde, portanto elas não podem ser apontadas como sinônimas ou dicotômicas, mas sim complementares uma das outras, as chamadas Ações Integradas de Saúde, entendidas assim com um dos sentidos da integralidade (MAEYAMA; CUTOLO, 2010).



Palavra do Professor: *Mas calma, porque repensar e reconstruir o entendimento sobre promoção de saúde é difícil mesmo. É preciso pensar além, inclusive, de orientações e publicações ministeriais. Saiba o porquê, continuando a leitura.*

As confusões conceituais aparecem inclusive nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, que na própria Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS (2006) propõe para o eixo de alimentação saudável atuar na “prevenção das carências nutricionais por deficiência de micronutrientes, com suplementação universal de ferro medicamentoso” (BRASIL, 2006, p. 32).

Independente da importância ou não da ação, a suplementação de ferro, para quem já apresenta o problema, é recuperação; e para quem potencialmente pode apresentar o problema, é prevenção de uma possível carência nutricional; contudo, não tem relação com a promoção da saúde.

Por outro lado, a II Conferência Internacional de Promoção da Saúde (1988), no eixo de alimentação e nutrição, propõe a formulação de políticas públicas que favoreçam o acesso da população a uma alimentação saudável, seja ela por meio do aumento do poder aquisitivo das populações ou por meio da comercialização com preços equitativos, objetivando a transformação das condições de vida destas pessoas (OPAS, 1988), portanto conceitualmente afinada a promoção da saúde.

Outros eixos de ação da PNPS (2006) incluem a prática de atividade física, o tabagismo, o uso de álcool e drogas, os acidentes de trânsito e a cultura da paz, mas enfatizando o processo educacional que, ainda que necessário, se trabalhado isoladamente, situa-se na lógica comportamentalista.

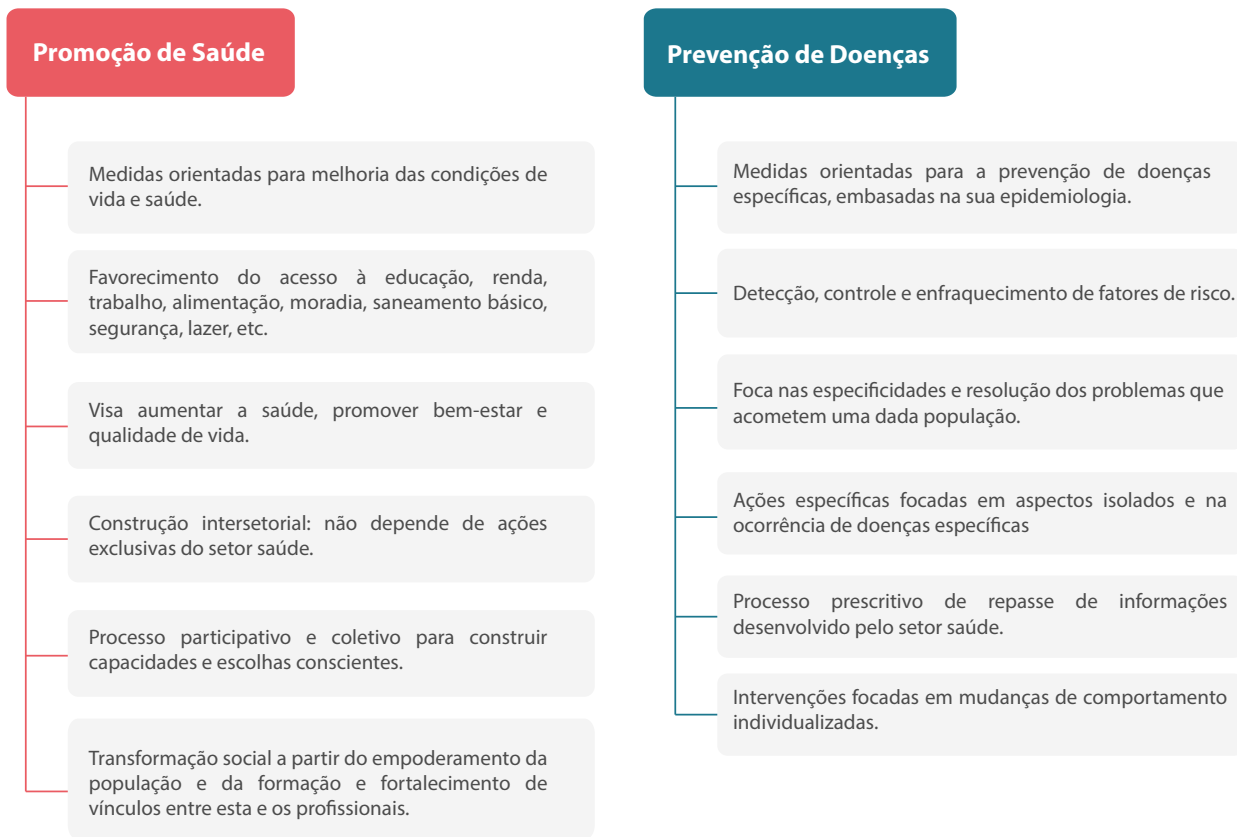
Outro equívoco das políticas de saúde vem do Pacto pela Vida (2006), publicado pelo Ministério da Saúde, que entre seus eixos prioritários descreve a promoção da saúde e aponta a necessidade de ênfase na mudança de comportamento da população brasileira de forma a “internalizar a responsabilidade individual” na prática regular de atividade física e alimentação adequada e saudável (BRASIL, 2006b). Mais uma vez parte de um viés comportamentalista individual que desresponsabiliza o Estado de promover políticas que favoreçam o acesso à alimentação saudável ou mesmo à prática de atividade física.

A publicação da nova PNPS (2014) traz alguns avanços quando cita os temas prioritários quanto à alimentação adequada e saudável, com metas de redução da pobreza e garantia do direito humano à alimentação de qualidade; práticas corporais e atividade física com incentivo à melhoria das condições dos espaços públicos; enfrentamento do uso do tabaco, álcool e outras drogas; mobilidade segura e promoção da cultura da paz, com medidas legislativas, educativas, econômicas e sociais (BRASIL, 2015).

Há o avanço do viés comportamentalista para a construção de políticas públicas, mas os temas prioritários da PNPS ainda estão bastante relacionados com indicadores de morbimortalidade e não com indicadores sociais, como acesso à educação de qualidade, à renda suficiente, à moradia adequada, ao saneamento básico, ao trabalho digno, ao lazer, entre outros, que de fato possibilitam a diminuição da desigualdade social e melhoria real das condições de vida. A promoção da saúde é o resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, coletivos e individuais, que se combinam de forma particular em cada sociedade e em conjunturas específicas, resultando em sociedades mais ou menos saudáveis (BUSS, 2010).

Para ajudar a fixar os conceitos que trabalhamos nesta unidade, construímos o Quadro 3, apontando as principais diferenças entre promoção de saúde e prevenção de doenças com base nos autores citados:

Quadro 3. Diferenças entre promoção da saúde e prevenção de doenças.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Para conseguirmos alcançar uma atenção integral e promover saúde, precisamos diminuir a fragmentação presente na saúde e na sua relação com outros setores, pois é preciso integrar saberes e práticas próprias em prol da construção e da oferta de políticas públicas orientadas pelas características culturais, sociais, políticas, econômicas, etc., próprias de cada população e território singulares (BUSS, 2010).

O Sistema Único de Saúde tem uma Política Nacional de Promoção de Saúde em construção, que ainda precisa evoluir para alcançar o conceito real de promoção de saúde, pois traduz no seu texto a confusão que muitos profissionais ainda fazem ao pensar e planejar as ações e os cuidados.

Apesar disso, a PNPS traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, a partir da articulação e da cooperação intra e intersetorial, por meio de Redes de Atenção à Saúde que articulem suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (BRASIL, 2014).

CONCLUSÃO

Promoção de saúde é um conceito amplo que trata de mudanças na estrutura da sociedade para garantir a todas as pessoas condições dignas de vida e a possibilidade de escolhas mais saudáveis. Como profissional de saúde, seu papel é pensar a promoção de forma articulada com outros setores, conectada à realidade e às possibilidades da população que cuida.

TÓPICO 3 - A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO ÂMBITO DA APS

Objetivo: Chegamos ao último tópico deste capítulo, no qual temos como objetivo refletir sobre as possibilidades de desenvolvimento das ações de promoção da saúde no âmbito da Atenção Básica à Saúde (ABS). Trabalharemos os eixos da promoção da saúde, os princípios da promoção da saúde e a organização das ações de promoção da saúde no contexto da ABS.



- Os serviços de Atenção Básica são entendidos como ideais para pensar e implementar a promoção de saúde. Você já participou de algum momento de planejamento envolvendo a população e os profissionais em seu contato com as Unidades de Saúde? A promoção de saúde faz parte das discussões? Há um entendimento adequado ou equivocado do conceito?

A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza como iniciativas de promoção da saúde os programas, as políticas e as atividades que sejam organizadas de acordo com os seguintes princípios: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multiestratégicas e sustentabilidade (WHO, 1998).

A concepção holística é no sentido de superar o campo da assistência médico-curativista para um modelo ampliado de saúde que contemple, além do biológico, os aspectos social, ambiental, mental e espiritual. Um exemplo de pensamento integral pode ser a questão da alimentação saudável, que deve considerar o aspecto nutricional, mas também o conhecimento da população sobre o assunto, a cultura alimentar das pessoas e o acesso econômico e geográfico (MAEYAMA; CUTOLO, 2010).

Ao olhar saúde a partir de seu conceito ampliado, além das ações setoriais, emerge a necessidade de realização de ações fora do setor saúde, sendo necessário melhorar as condições de educação, alimentação, trabalho, renda, lazer, segurança, saneamento básico, habitação, transporte, acesso aos serviços essenciais, entre outros.

Não cabe ao setor saúde a realização destas ações, porém a relação existente entre estes determinantes com a saúde é de domínio do setor saúde. Desta forma, cabe ao setor saúde iniciar a articulação com outros setores para tornar estes determinantes os mais favoráveis possíveis para a população (OPAS, 2006).

A institucionalização da intersetorialidade deve ocorrer como forma de criação de um canal oficial de trabalho. Um exemplo de institucionalização da intersetorialidade foi descrito por De Negri Filho e Malo (2004) ao relatarem a experiência do município de Porto Alegre, que transformou seus distritos sanitários em distritos sociais, e a abrangência de problemas e, conseqüentemente, suas soluções passaram a ser transeitoriais, pois consideraram a complexidade do problema como objeto integrado, não desfigurando o problema em disciplinas, departamentos ou setores (COSTA; ROCHA; PONTES, 2006).

Por outro lado, é importante também reconhecer que ocupar espaços coletivos, como a escola, e realizar palestras relacionadas à doença, ainda que em um espaço do setor Educação, não garantem a intersectorialidade, pois o sentido deve ser inverso. A relação da educação com a saúde é que a baixa escolaridade interfere negativamente nos indicadores de saúde, portanto a promoção da saúde e a intersectorialidade devem fomentar esse aspecto de inclusão social no sentido da equidade. Portanto, trabalhar assuntos de saúde em espaços do setor Educação só será efetivo se a educação já for acessível e de qualidade para todos.

O princípio da equidade está diretamente relacionado com a justiça social. As ações de promoção da saúde devem ser orientadas para diminuir e eliminar as diferenças sociais desnecessárias, evitáveis e injustas (ALMEIDA FILHO, 2009), portanto elas devem ser direcionadas para os grupos socialmente desprivilegiados e vulneráveis. Porém os projetos e as ações devem considerar o que é necessário na perspectiva das pessoas, e neste sentido é fundamental o **empoderamento** e a **participação social**.

Para a OMS, o empoderamento e a participação social são princípios essenciais para a promoção da saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Conceito: O **empoderamento** passa pelo processo de criação de habilidades pessoais por meio de educação e informação, entendidas aqui como instrumentos para aumentar a opção de escolhas saudáveis conscientes (OPAS, 1996) e também caminhar no desenvolvimento da cidadania e da Educação Popular e Saúde. As ações de empoderamento devem ultrapassar a lógica de assistência social para a mobilização social, especialmente com apoio e desenvolvimento de iniciativas locais, buscando de fato a autonomia dos sujeitos coletivos (GOHN, 2004).

Conceito: A **participação social** diz respeito ao envolvimento da sociedade civil com outros atores sociais na eleição de prioridades, tomada de decisão, implementação e avaliação das atividades no sentido de controle pela sociedade para questões que envolvam suas vidas (ACIOLI, 2005).

A institucionalização da participação social na saúde ocorreu principalmente com a criação dos conselhos de saúde, especialmente os municipais, mas ainda é um espaço pequeno de escuta da comunidade e, conseqüentemente, de participação social. Abordaremos com mais profundidade esse assunto no capítulo 8.

Uma forma de ampliar os canais de participação social é a criação de conselhos locais de saúde, que funcionam como braços dos conselhos municipais de saúde (SOUZA; KRÜGER, 2010), propiciando discussões no nível micropolítico, que corresponde ao espaço onde as pessoas vivem, potencializando também o empoderamento. Estes canais de escuta amplificam o conhecimento sobre o problema e sobre as possibilidades de enfrentamento.

SAIBA MAIS

“A participação social é o caminho da democracia” que no Sistema Único de Saúde está pensada a partir de Conferências e Conselhos de Saúde. Nós profissionais temos espaço na composição do conselho e precisamos ocupá-lo. Entenda melhor a complexidade deste processo lendo o artigo ‘Participação social na saúde no Brasil – revisão integrativa’ (MAEYAMA et al., 2017, disponível em:

<https://siaiap32.univali.br//seer/index.php/rbts/article/view/10614/5955>)

e o Guia publicado pelo Ministério da Saúde – ‘Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS’ (BRASIL, 2013, disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2educacao.pdf

As ações multiestratégicas referem-se à combinação de métodos e abordagens variadas para enfrentamento do problema, incluindo desenvolvimento de políticas, mudanças organizacionais, desenvolvimento comunitário, mudanças legislativas, questões educacionais e de comunicação, entre outras (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). Quanto maior a abrangência de ações, mais efetiva será a solução dos problemas.

E, por fim, uma questão fundamental que devemos considerar na construção de projetos é a sustentabilidade. Ela diz respeito à garantia da continuidade do ganho social, não se restringindo a ganhos pontuais e momentâneos, mas sim de médio e longo prazo, de forma consistente e permanente, inclusive de forma progressiva (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Desta forma, os princípios se referem a elementos que se devem considerar na construção de projetos de promoção da saúde, como ilustrado no exemplo a seguir.

NA PRÁTICA

Imagine como situação-problema a má nutrição de uma comunidade carente. O ponto de partida é olhar para o problema a partir da **concepção holística**. Esta visão ampliada permite entender que a má nutrição pode não estar relacionada simplesmente às escolhas pessoais, mas sim à questão da falta de acesso a alimentos saudáveis e da própria informação quanto à necessidade de uma alimentação saudável, entre outras. Iniciar um projeto de promoção da saúde implica discutir e problematizar com a comunidade o problema em si e, a partir de uma reflexão crítica dos aspectos identificados pela comunidade, definir possíveis soluções. Esse processo de **empoderamento** e de **participação social** legitimam as ações, pois partem da própria comunidade e, de certa forma, garantem sustentabilidade ao projeto, a partir do envolvimento coletivo. Portanto, estas ações fazem parte da estratégia de trabalhar a questão da informação sobre a importância de uma boa alimentação. Outra ação estratégica é pensar na questão da **acessibilidade** a alimentos saudáveis. Poderia ser mapeado dentro da comunidade um espaço para criação de uma horta comunitária e, a partir disto, realizar articulações com outros setores, como órgãos ligados ao setor da agricultura, sejam eles governamentais ou não, para participarem do projeto com a cessão de mudas e técnicas de plantio. Pensando no princípio da **equidade**, as famílias mais carentes teriam prioridade para receber os alimentos e o excedente poderia ser vendido a preços simbólicos para a compra de novas mudas ou sementes, garantindo a sustentabilidade do projeto.

Este exemplo acena para a atuação da promoção da saúde no nível microssocial, porém vale a lembrança que a falta de informação e a falta de acesso a alimentos saudáveis são fruto da inequidade social e que, portanto, solucionar de fato o problema infere também em atuar no nível macrossocial por meio da construção de políticas públicas (acesso à educação de qualidade, ao emprego, à renda suficiente e mesmo às políticas de preços equitativos de alimentos saudáveis, entre outras) que permitam aos indivíduos realizar as escolhas mais saudáveis.

Outro importante guia para orientar a construção de projetos diz respeito aos eixos de ação da promoção da saúde propostos na Carta de Ottawa, assim descritos (OPAS, 1986):

- Estabelecimento de políticas públicas saudáveis: o enfoque de elaboração das políticas deve ser a equidade em saúde, por meio de distribuição mais equitativa de renda e políticas sociais que propiciem a melhoria das condições de vida das pessoas, podendo utilizar abordagens relativas à legislação, às medidas fiscais, às taxas e às mudanças organizacionais, entre outras. Como exemplo podemos pensar na Política Nacional de Resíduos Sólidos, que busca o enfrentamento dos problemas ambientais, sociais e econômicos decorrentes do manejo inadequado dos resíduos e busca a redução na geração dos mesmos. Tem como uma das metas a eliminação dos lixões e a destinação dos resíduos de forma adequada, sustentável e benéfica para a sociedade.

- Criação de ambientes favoráveis: além da questão da proteção do meio ambiente e da conservação dos recursos naturais, a promoção da saúde refere-se à criação de ambientes que favoreçam a saúde, relacionados com o local de trabalho, o lar, a escola, o lazer, portanto o objetivo é tornar estes espaços em ambientes que gerem satisfação, autonomia e confiança nas pessoas. Podemos pensar aqui em estratégias de saúde do trabalhador, nas quais a equipe de saúde precisa se integrar à direção de fábricas ou empresas para sensibilizar a direção e os funcionários a aspectos promotores de saúde e qualidade de vida no ambiente de trabalho. Ações possíveis nesse âmbito incluem a implementação de áreas de lazer e convivência para os funcionários e a prática de ginástica laboral.
- Fortalecimento da ação comunitária: o desenvolvimento e o estímulo da participação comunitária concreta e efetiva no desenvolvimento de prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na implementação de ações, visando à melhoria das condições de vida e de saúde, são uma das formas de se garantir que as pessoas da comunidade possam decidir sobre seus próprios destinos, tanto em espaços formais ou informais. Os profissionais de saúde têm papel importante para estimular a formação de Conselhos Locais de Saúde que promovam espaços de planejamento, monitoramento e avaliação das ações e dos serviços de saúde, bem como da situação geral de vida da população. Esses espaços, além de estabelecerem de forma organizada e formal a participação popular e o empoderamento da população para deliberar sobre os investimentos em saúde, são importantes para gerar vínculo entre população, profissionais, gestores e prestadores de serviços de saúde. A participação popular real deve ser estimulada e apoiada por profissionais e gestores, de forma a promover a corresponsabilização e a significação por todos acerca do que é planejado, executado e monitorado.

SAIBA MAIS

A Política Nacional de Participação Social, link:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/d8243.htm

estimula a participação social na gestão. No setor saúde, as Leis Orgânicas de 1.990 – nºs. 8.080, link:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

e 8.142 link:

http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm

estabelecem a participação social como obrigatória nos espaços deliberativos de gestão pública em saúde.

- Desenvolvimento de habilidades pessoais: a garantia da participação social efetiva e concreta só se dá por meio do empoderamento das pessoas, ou seja, as pessoas necessitam estar preparadas para esta participação. O desenvolvimento dessas habilidades se dá por meio da socialização de informações e oportunidades de aprendizado sobre as questões de saúde, que, além de propiciar a efetiva participação, permite aos indivíduos realizarem suas próprias escolhas. Desta forma, cabe aos profissionais de saúde facilitar este processo. Um exemplo de como fazer isso é ao pensar a formação de um grupo de educação em saúde, rodas de conversa na comunidade, o próprio estímulo a participação em reuniões do conselho local de saúde ou da unidade de saúde, enfim, todos os espaços que permitam a participação emancipatória das pessoas. Envolver as pessoas no diagnóstico de necessidades, planejamento de ações e desenvolvimento das mesmas pode promover maior interesse e sentimento de pertencimento, além de estimular atitudes ativas nas escolhas individuais e coletivas (Veja os capítulos 9 sobre grupos na Atenção Básica e 8 sobre participação social).
- Reorientação dos serviços de saúde: um dos pontos importantes para o desenvolvimento da promoção da saúde é a organização dos serviços de saúde, a partir da lógica do conceito ampliado de saúde, que além de suas responsabilidades assistenciais, incorpora o determinante social como campo de atuação, na qual a ABS aparece como forma estruturante desta organização. Para tanto, são necessários profissionais de saúde com perfil adequado para tal, que infere em mudanças na graduação e na educação permanente dos profissionais já em serviço. O SUS está orientado com foco na ABS e seu potencial de respostas resolutivas às necessidades das pessoas. As ações desenvolvidas por estes serviços ultrapassam muito as consultas individuais nas Unidades de Saúde. Trabalhar na Atenção Básica requer o entendimento desse contexto pelos profissionais e gestores e o desejo de construir as práticas juntamente com os pacientes, as famílias, a comunidade. Não é possível que uma Unidade Básica de Saúde ofereça apenas consultas por livre demanda. É preciso pensar saúde integralmente e intersetorialmente e integrar todos os interessados, envolvendo os mesmos na execução das ações.

O empoderamento e a participação social são ao mesmo tempo princípios fundamentais da promoção da saúde, bem como seus próprios eixos de ação, ou seja, fazem parte do pensar e do agir da promoção da saúde.

O relatório da Segunda Conferência Internacional de Promoção da Saúde (1988) destaca que os cinco eixos de ação da promoção da saúde descritos na Carta de Ottawa se interdependem, mas que a formulação de políticas públicas voltadas para a saúde é que propiciará o ambiente necessário para que os outros quatro eixos se materializem (OPAS, 1988), ou seja, as políticas públicas, por meio de seu ordenamento legal, devem ser facilitadoras do desenvolvimento de outros eixos de ação da promoção da saúde.

A Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde (1997) apresenta alguns resultados de estudos e pesquisas que demonstram que projetos que se valeram da combinação dos cinco eixos propostos na Carta de Ottawa foram mais eficazes que iniciativas isoladas, apresentando um maior impacto nas condições sociais, econômicas e ambientais que determinam a saúde (OPAS, 1997).

Os espaços de discussão sobre Promoção de Saúde vêm discutindo o tema e reconhecendo o Estado como responsável por políticas de saúde que caminhem para isso. Além disso, é clara a necessidade de compartilhar e construir conjuntamente com outros setores sociais e, inclusive, pensar políticas e alianças de desenvolvimento global.



- Agora você deve estar pensando: 'O que faço eu junto com a equipe no âmbito da Atenção Básica à Saúde?'. Bem, criar espaços de discussão e planejamento de ações que envolvam e deem espaço à comunidade, incluindo outros setores é uma possibilidade, olhando para fora dos limites da nossa atuação individual e mesmo como serviço de saúde. Já pensou, por exemplo, em articular com a equipe uma parceria com a Secretaria de Agricultura para a construção de hortas comunitárias junto com a população interessada?

NA PRÁTICA

Em Florianópolis, o Programa Municipal de Agricultura Urbana foi regulamentado por meio do Decreto nº 17.688, publicado no Diário Oficial do Município – Edição nº 1957 de 05 de junho de 2017 (Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/diario/pdf/05_06_2017_19.31.41.75e18b16b439e12983693ec02faf911f.pdf). O mesmo foi construído de forma participativa pelas instituições públicas e sociedade civil envolvidas no processo de fomento à Agricultura Urbana no município. O Programa de caráter intersectorial está sob gestão compartilhada entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Companhia de Melhoramento da Capital (COMCAP) e Fundação do Meio Ambiente (FLORAM). Em 2016 foi lançada a Rede Semear Floripa, que envolve diversas áreas com a missão de: "Semear agroecologia para colher uma cidade sustentável", e que tem como visão: "Viver em uma cidade que fomente a cultura agroecológica, alimentando saúde e qualidade de vida". A abrangência das ações desenvolvidas é ampla e inclui a implantação de hortas institucionais e comunitárias, e também e sistemas de compostagem de resíduos sólidos orgânicos em áreas públicas municipais apropriadas para a implantação do Programa.

Rede social do Programa: <https://www.facebook.com/redesemearfloripa/>

Links de reportagens e publicações sobre o Programa:

- <http://dc.clicrbs.com.br/sc/estilo-de-vida/noticia/2017/06/pratica-daagricultura-urbana-e-regulamentada-em-florianopolis-9809284.html?pagina=5>
- <https://cepagroagroecologia.wordpress.com/2017/06/06/prefeitura-de-florianopolis-assina-decreto-que-cria-programa-municipal-de-agricultura-urbana/>
- <http://horadesantacatarina.clicrbs.com.br/sc/geral/noticia/2017/06/florianopolis-institui-o-programa-municipal-de-agricultura-urbana-9808528.html>
- <http://www.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=18545>
- <http://g1.globo.com/sc/santa-catarina/jornal-do-almoco/videos/t/edicoes/v/projeto-implanta-horta-comunitaria-em-postos-de-saude-em-florianopolis/5761228/>
- <http://m.folha.uol.com.br/colunas/maragama/2017/03/1869229-florianopolis-comemora-334-anos-cuidando-de-hortas.shtml?mobile>
- O Globo Repórter do dia 14 de julho abordou a agricultura urbana em Florianópolis.

CONCLUSÃO

Não existem receitas prontas de como realizar ações de promoção da saúde, pois a construção de projetos, programas e políticas deve considerar particularmente cada realidade a partir de seus determinantes sociais.

Os princípios da promoção da saúde, bem como seus eixos de ação, possibilitam um norte para o desenvolvimento efetivo de ações que caminhem para a mudança das condições de vida das pessoas e das comunidades. Estas ações podem e devem ser realizadas nos espaços micro e macropolíticos, com o desenvolvimento de projetos comunitários e políticas sociais amplas, respectivamente, e, neste sentido, concebidas como tecnologias sociais.

O desenvolvimento da promoção da saúde, mais do que simplesmente a incorporação de uma ação no cardápio de atividades dos serviços de saúde, representa a transformação do olhar sobre a saúde, que por sua vez tem a potência de iniciar o tão almejado processo de transformação social para uma sociedade mais justa e solidária.

Referências

ACIOLI, S. Participação social na saúde: revisitando sentidos, reafirmando propostas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Abrasco, 2005. p. 295-305.

ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33, n.83, p.349-370, 2009.

BARATA, R. B. Epidemiologia Social. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 7-17, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006b.

BUSS, P. M. **O conceito de promoção de saúde e os determinantes sociais**. Agência Fiocruz de Notícias, 2010. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/o-conceito-de-promo%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-e-os-determinantes-sociais>. Acesso em: 17 setembro de 2017.

BUSS, P. M. Uma introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 15-38.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

COSTA, A. M.; PONTES, A. C. R.; ROCHA, D. G. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: CASTRO, A; MALO, M. (Orgs.). **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec / OPAS, 2006. p. 96-115.

CZERESNIA, D. O conceito de Saúde e a diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 39-53.

DA ROS, M. A. Estilo de Pensamento em Saúde Pública. **Tese** (Doutorado em Educação) - CED/UFSC. Florianópolis, 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GOHN, M.G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 20-31, 2004.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1976.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de Saúde, a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004.

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

MAEYAMA, M. A. et al. Promoção da saúde como tecnologia para transformação social. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, Itajaí, v. 2, n. 2, p. 129-143, 2015.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Carta de Ottawa**. Ottawa, 1986.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Adelaide**. Adelaide, 1988.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Bangkok**. Bangkok, 2006.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Jacarta**. Jacarta, 1997.

PEDROZA, J. I. Promoção da Saúde e Educação em Saúde. In: CASTRO, A; MALO, M. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec/OPAS, 2006. p. 77-95.

RABELLO, L. S. **Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção: concepções, princípios e operacionalização. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 101-22, 2003.

SOUZA, A. V.; KRÜGER, T. R. Participação Social no SUS: Proposições das Conferências sobre o Conselho Local de Saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 442-449, 2010.

TAMBELLINI, A. T.; SCHÜTZ, G. E. Contribuição para o debate do Cebes sobre a Determinação Social da Saúde: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 371-379, 2009.

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

Capítulo 5

O USO DA EPIDEMIOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA

Fernanda Piccolo
Cleana Caramori De Bortoli
Geisla Medeiros
Klaus Kirch Nienkötter Rocha
Mayle Halmenschlager
Leonardo Maiolino Pedro

Capítulo 5

O Uso da Epidemiologia na Atenção Básica

TÓPICO 1 – A IMPORTÂNCIA DA EPIDEMIOLOGIA PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Objetivo: Conhecer conceito e funções da epidemiologia nos serviços de saúde, bem como sua contribuição por meio dos vários tipos de estudos epidemiológicos para a medicina baseada em evidências.

Conceito de epidemiologia

A palavra “epidemiologia” deriva do grego “epi= sobre”, “demos = população, povo” e “logos = estudo”. Portanto, em sua etimologia significa “estudo do que ocorre em uma população” (ROUQUARYOL; SILVA, 2013).

Em termos mais práticos, epidemiologia é o estudo da frequência, da distribuição e dos determinantes dos problemas de “saúde” em populações humanas, bem como a aplicação desses estudos no controle dos eventos relacionados com a saúde, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde. Congrega métodos de três áreas do conhecimento: estatística, ciências da saúde e ciências sociais, tornando-se assim a principal ciência de informação da saúde, sendo então ciência básica na saúde coletiva (BONITA; BEAGLEHOLE; KJLLSTRÖM, 2010).

Barata (2005) destaca que somente no início do século XIX a epidemiologia se constituiu como disciplina científica, fortemente influenciada pelo desenvolvimento científico da época, tanto no campo das ciências naturais como das ciências sociais nascentes.

Neste mesmo século a sociedade passou a ser estudada cientificamente e as quantificações dos eventos vitais, óbitos e nascimentos, que eram realizadas desde o império romano, passaram a fornecer evidências de que a observação dos padrões populacionais seria útil para a compreensão do adoecimento populacional. Assim a epidemiologia surge relacionada à matemática, que na época era a ciência mãe utilizada para explicar realidade.

Porém, as informações fornecidas pela quantificação destes dados, desde o início, revelam a compreensão e visão do mundo de quem interpretava as mesmas.

Já no princípio da epidemiologia houve estudiosos que relacionaram a taxa de mortalidade geral à renda da população e os que relacionaram a mortalidade ao risco de adoecer da população.

A epidemiologia como ciência atua de maneira inseparável tanto na área biológica como social, destacando

os fatores sociais. A maioria dos estudos e intervenções epidemiológicas utilizam conceitos e instrumentos da clínica, da matemática e conceitos das ciências sociais, considerados pilares da epidemiologia (BARATA, 2005).

Os estilos de pensamento e visão do mundo dos pesquisadores e trabalhadores na epidemiologia dividiram-na ao longo dos anos em clássica, social e clínica.

A epidemiologia clássica está centrada nos parâmetros estatísticos e no conceito de risco, prevenir e retardar a mortalidade.

Conceito: Risco é o grau de probabilidade de membros de uma população desenvolver uma determinada doença ou evento relacionado à saúde em um período de tempo (MEDRONHO, 2009).

A epidemiologia social, que renasce com o debate intenso nos anos de 1970 sobre a necessidade da equidade social, tem como base os determinantes de saúde e trabalha mais com os estudos de cunho populacional e opinando e trabalhando junto aos serviços de saúde na modificação do perfil epidemiológico da população. É busca incessante pela causa das causas (BARATA, 2005).

A epidemiologia clínica trabalha muito mais com as pesquisas clínicas randomizadas, recomendando modificações no protocolo de atendimento aos pacientes (BARATA, 2005).



- Mas como estes estudos podem ser aplicados no dia a dia dos serviços de saúde, e quais os seus objetivos práticos?

Waldman e Rosa (1998) destacam alguns dos objetivos da epidemiologia no apoio aos serviços de saúde para a proteção da saúde das populações:

- Identificar o agente causal ou fatores relacionados à causa dos agravos à saúde;
- Entender a causalidade dos agravos à saúde;
- Definir os modos de transmissão;

- Definir e determinar os fatores contribuintes aos agravos à saúde;
- Identificar e explicar os padrões de distribuição geográfica das doenças;
- Estabelecer os métodos e estratégias de controle dos agravos à saúde;
- Estabelecer medidas preventivas;
- Auxiliar o planejamento e desenvolvimento de serviços de saúde;
- Prover dados para a administração e avaliação de serviços de saúde.

Segundo Pinheiro e Escosteguy (2009), para cumprir seu objetivo de impactar positivamente as condições de saúde da população que atende, os serviços de saúde poderiam se valer mais e melhor dos métodos epidemiológicos, o que ainda acontece de forma incipiente.

Waldman e Rosa (1998) apresentam quatro grandes áreas de possível aplicação da epidemiologia nos serviços de saúde:

- **Análise da situação de saúde:** práticas de monitoramento e análise sistemática da evolução de indicadores demográficos, sociais, econômicos e de saúde relacionados à população atendida por determinado serviço de saúde, para melhor compreensão dos determinantes das condições de saúde da população.
- **Identificação de perfis e fatores de risco:** práticas de avaliação de fatores condicionantes do processo saúde-doença, mediante a identificação de fatores de risco e de grupos da população mais vulneráveis (grupos de risco) a determinados agravos à saúde (aspectos conceituais e metodológicos a esse respeito abordaremos mais à frente, em capítulos específicos).
- **Avaliação epidemiológica de serviços:** apoio no processo de avaliação da efetividade e da eficiência dos serviços de saúde por meio de seleção, construção e análise dos indicadores, bem como análise do impacto dos planos de intervenção e atuação dos serviços.
- **Vigilância em saúde pública:** o de acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde na comunidade, com o propósito de aprimorar as medidas de controle.

A seguir, você conhecerá alguns tipos de estudos epidemiológicos que podem ser adotados pelos serviços de saúde.

Tipos de estudos epidemiológicos

Um dos maiores desafios para os profissionais que atuam na Atenção Básica à Saúde é manter-se adequadamente atualizado considerando a quantidade cada vez maior de informações disponíveis.

Uma das ferramentas mais utilizadas atualmente na seleção destas informações é a medicina baseada em evidências, uma vez que auxiliam tanto na prática clínica quanto na implantação de políticas públicas de saúde.

Conceito: Medicina baseada em evidências, segundo Frieland (2001), é a designação atribuída à atividade que avalia cientificamente a eficácia e a efetividade das intervenções em saúde.

Pela variabilidade de instrumentos utilizados para mostrar a eficácia de determinadas técnicas ou medicamentos, tornou-se necessário desenvolver critérios sobre a qualidade dos estudos referentes a determinado tema, e se as evidências propostas nestes estudos respondem a melhoria da prática clínica.

De modo a minimizar conflitos de interesse e as manipulações dos resultados que podem beneficiar grupos privados, como indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos, surgiram escalas que procuram uniformizar a avaliação das evidências apontadas em determinados estudos, como a classificação proposta (Quadro 4) por Figueiredo, Pepe e Castro (2010).

Quadro 4. Classificação do tipo e força da evidência dos estudos.

Tipo	Força da Evidência
I	Evidência forte de, pelo menos, uma revisão sistemática (com ou sem metanálise) de múltiplos estudos randomizados controlados bem delineados;
II	Evidência de estudo randomizado bem delineado, de tamanho adequado e com contexto clínico apropriado. Ensaio clínico com mais de 1.000 pacientes;
III	Evidência de estudo randomizado bem delineado, de tamanho adequado e com contexto clínico apropriado. Ensaio clínico com menos de 1.000 pacientes;
IV	Evidência de estudos de coorte sem randomização;
V	Estudos de caso-controle;
VI	Séries de Casos;
VII	Relatos de Caso;
VIII	Opniões de especialistas, pesquisas com animais e pesquisas <i>in vitro</i> .

Fonte: Elaboração Pova (2002) Paolucci (2007).

Conceito: Randomização é o processo que sorteia aleatoriamente em que grupo de tratamento cada sujeito de pesquisa irá estar. Dá a cada participante uma chance igual de ser designado para qualquer dos grupos de tratamento estabelecidos pelo protocolo. É considerado o método mais seguro e imparcial para determinar qual braço de tratamento possui uma melhor resposta (MEDRONHO, 2009).

O uso destas escalas passou a ser adotado de maneira sistemática por instituições de pesquisa e de saúde pública, como a Cochrane, quando publicam as evidências resultantes de suas pesquisas.

SAIBA MAIS

O Cochrane Brazil é uma organização não governamental, sem fins lucrativos e sem fontes de financiamento internacionais, que tem por objetivo contribuir para o aprimoramento da tomada de decisões em saúde, com base nas melhores informações científicas disponíveis. Sua missão consiste em elaborar, manter e divulgar revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados, o melhor nível de evidência para tomada de decisões em saúde.

Acesse: <http://brazil.cochrane.org/>

SAIBA MAIS

O Portal Saúde Baseada em Evidências é uma ação do Ministério da Saúde, em parceria com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (CAPES/MEC), voltada para a qualificação profissional dos trabalhadores do SUS.

Acesse: <http://www.psbe.ufrn.br/>

Vamos entender um pouco mais sobre o nível de evidência conhecendo os principais tipos de estudo:

1) Metanálises ou revisões sistemáticas: “consiste em colocar diferentes estudos juntos em um mesmo banco de dados e utilizar metodologias analíticas e estatísticas para explicar a variância dos resultados utilizando fatores comuns aos estudos” (ROSCOE; JENKINS, 2005). Assim quando vários estudos apontarem o mesmo resultado, as evidências se tornam mais confiáveis.

NA PRÁTICA

Cruz et al. (2016) publicaram o artigo “Doença periodontal materna e prematuridade/baixo peso ao nascer: uma metanálise”, no qual revisam as bases de dados PUBMED/Medline, Lilacs e SciELO, no intervalo entre 2001 e 2013. Encontraram 33 artigos publicados neste período e realizaram metanálise de 23 artigos, os achados sugeriram associação entre doença periodontal e prematuridade / baixo peso.

O artigo está disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1164>

2) Ensaios clínicos randomizados: basicamente constituem em estudo de caráter experimental, longitudinal, desenvolvido em seres humanos, visando ao conhecimento do efeito de intervenções em saúde. A natureza prospectiva deste tipo de estudo faz com que as intervenções sejam planejadas antes e a exposição controlada pelos pesquisadores e estas intervenções serão comparadas no estudo. O processo de mascaramento ou cegueira é utilizado neste tipo de estudo, na tentativa de evitar que os participantes do estudo saibam qual o tratamento está sendo administrado (OLIVEIRA; PARENTE, 2010).

Conceito: Estudo aberto ou não cego, paciente e pesquisador conhecem o tratamento. Estudo unicego, só o paciente não conhece o tratamento. Estudo duplo cego, paciente e pesquisador não conhecem o tratamento. Quando uma pesquisa envolver um avaliador, poderemos ter a expressão duplo cego, substituída por triplo cego. Os estudos duplocego são considerados o padrão ouro dos estudos por diminuir o efeito de variáveis de confusão, tornando os resultados mais seguros. Porém, o controle de vieses internos e externos constituem o maior problema destes estudos (OLIVEIRA; PARENTE, 2010).

NA PRÁTICA

Em 2011, Andrade et al. publicaram o estudo “Ensaio clínico randomizado controlado duplo-cego da nitazixina no tratamento do poliparasitismo intestinal”. Neste estudo havia 65 indivíduos em cada grupo e se trabalhou com cura, ausência de cura e efeitos adversos, após o uso de nitazixina. Neste artigo os autores descrevem como se deu o controle de viés interno e externo, considerados essenciais neste tipo de estudo.

A taxa de cura, observada no presente estudo, de 32,4% para nitazoxanida e 38,7% para a medicação convencional, não apresentou diferença estatisticamente significativa. Esta baixa taxa pode sugerir que o tamanho da amostra não tenha sido grande o suficiente para detectar uma diferença de eficácia, ou, ainda, que realmente não exista tal diferença entre os dois tratamentos.

O artigo está disponível em:

http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_2/artigos/csc_v19n2_139-146.pdf

SAIBA MAIS

Para saber mais sobre os critérios dos estudos randomizados, acesse:

<https://www.ufrgs.br/blogdabc/avaliacao-por-pares-modalidades-pros-e/>

3) Estudo de coorte: Estudo observacional, de caráter longitudinal, cujos participantes são observados por um período de tempo preestabelecido. Este período de tempo é dependente da enfermidade ou evento de interesse, para que se verifiquem mudanças de frequência ou ocorrências associadas ao fator de risco ou evento. Podem ser prospectivos ou retrospectivos. A importância deste tipo de estudo está no seu desenho simples, o que o torna executável em praticamente qualquer cenário e de que os mesmos comparados aos estudos clínicos randomizados são mais baratos (MEDRONHO, 2009).

NA PRÁTICA

Victoria et al. (2015) publicaram o artigo "Association between breastfeeding in the intelligence, education attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil", e os resultados deste estudo apontaram associação entre a amamentação por mais tempo até a idade de dois anos e crianças com melhores níveis de inteligência (QI), escolaridade e renda aos 30 anos. O artigo está disponível em:

[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/II2214-109X\(15\)70002-1.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/II2214-109X(15)70002-1.pdf)

Em 2017 o epidemiologista brasileiro Cesar Victora tornou-se o primeiro brasileiro a ganhar o importante prêmio Gaidner, pelo estudo de Coorte de Pelotas, que influenciou a UNICEF a recomendar a amamentação exclusiva até o 6 mês de vida.

4) Estudo caso-control: Nos estudos caso-control, os eventos de interesse (casos), já ocorreram e o grupo controle é selecionado buscando-se o máximo de semelhança com os casos. Os estudos caso-control são frequentemente utilizados para tentar determinar as causas de uma doença. São sujeitos a inúmeros vieses, tais como: seleção do grupo controle e viés de memória (MEDRONHO, 2009).

NA PRÁTICA

Andrade et al. (2015) publicaram o artigo "Fatores associados ao câncer de boca: um estudo de caso-control em uma população do nordeste do Brasil". Neste artigo, o estudo considerou dois controles para cada caso. Casos e controles foram ajustados por sexo e idade. Foram realizadas análises multivariadas e, ao final, conclui-se que tabagismo e alcoolismo são fatores importantes para o desenvolvimento de câncer. O artigo está disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n4/1980-5497-rbepid-18-04-00894.pdf>

5) Série ou relato de casos: Séries ou relatos de caso têm baixo nível de evidência, pois estaticamente não possui consistência, e apesar de vários argumentos contra os mesmos, eles continuam sendo aceitos para publicação nas revistas médicas, pois estão relacionados a doenças raras e muitas vezes é a primeira evidência para novas terapias (PARENTE, 2010).

NA PRÁTICA

Nasser et al. (2013) publicaram o artigo "Síndrome de Romberg: uma série de casos", que é uma doença rara e cuja etiopatogenia permanece desconhecida. Os autores relatam que esta síndrome pode atingir crianças e adultos, sendo mais grave quanto menor a idade do paciente. Entre os tratamentos previstos está a cirurgia plástica e neste artigo os autores descrevem o caso e tratamento de 13 pacientes acometidos pela por essa síndrome. O artigo está disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v28n2/v28n2a05.pdf>

6) Opinião do especialista: Não pode nem mesmo ser chamado de um tipo de estudo, mesmo que seja um profissional de vasto currículo e títulos acadêmicos. Porém, quando não há nenhum dado sobre o assunto na literatura, aceita-se a opinião de um especialista como evidência provisória. Como exemplo desta modalidade, podemos citar o artigo “Neuroartropatia de Charcot” publicado em 2012, por Fábio Batista. Neste artigo, o autor, doutor em ortopedia, discorre sobre a fisiopatologia e os métodos cirúrgicos para o controle da patologia que dá nome ao artigo. As referências bibliográficas deste artigo revelam um número muito pequeno de publicações anteriores. O artigo está disponível em:

<http://drfabioabatista.med.br/arquivos/neuroartropatia-de-charcot.pdf>

Não podemos encerrar este capítulo sem falar dos estudos ecológicos, que não estão nas escalas da medicina baseada em evidências, porque justamente têm um cunho populacional.

Neste tipo de estudo as unidades de análise e as variáveis preditivas correspondem ao nível populacional, utilizando-se sempre o coletivo como unidade de estudo (BRASIL, 2015).

Os estudos ecológicos possuem mais de um tipo de desenho, são baratos e frequentemente trabalham com dados secundários, aparentemente com informações menos específicas, mas ao considerarmos que são estas as informações geradas pelos serviços de saúde, talvez as mesmas não sejam tão inespecíficas assim, à medida que revelam as condições em que se desenvolve o trabalho em saúde (MEDRONHO, 2009).

Além disso, os estudos epidemiológicos realizados no território pelas equipes de saúde, utilizando métodos de territorialização, que incluem os sistemas de informação e a coleta de outros dados no próprio território, se aproximam da epidemiologia social, pois trabalham na lógica da determinação social e na busca pelas causas reais dos problemas de saúde. No próximo tópico, vamos apresentar algumas fontes de informações em saúde para auxiliar o leitor na compreensão da utilização das informações em saúde.

CONCLUSÃO

Praticar medicina de boa qualidade começa tanto pelo reconhecimento da dúvida sobre qual procedimento mais eficaz para o atendimento do paciente, quanto por diagnosticar e instalar procedimentos terapêuticos com eficiência, considerando acesso e custo. E sempre vai haver perguntas incômodas para o médico e equipe sobre quais medidas de promoção e prevenção poderiam ter sido estabelecidas para se evitar o aparecimento da doença e suas complicações.

A experiência do médico, aliada ao conhecimento das melhores evidências, beneficiará o paciente, uma vez que a chance de se tomar uma boa ou a melhor decisão aumenta, mas ainda assim estamos falando de abordagem individual.

No entanto, não podemos deixar de considerar a contribuição da epidemiologia na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas em saúde, ou seja, na abordagem populacional (BARATA, 2013).

É comum escutar que a clínica se preocupa com os problemas de saúde individuais e a epidemiologia com os problemas das populações.

Assim embora a medicina baseada em evidências utilize pesquisas com métodos epidemiológicos, a mesma usará seus resultados para o atendimento do indivíduo.

TÓPICO 2 - A BUSCA POR INFORMAÇÕES NO TRABALHO EM SAÚDE

Objetivo: Conhecer os principais sistemas de informação em saúde e os indicadores de saúde.

A Informação em saúde

Proporcionar informações para planejar, executar e avaliar ações de prevenção, controle e tratamento das doenças estão entre os objetivos da epidemiologia.

O monitoramento e a avaliação das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde que compõem o SUS são consideradas funções gestoras necessárias para a execução das várias ações que se fazem necessárias para a implementação do SUS.

A utilização de processos, ferramentas e tecnologias que facilitem a identificação dos principais problemas de saúde da comunidade leva a tomada de decisões conscientes, uma vez que “realizar e não registrar, registrar e não acompanhar, acompanhar e não intervir fragilizam as ações de saúde deixando-as à mercê do acaso e da informalidade” (UFM, 2016a).

A epidemiologia e o monitoramento de dados, produzidos em todo sistema de saúde e nos estudos acadêmicos, procuram transformar dados em informação, para o planejamento de ações dentro do sistema de saúde.

Conceito: Informação em saúde consiste na descrição ou na representação limitada de um evento, agravo, atributo ou dimensão da situação de saúde-doença-cuidado de indivíduos ou população, no tempo e espaço definidos que foram tratados e organizados por profissionais, gestores ou instituições, a partir de determinados interesses e objetivos (MORAES, 2014).

A informação estará disponível de maneira palpável por meio dos **indicadores de saúde** que são medidas-síntese, que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde, que vistos em conjunto, expressam as condições de saúde e as características demográficas de determinada população (BRASIL, 2015).

A validade – capacidade de medir o que se pretende – e a confiabilidade – capacidade de reproduzir os mesmos resultados quando aplicados em condições similares – são características que, segundo Medronho (2009), definirão a qualidade de um indicador.

Conhecer os problemas da comunidade por meio do diagnóstico de comunidade e os indicadores de saúde atualizados leva à tomada de decisão consciente, eficiente e eficaz por parte dos trabalhadores e gestores do SUS, evitando assim a informalidade (UFM, 2016a).

Os dados levantados para o cálculo de indicadores de saúde são colhidos por meio de **sistemas de informação em saúde**.

Um sistema de informação é definido como um conjunto de elementos conectados e organizados. Para Siqueira (2005), um sistema de informação precisa de três matérias-primas: dado, informação e conhecimento. O dado é o elemento mais simples desse processo; a informação é composta de dados com significados para quem os vê; o conjunto de nosso aprendizado, segundo algumas convenções, de nossas experiências acumuladas e da percepção cognitiva, irá transformar em conhecimento uma dada realidade (SIQUEIRA, 2005).

Seu propósito é selecionar dados pertinentes e transformá-los em informações para aqueles que planejam, financiam, provêm e avaliam os serviços de saúde possam utilizá-los na tomada de decisão.

Em síntese:



Fonte: Elaboração própria.

SAIBA MAIS

Assista ao vídeo “Conceitos e Ferramentas da Epidemiologia - Indicadores de Saúde”.

Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=xzGalHQv8e0>

Para ficar mais claro como podemos utilizar as informações em saúde, vamos fazer uma discussão sobre os principais indicadores de saúde e sobre os sistemas de informação em saúde.

Indicadores socioeconômicos e demográficos

Dados sociais, econômicos e demográficos não são específicos do setor saúde, mas são muito importantes na avaliação da situação de saúde de uma população e para a previsão de recursos e estratégias para as ações do setor saúde.

Os indicadores demográficos medem a distribuição de fatores determinantes para uma determinada situação de saúde, relacionadas à dinâmica populacional na área geográfica referida.

Já os indicadores socioeconômicos avaliam o desenvolvimento da qualidade de vida. São exemplos de indicadores socioeconômicos: Índice de desenvolvimento Humano, (IDH), Índice de Gini, Produto Interno Bruto (PIB), PIB *per capita*, Esperança de Vida.

NA PRÁTICA

Muitas vezes, a mídia noticia informações sobre o aumento do PIB ou PIB *per capita* para expressar a riqueza de um país, o que em tese pode ser verdade. Porém o PIB *per capita* é apenas uma média realizada por cidadão e não expressa a distribuição de renda entre as pessoas, pois grande parte da renda pode estar concentrada nas mãos de poucos, e boa parte da população pode estar vivendo em condições de miséria. Já o índice de Gini mede as desigualdades sociais existentes dentro de uma determinada população, cuja escala vai de 0 a 1, sendo que 0 corresponde a igualdade completa e 1 desigualdade completa. Um país pode ter um alto PIB *per capita* e um alto índice de Gini, o que demonstra que apesar do país acumular riquezas, existe grande desigualdade social na população.

SAIBA MAIS

O IBGE realiza o Censo e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua e os dados ficam disponíveis em sua página. Acesse <https://www.ibge.gov.br/> e clique "indicadores".

Indicadores de Morbidade

São os indicadores que demonstram a ocorrência e a distribuição de doenças e agravos à saúde na população residente em determinada área geográfica.

Medir morbidade não é uma tarefa das mais simples, pois existe muita subnotificação e muitos campos em branco ou mal preenchidos, tanto em formulários manuais, quanto nos formulários eletrônicos.

Segundo Medronho (2009), a morbidade geralmente é estudada de acordo com quatro indicadores básicos:

• **Incidência:** é o número de novos casos da doença que tiveram início em um determinado período. Mostra a intensidade com que ocorre uma doença numa população, medindo a frequência ou a probabilidade de ocorrência de casos novos de doença na população. Alta incidência significa um risco coletivo de adoecer alto (PEREIRA, 1995). Por exemplo: no ano de 2016, no município de Catuaí (que contava com 50.000 habitantes), foram diagnosticados 30 novos casos de AIDS. Isso significa dizer que a incidência de AIDS na população de Catuaí em 2016 foi de 60 casos a cada 100.000 mil habitantes (ou 30 a cada 50.000 mil habitantes). A fórmula para o cálculo da incidência é:

$$\frac{\text{Nº de casos novos de uma doença em determinado período} \times 100.000}{\text{Nº de pessoas sob risco de desenvolver a doença durante o mesmo período}}$$

• **Prevalência:** Indica o número de casos existentes de uma doença em um dado momento, em uma determinada população (PEREIRA, 1995). Ex.: Numa área de abrangência de uma equipe de saúde da família com 3.000 pessoas, existem 90 pessoas com diagnóstico de diabetes mellitus. Isso significa dizer que a prevalência de diabetes mellitus nesta população é de 3%.

$$\frac{\text{Nº de indivíduos afetados em determinado no período}}{\text{Nº de indivíduos da população no mesmo período}} \times 100$$

• **Taxa de Ataque:** é o coeficiente ou a taxa de incidência de uma determinada doença, de pessoas expostas ao mesmo risco, limitadas a uma área bem definida, muito útil para investigar e analisar surtos de doenças ou agravos em locais fechados. Ex.: Taxa de ataque de gastroenterite na creche X.

$$\frac{\text{Nº de casos novos numa população durante um determinado período}}{\text{População sob risco no início do período}} \times 100$$

• **Distribuição proporcional:** indica o total de casos ocorridos por uma determinada causa, quantos deles se distribuem, por exemplo, entre homens e mulheres, quando ocorrem nos diferentes grupos etários. A distribuição não mede o risco de adoecer (como no caso dos coeficientes), indicando somente como os casos se distribuem entre as pessoas afetadas. Ex.: Proporção de Internações por condições sensíveis à Atenção Básica.

$$\frac{\text{Nº de internações por condições sensíveis à APS}}{\text{Número total de internações}} \times 100$$

Indicadores de Mortalidade

Os indicadores de mortalidade representam o risco que qualquer pessoa apresenta de poder vir a morrer ou de morrer em decorrência de determinada doença (BRASIL, 2015). Alguns exemplos de indicadores de mortalidade são: Coeficiente de Mortalidade Geral; Coeficiente de Mortalidade por sexo, por idade, por causa; Coeficiente de Mortalidade Materna; Coeficiente de Letalidade.

Diversas vezes temos que medir a ocorrência de doenças numa população por meio da contagem de óbito e, para estudá-las corretamente, estabelecemos relação com a população envolvida.

Nas doenças transmissíveis, são bons indicadores para avaliar as ações de saneamento a eficácia e o impacto de medidas de prevenção e controle adotadas. Relaciona o número de óbitos por uma determinada causa pela população exposta.

NA PRÁTICA

Taxa de mortalidade infantil neonatal. Estudo retrospectivo descritivo realizado no município de Cuiabá, utilizando dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do ano de 2007, buscou identificar taxa de mortalidade neonatal no município. Foram estudados 79 óbitos; a taxa de mortalidade infantil neonatal foi de 8,7/1.000 nascidos vivos; as principais causas foram prematuridade (n=21), septicemia do recém-nascido (n=14), anencefalia (n=14) e síndrome da angústia respiratória (n=12); entre os 65 óbitos considerados evitáveis, 35 foram por inadequada assistência à mulher na gestação e no parto e 30 por inadequada atenção ao recém-nascido, concluindo que, em sua maioria, os óbitos neonatais estudados foram considerados evitáveis (LOURENÇO; BRUNKEN; LUPPI, 2013).

Principais Sistemas de Informação em Saúde

Os sistemas de informação em saúde são instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, que se tornarão informações, sempre dependendo do grau de conhecimento ou “miopia” de quem interpreta a informação, para as tomadas de decisões necessárias para transformações na realidade.

O fato de ter acesso a determinadas informações não garante que, conseqüentemente, as decisões e as ações desencadeadas serão sempre “acertadas” ou estarão “corretas”. Ou seja, as informações refletem as concepções, os valores, as intenções, a visão de mundo e outras particularidades daquele que as está utilizando, influenciando diretamente nas decisões tomadas. As informações não são neutras. Portanto, elas refletem “o grau de miopia”.



Palavra do Professor: *O grande desafio não é somente ter acesso às informações. Primeiro e principalmente é preciso saber perguntar. A partir de perguntas, buscamos respostas/informações capazes de subsidiar, com o menor grau de incerteza possível, as decisões sobre as ações a serem desencadeadas, para que sejam alcançados os objetivos definidos.*

• Sistema de Informação em Mortalidade (SIM)

Sistema de abrangência nacional que iniciou em 1979 e tem como documento base a Declaração de Óbito. Cada pessoa que morre tem preenchida uma Declaração de Óbito, padronizada nacionalmente, que contém dados sobre a identidade do falecido, (nome, idade, sexo, raça/cor, estado civil, escolaridade e ocupação), local de residência e ocorrência do óbito, causas do óbito, essenciais para os estudos epidemiológicos do óbito (BRASIL, 2015).

Vantagens do SIM: a) sua cobertura é nacional; b) a notificação dos óbitos é obrigatória; c) treinamentos constantes das equipes responsáveis pelo banco de dados. Limitações do SIM: a) existência de cemitérios clandestinos, b) erros de preenchimento da Declaração de Óbito.

Seus dados são utilizados nos indicadores: Mortalidade Geral; Mortalidade por causas específicas; Mortalidade Infantil; Mortalidade Fetal e Mortalidade Materna. O acesso ao mesmo se dá por relatórios publicados pelo Ministério da Saúde, bem como na página do Datasus, www.datasus.gov.br, que contém o banco de dados desde 2006, disponível para pesquisadores e profissionais de saúde através do Tabwin.

NA PRÁTICA

Em 1999 a cidade de Diadema, em São Paulo, era considerada uma das cidades mais violentas do país, devido ao grande número de mortes por homicídio. Adotou, entre outras medidas, a Lei do Fechamento dos Bares, o que levou à diminuição de assassinatos na cidade (REZENDE et al., 2009).

• Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC)

Iniciou em 1990 e tem como documento básico a Declaração de Nascidos Vivos (DNV). Cada bebê que nasce precisa apresentá-la para obter sua certidão de nascimento. O SINASC coleta dados sobre todos os nascidos vivos no Brasil. A DNV é padronizada e contém dados sobre o local do parto, identificação e característica da mãe (gestação e parto, número de consultas de pré-natal) e do bebê (sexo, raça/cor, APGAR, peso e malformações congênitas) (BRASIL, 2015).

Vantagens do SINASC: a) cobertura nacional; b) preenchimento obrigatório; c) treinamentos frequentes dos responsáveis pelo banco de dados. Limitações do SINASC: a) sub-registro dos dados em muitas localidades do país, com repercussão legal e social para as crianças que não têm a DNV preenchida, ou registro inadequado ou incompleto.

Seus dados são utilizados nos indicadores: Proporção de nascidos vivos com baixo peso; Proporção de nascidos vivos prematuros; Proporção de Nascidos vivos em partos hospitalares; Proporção de Nascidos Vivos por número de consultas pré-natal; Proporção de nascidos vivos por faixa etária da mãe; Taxa Bruta de Natalidade; Taxa de Fecundidade Geral e Taxa de mortalidade infantil.

O acesso ao mesmo se dá por relatórios publicados pelo Ministério da Saúde, bem como na página do Datasus, que contém o banco de dados, disponível para pesquisadores por meio do Tabwin.

NA PRÁTICA

Os diversos campos da DNV permitem a identificação de bebês em risco. A equipe da Vigilância Epidemiológica comunica imediatamente a equipe de Atenção Básica, responsável pela área em que a criança mora, o que facilita o acompanhamento dos bebês de risco no primeiro ano de vida (SASSÁ et al., 2011).

• Sistema de Agravos de Notificação - (SINAN)

Iniciou em 1990, e tem como documentos básicos a Ficha Individual de Notificação e as Fichas de Investigação. A lista de doenças e agravos de notificação compulsória é atualizada e publicada em Diário Oficial anualmente, mas os Estados e os municípios podem incluir doenças relevantes para suas regiões. Assim, sempre que um profissional identificar um caso de uma das doenças de notificação compulsória, deve preencher a ficha de notificação compulsória e encaminhá-la para a vigilância epidemiológica municipal, que procederá a investigação necessária (BRASIL, 2015).

Periodicamente, os municípios enviam os dados aos Estados e estes ao Ministério da Saúde. A principal dificuldade do SINAN é a subnotificação. Por meio dos dados do SINAN, calculam-se os indicadores de coeficientes de incidência e prevalência das doenças de notificação compulsória e proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação. O acesso das informações do mesmo se dá por relatórios e boletins publicados pelo Ministério e Secretarias de Saúde.

NA PRÁTICA

Os surtos de diarreia são de notificação compulsória e, portanto, devem ser incluídos no SINAN. Araújo et al. (2010) descrevem a atuação da Atenção Básica na identificação e na coleta de material em surto de diarreia ocorrido em Bom Jesus, Piauí. A atuação da Atenção Básica possibilitou a identificação do rotavírus como agente etiológico causador do surto. O artigo descreve ainda a atuação no tratamento terapêutico dos pacientes acometidos e medidas de prevenção instaladas.

• Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS)

Iniciou em 1984 e os dados oriundos do SIH referem-se apenas às internações financiadas pelo SUS (que correspondem a 70-80% das internações no país). Cada internação pelo SUS exige o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que permitirá o pagamento pelo procedimento e possibilitará as análises epidemiológicas sobre morbidade hospitalar. As informações são relativas ao paciente e à internação (hospital, data de internação, diagnóstico principal e secundário, e procedimento solicitado) (BRASIL, 2015).

A vantagem do SIH é o fato de abranger um extenso número de instituições. Suas limitações estão relacionadas ao preenchimento deficiente de algumas fichas, principalmente.

NA PRÁTICA

Ferreira et al. (2014) demonstraram que as internações por causa sensíveis à Atenção Primária, em São José do Rio Preto, no período 2008 a 2010, só não diminuíram na população idosa. Estes autores utilizaram dados secundários do SIH, mas apontaram que é necessária educação continuada para as equipes de Estratégia de Saúde da Família na condução de pacientes idosos com doenças crônicas.

• Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)

Criado em 1990, contém informações sobre o estado nutricional de crianças de zero a 5 anos e gestantes, Bolsa Família, Saúde de Ferro e o Plano de Combate às Carências Nutricionais (PCCN). Mantê-lo atualizado é pré-requisito para acessar recursos no Piso de Atenção Básica. O documento básico do documento é o prontuário eletrônico do e-SUS (COELHO et al., 2015). Em março de 2017, o SISVAN se tornou o primeiro banco de dados brasileiro alimentado diretamente por meio do e-SUS, representando uma conquista dos anseios.

O acesso às suas informações se dá pelos relatórios públicos, que se encontram na página inicial do sistema, que deve ser acessado via Google, já que se trata de um sistema web. Os indicadores gerados pelo SISVAN se referem ao bolsa família e ao consumo alimentar e estão disponíveis para consulta pública.

NA PRÁTICA

Coelho et al. (2015) realizaram pesquisa com os dados digitados no SISVAN pelas equipes de estratégia de saúde. Nesta pesquisa caracterizam os hábitos alimentares de crianças até dois anos de idade. Os autores salientam na conclusão do artigo a importância do conhecimento destes hábitos alimentares para o planejamento das equipes e transformação dos mesmos por meio do trabalho das equipes.

• Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRÉNATAL)

Criado em 2000. Contém informações sobre o acompanhamento adequado das gestantes acompanhadas nos serviços de pré-natal do SUS. No SISPRENATAL está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada e permite o acompanhamento das gestantes desde o início da gravidez até a consulta de puerpério (BRASIL, 2011). Trata-se de um sistema web, alimentado pela Atenção Básica.

NA PRÁTICA

Lima e Correa (2012) publicaram um artigo de pesquisa realizada em Cuiabá, no qual apresentaram dificuldades da Atenção Básica no preenchimento do SISPRENATAL e as consequências para o planejamento de ações para as gestantes do município por falta de informações.

• Sistema de Informação do Câncer (SISCAN)

Criado em 2014, unificou o SISCOLO e o SISMAMA, e ainda contém informações sobre os outros tipos de câncer. O sistema está interligado ao Cadastro Nacional de Usuários do SUS (CADWEB) e ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), ambos responsáveis por grande parte da operacionalização do Sistema (FRANCO, 2012).

A alimentação inicial deste sistema se dá pelo prestador do serviço, clínicas radiológicas, que realizam mamografias e laboratórios que realizam papanicolau ou algum tipo de estudo anatomopatológico ou histoquímico. O acompanhamento dos pacientes em muitos municípios já é alimentado pela Atenção Básica.

Indicadores medidos por este sistema: razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.

NA PRÁTICA

Farias e Barbieri (2016) publicaram artigo em que relatam resultado de pesquisa sobre o seguimento de mulheres com resultados alterados de papanicolau em uma região de saúde do Mato Grosso do Sul. Neste artigo indicam que um número significativo de mulheres não possui nenhum seguimento no sistema, o que leva à necessidade de discussão sobre o acesso a serviços especializados pelas mulheres com resultados alterados.

• Sistema de Informação em Imunização (SIPNI)

O SIPNI é formado por um conjunto de sistemas: a) API-WEB - Avaliação do Programa de Imunizações. Registra, por faixa etária, as doses de imunobiológicos aplicadas e calcula a cobertura vacinal, por unidade básica, município, regional de Saúde, estado e país. Fornece informações sobre rotina e campanhas, taxa de abandono e envio de boletins de imunização. Pode ser utilizado nos âmbitos federal, estadual, regional e municipal; b) Estoque e Distribuição de Imunobiológicos - Gerencia o estoque e a distribuição dos imunobiológicos. Contempla o âmbito federal, estadual, regional e municipal; c) Eventos Adversos Pós-vacinação (EAPV). Permite o acompanhamento de casos de reações adversas ocorridos pós-vacinação e a rápida identificação e localização de lotes de vacinas. Para a gestão federal, estadual, regional e municipal; d) Sistema de Informações dos Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais (SICRIE). Registra os atendimentos nos CRIEs e informa a utilização dos imunobiológicos especiais (BRASIL, 2015).

A alimentação destes sistemas em sua maioria começa na sala de vacinação de cada UBS dentro da Atenção Básica. Este sistema gera indicadores, como a cobertura vacinal. Talvez pela baixa rotatividade de funcionários em sala de vacina e pelo reconhecimento e respeito da população pela vacinação, este é um sistema de informações efetivo, pois é bem alimentado pelos municípios, o que permite analisar as taxas de cobertura, que são altas em todo o território nacional. O seguimento dos dados gerados no SINAN também contribui para que o Ministério da Saúde sempre esteja propondo modificações no calendário vacinal.

A última modificação ocorrida em 2017 vem com o oferecimento da vacina meningocócica C, para as crianças entre 12 e 14 anos, devido ao grande número de adultos jovens atingidos por meningocemia, sem contato com doentes previamente, levando os técnicos a concluírem que é preciso introduzir esta dose de vacina, visando à diminuição de portadores sãos da meningocócica C.

• Sistema de Informações em Saúde da Atenção Básica (SISAB) e o e-SUS

Instituído pela Portaria 1412, de 10 de julho de 2013, o seu preenchimento e a sua manutenção atualizada são condicionantes para o envio do Piso de Atenção Básica aos municípios. É uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional (UFM, 2016b).

Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS AB faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico. O e-SUS AB, sistema para inserção e consulta de dados sobre os usuários de saúde e sobre a ação profissional que ocorre no nível da Atenção Básica.

Os dados colhidos neste sistema quanto ao cadastro domiciliar são: material predominante na construção do domicílio, abastecimento e tratamento de água, destino de lixo e forma de escoamento sanitário, situação de moradia (própria, financiada, alugada, cedida, situação de rua), tipo de domicílio, localização (urbana ou rural), condição de posse e uso da terra na área rural, animais de estimação (DANTAS; CURIOSO, 2016).

Os indicadores gerados pelo e-SUS são utilizados principalmente para a avaliação e para o planejamento local em saúde, tanto no nível da equipe quanto da gestão da Atenção Básica, e ainda para a avaliação no Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

NA PRÁTICA

Um relato de experiência publicado narra a implantação do e-SUS AB na cidade de João Pessoa. Os autores relatam a transição do antigo sistema de informação, SIAB, para o novo sistema, o SISAB. Apontam vantagens e desvantagens do uso da ferramenta e-SUS, chamando atenção principalmente para a dificuldade de gerar relatórios neste novo sistema (UFM, 2016a).

• Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)

Implantado em 1995, desde sua implantação tem como finalidade registrar os atendimentos/procedimentos/tratamentos realizados em cada estabelecimento de saúde no âmbito ambulatorial, gerando assim o **Boletim de Produção Ambulatorial (BPA)**. O SIA é o sistema que permite aos gestores locais o processamento das informações de atendimento ambulatorial (não hospitalar) registrados nos aplicativos de captação do atendimento ambulatorial pelos prestadores públicos e privados contratados/conveniados pelo SUS.

NA PRÁTICA

As informações extraídas do SIA são utilizadas como um importante instrumento de gestão, subsidiando, assim, as ações de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência ambulatorial.

• Sistema Nacional de Regulação (SISREG)

É um sistema *web* criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório, por meio de módulos que permitem desde inserção da oferta até a solicitação, pela rede básica, de consultas, exames e procedimentos na média e alta complexidade, bem como a regulação de leitos hospitalares, objetivando maior organização e controle do fluxo de acesso aos serviços de saúde, otimização na utilização dos recursos assistenciais e visando à humanização no atendimento (PINTO; CARNEIRO, 2012). É uma ferramenta fornecida pelo Ministério de Saúde de forma gratuita, sendo sua utilização não compulsória, como forma de auxiliar na regulação do acesso.

Outras informações em saúde

No capítulo 6 sobre territorialização, você poderá observar outras formas de obter informações em saúde, especialmente no nível local, as quais podem subsidiar as ações em saúde no trabalho da Atenção Básica.

CONCLUSÃO

Os sistemas de informação são importantes instrumentos para que profissionais e gestores avaliem e planejem ações para melhoria dos indicadores de saúde. Assim, como nos exemplos vindos dos estudos realizados por pesquisadores, os profissionais de saúde devem constantemente coletar dados, alimentar os sistemas de informação, analisar os relatórios destes sistemas para mudanças nas práticas de saúde.

TÓPICO 3 - A EPIDEMIOLOGIA COMO FERRAMENTA PARA O PLANEJAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA

Objetivo: Reconhecer a epidemiologia como ferramenta básica no planejamento local de saúde.

Planejar é estruturar o caminho entre o sonho e a ação. Isto vale para qualquer coisa que não possa ser executada agora e o objetivo é sempre o mesmo: focar nossa energia e nossa atenção para que nossa ação nos leve na direção que desejamos, e não na direção **Alice no País das Maravilhas**.

“Ai os meus bigodes... É tarde, é tarde até que arde...”

Ai, ai, meu Deus, alô, adeus, é tarde, tarde, é tarde.

Não, não, não, eu tenho pressa, pressa...

“Oh puxa! Eu devo estar muito atrasado!” – disse o Coelho Branco.

“O senhor poderia me dizer, por favor, qual o caminho que devo tomar para sair daqui?” – perguntou Alice.

“Isso depende muito de para onde você quer ir” – respondeu o Gato.

“Não me importo muito para onde...” retrucou Alice.

“Então não importa o caminho que você escolha” – disse o Gato.

“...contanto que dê em algum lugar” – completou Alice.

“Oh, você pode ter certeza que vai chegar, se você caminhar bastante” – respondeu o Gato.

Alice sentiu que isso não deveria ser negado, então ela tentou outra pergunta: “Que tipo de gente vive lá?”

“Naquela direção” – disse o Gato, apontando sua pata direita em círculo – “vive o Chapeleiro, e naquela” – apontando a outra pata – “vive a Lebre de Março. Visite qualquer um que você queira, os dois são malucos”.

“Mas eu não quero ficar entre gente maluca” – retrucou Alice.

“Oh, você não tem saída. Nós somos todos malucos aqui. Eu sou louco. Você é louca” – disse o Gato.

“Como você sabe que eu sou louca?” – perguntou Alice.

“Você deve ser. Ou então não teria vindo para cá” – afirmou o Gato.

(Trecho retirado do livro Alice no País das Maravilhas, de Lewis Carroll)



Fonte: Ilustração por John Tenniel.

Muitas vezes em nossa vida profissional exercemos o papel de Alice, deixando nos levar pela demanda espontânea, que chega à UBS e exercendo a função de bombeiros, apagando todos os incêndios que aparecem no dia a dia.

Embora saibamos que em algum momento do ano a atuação profissional da equipe da qual fazemos parte será minimamente medida, valorada, por meio dos indicadores de saúde que compõem o SISPACTO ou o PMAQ-AB, descobrimos sempre que caminhamos bastante, só que sem sair do lugar e sem chegar a lugar algum.

Isso ocorre porque muitas vezes a equipe trabalha os temas abordados por estes indicadores, mas descobre que realizou e não registrou, ou que registrou a atividade inicial, mas não acompanhou, ou que acompanhou e não entrevistou, apresentando assim indicadores fragilizados, mas não por falta de trabalho, e sim por falta de planejamento.

O planejamento de cada equipe de Atenção Básica é único, e para tanto a equipe deve conhecer sua realidade, por meio do diagnóstico comunitário, abordado no capítulo 6, além de conhecer seus pontos fortes e frágeis, tanto da equipe, quanto de cada indivíduo que compõe a equipe.



Palavra do Professor: O fato é que não existe planejamento em saúde sem informação. Mas também não basta ter a informação e não saber o que fazer com ela. A tradição histórica de gestão verticalizada de cima para baixo, com direcionamentos do Ministério da Saúde “do que fazer”, fez com que os profissionais de saúde sempre realizassem as ações muitas vezes de forma acrítica e em geral descontextualizadas da realidade e necessidade local, ou seja, sem considerar a situação de saúde, portanto, sem considerar a epidemiologia local.

Aliada ao processo de gestão, a hegemonia do modelo biomédico, com uma formação voltada para o fazer curativo, o planejamento e o uso das informações sanitárias sempre ficaram no nível macropolítico de gestão. Ao profissional de saúde, bastava o “fazer”. O “analisar” e “planejar” nunca foram atribuições desenvolvidas e requeridas para a prática profissional.

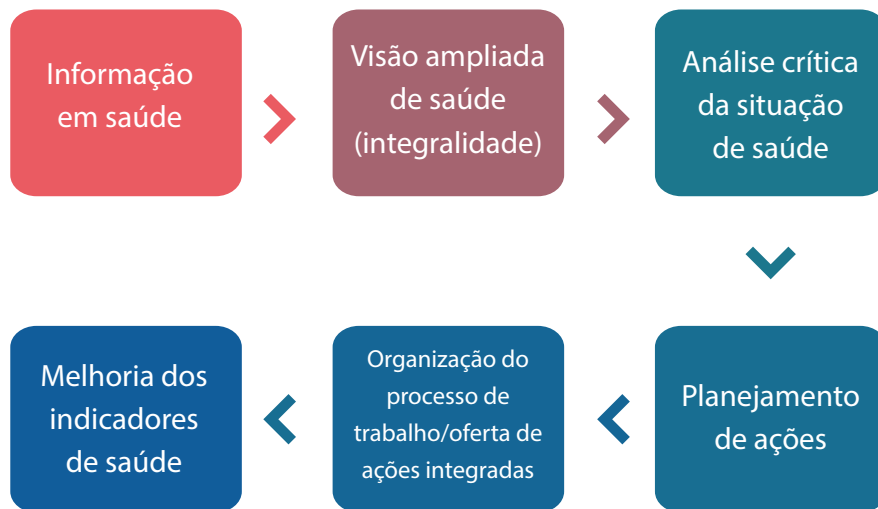
Por essa deficiência na formação em saúde, mesmo com o processo de descentralização proposto desde a criação do SUS, que pretensamente confere autonomia na organização e na oferta de ações e serviços, as práticas sanitárias ainda são fortemente influenciadas pelo modelo biomédico e pela tradição histórica de não planejar.

O SUS e mais precisamente a Atenção Básica partem do pressuposto da integralidade da atenção (onde queremos chegar). No âmbito da Atenção Básica, os atributos de primeiro contato, longitudinalidade e coordenação do cuidado, também indicam a “forma como podemos chegar”.

Portanto, as informações em saúde ou a epidemiologia devem fornecer informações para as equipes para que estas possam analisar, refletir, discutir e planejar ações que contribuam para a melhoria dos indicadores de saúde.

Na lógica da integralidade ou da epidemiologia social, estas informações devem auxiliar os profissionais para entenderem a situação de saúde para além da doença, considerando os contextos em que elas ocorrem (social, ambiental). Melhorar os indicadores de saúde nessa lógica implica também em melhorar as condições de vida das pessoas, mas sem negligenciar as ações que evitem a doença e mesmo estrutura adequada de assistência clínica.

Em síntese:



CONCLUSÃO

Nos termos da lei o SUS garante a todos os cidadãos brasileiros acesso às ações e aos serviços de saúde oferecidos pelo sistema. Ainda segundo as políticas de saúde vigentes este acesso deve-se dar preferencialmente pela Atenção Básica, que representa a principal porta de entrada do sistema.

A Atenção Básica, portanto, para coordenar o cuidado do usuário no sistema e realizar atenção integral, deve se valer de todas as armas disponíveis aos profissionais de saúde: a clínica, a educação em saúde, a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Sem conhecimento da realidade, ou melhor, sem a epidemiologia, nada disso é possível.

Referências

- ANDRADE, E. C. et al. Ensaio Clínico randomizado controlado duplo-cego da nitazoxanida no tratamento do poliparasitismo intestinal. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 139-146, 2011.
- ARAUJO, T. M. E. et al. Surto de diarreia por rotavírus no município de Bom Jesus (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. suplemento 1, p. 1039-1046, 2010.
- BARATA, R. B. Epidemiologia Social. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 7-17, 2005.
- BARATA, R. B. et al. Epidemiologia e políticas públicas de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 3-17, 2013.
- BATISTA, F. Neuroartropatia de Charcot, **Educação Continuada Einstein**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 55-57, 2012.
- BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. [tradução e revisão científica Juraci A. Cesar]. **Epidemiologia Básica**. 2. ed. São Paulo: Santos Editora, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Manual SISPRENATAL Versão 2.16**. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **ASIS - Análise de Situação de Saúde**. Ministério da Saúde, Universidade Federal de Goiás. Brasília, 2015.
- COELHO, L. C. et al. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional / SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 727-738, 2015.
- CRUZ, S. S. et al. Doença periodontal materna e prematuridade / baixo peso ao nascer: uma metanálise. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 6, n. 2, p. 30-36, 2016.
- DANTAS, A.; CURIOSO, R. Geografia e saúde; o lugar como premissa da atividade informacional de Atenção Básica do sistema de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 721-735, 2016.
- FARIAS, A. C., BARBIERI, A. R. Seguimento do câncer de colo de útero: estudo da continuidade da assistência à paciente em uma região de saúde. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, e20160096, 2016,
- FERREIRA, J. B. B., Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 45-56, 2014.

FIGUEIREDO, T. A.; PEPE, U. L. E.; CASTRO, C. G. S. O. de. Um enfoque sanitário sobre a demanda judicial de medicamentos. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 101-118, 2010.

FLETCHER, R. H., FLETCHER, S. W. **Epidemiologia clínica: Elementos essenciais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FRANCO, J. L.F. **Sistema de Informação**. Especialização em Saúde da Família. São Paulo: UNASUS/UNIFESP, 2012. 21p.

FRIELAND, D. J. et al. **Medicina baseada em evidências**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 2001.

LIMA, A. P.; CORREA, A. C. P. A produção de dados e informações para o SISPRENATAL no nível central de gestão. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 352-359, 2012.

LOURENÇO, E. C.; BRUNKEN, G. S.; LUPPI, C. G. Mortalidade infantil neonatal: estudo das causas evitáveis em Cuiabá, Mato Grosso, 2007. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 4, p. 697-706, 2013.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Ateneu, 2009.

MORAES, I. L. S. Sistemas de Informação em Saúde: patrimônio da sociedade brasileira. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 649-665.

NASSER, I. J. G. et al. Síndrome de Romberg: uma série de casos. **Revista Brasileira Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 201-204, 2013.

OLIVEIRA, M. A. P.; PARENTE, R. C. M. Entendendo ensaios clínicos randomizados. **Brazilian Journal of Videoendoscopic Surgery**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 176-180, 2010.

PARENTE, R. C. M. et al, Relatos e séries de casos na era da medicina baseada em evidências. **Brazilian Journal of Videoendoscopic Surgery**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 67-70, 2010.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PINHEIRO, R. S.; ESCOSTEGUY, C. C. Epidemiologia e Serviços de Saúde. In: MEDRONHO, R. de A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 515-523.

PINTO, R. J.; CARNEIRO, M. G. D. Avaliação do agendamento online de consultas médicas especializadas através da central de regulação do SUS. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 9, n. 58, p. 123-128, 2012.

REZENDE, M, M. et al. Fechamento de bares e violência: breves considerações. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 113-115, 2009.

ROSCOE, D. D.; JENKINS, S. A. Meta-Analysis of Campaign Contributions' Impact on Roll Call Voting. **Social Science Quarterly**, Austin, v. 86, n. 1, p. 52-68, 2005.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia e saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SASSÁ, A. H. et al. Bebê de risco: acompanhando o crescimento infantil no primeiro ano de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 541-549, 2011.

SIQUEIRA, M. C. **Gestão estratégica da informação**. Rio de Janeiro: Brasport, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS**. Ana Emília Figueiredo de Oliveira; Regimarina Soares Reis (Orgs). São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2016. 44p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **Gestão pública em saúde: sistemas de informação de apoio à gestão em saúde**. Paola Trindade Garcia; Regimarina Soares Reis (Org). São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2016. 53p.

VICTORA, C. G. et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **The Lancet, London**, v. 3, n. 4, e199-205, 2015.

WALDMAN, E. A.; ROSA, T. E. da C. **Vigilância em Saúde Pública**. Série Saúde & Cidadania. Volume 7. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

Capítulo 6

TERRITORIALIZAÇÃO E PLANEJAMENTO LOCAL DE SAÚDE

Mara Cristina Binz
Carlos Alberto Severo Garcia Jr.
Lucas Emanuel Marzzani
Matheus Felipe Gomes
Mônica Borges Monte
Rafaela Silva Waltrick

Capítulo 6

Territorialização e planejamento local de saúde

“O tempo muito me ensinou: ensinou a amar a vida, não desistir de lutar, renascer na derrota, renunciar às palavras e pensamentos negativos, acreditar nos valores humanos, e a ser otimista. Aprendi que mais vale tentar do que recuar... Antes acreditar do que duvidar, que o que vale na vida, não é o ponto de partida, e sim a nossa caminhada”. Cora Coralina

TÓPICO 1 – O TERRITÓRIO SÓCIOSSANITÁRIO

Objetivo: Neste tópico buscaremos reconhecer o **Território** como um espaço de produção de saúde. Para tal, abordaremos os seguintes temas, visando a uma melhor compreensão: Conceito de território; Reconhecimento do território sob o ponto de vista socio sanitário e Relação do território com a determinação social.

A **Territorialização** é uma atividade básica da Estratégia Saúde da Família (ESF) e ganha importância no processo de mudança do modelo de atenção, que se propõe a ofertar ações contextualizadas à comunidade, família e pessoas. Neste sentido, o conhecimento do território é essencial para que as ações possam ser planejadas e realizadas.

Cada **Território** integra um espaço com determinadas características e com determinantes sociais que definem este ambiente, bem como a influência deste sobre o processo saúde-doença.

Portanto, os serviços de Atenção Básica atendem a um público-alvo com **Território** definido, sendo a porta preferencial de entrada do sistema de saúde e a coordenadora do cuidado nos fluxos dos usuários por outros serviços da rede de atenção. Assim sendo, a porta é o próprio território, onde atuam fluxos que entram e que saem, preferencialmente, de forma reconhecida, identificada e coordenada.

Por isso, a Atenção Básica é o “centro” das redes de saúde e tudo passa por ela. Sua associação com o termo “porta de entrada” se dá porque ela é o primeiro contato das pessoas com o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012).



- Qual é o conceito de território na área da saúde?

É muito comum fazermos a relação com uma delimitação geográfica quando pensamos em território. De certa forma, a definição não está incorreta. Mas o **Território** na área da saúde, dependendo da concepção de saúde-doença que carregamos, pode ter outro significado e importância. Vejamos...

Conceito: O termo **Território** pode ser associado a pelo menos uma origem, significando “terra pertencente a”, ou seja, *terri* (terra) e *torium* (pertencente a), de origem latina. Segundo Mendes (1993), o **Território** é um espaço em permanente construção, desconstrução e reconstrução. É a concepção de um **território-processo** que, além de um território-geográfico, é um território econômico, sanitário, político, cultural e epidemiológico, sempre em movimento, e nunca pronto.

O **Território** é um espaço limitado, político-administrativamente, ou por ação de um grupo social, composto por pessoas e essencial para a definição estratégica de políticas públicas. Este espaço é singular, resultado de uma realidade histórica, ambiental e social, capaz de gerar identidade própria, com problemas e necessidades sociais a serem resolvidos.

No âmbito da saúde e no sentido da regionalização e da descentralização, o **Território** subdivide-se em cinco instâncias (BORGES; TAVEIRA, 2012):

- **Território-distrito sanitário** é uma delimitação político-administrativa. Com a implantação do SUS, percebeu-se a necessidade de se regionalizar o atendimento, com ênfase na municipalização da assistência à saúde. Para tanto, foram propostas a criação e a estruturação de distritos sanitários. Essa modalidade deveria ser resolutiva, atender às necessidades em saúde da população de seu Território, por meio do cuidado individual e coletivo, e ofertar serviços de Atenção Básica, assistência ambulatorial especializada e de cuidados às situações emergenciais e de internação, sem recorte geográfico definido, pois sua delimitação está relacionada à atenção integral de serviços de saúde, e pode ter abrangência de um município ou região (vários municípios).

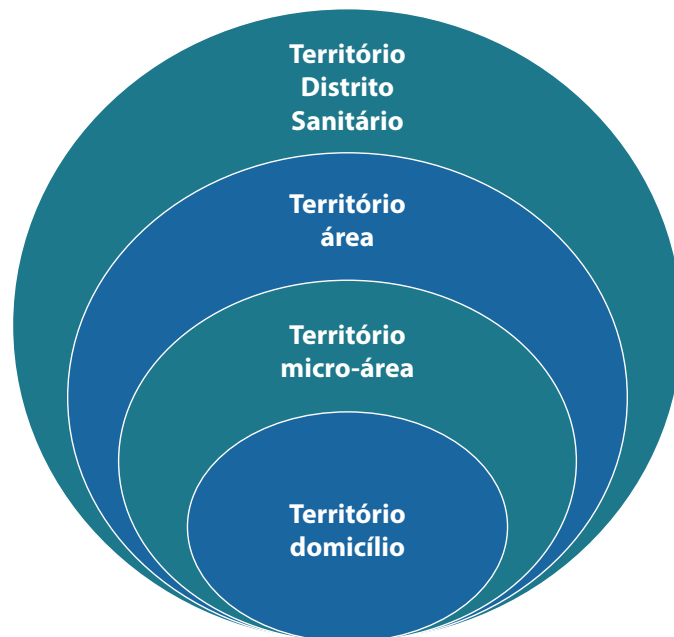
- **Território-área** representa a área de abrangência de uma equipe de saúde, sendo um espaço de corresponsabilidade entre a comunidade e o serviço, cujo objeto é a atenção integral, dentro dos limites estabelecidos para a Atenção Básica. A área de uma Equipe de Saúde da Família deve compreender entre 2400 a 4000 pessoas, sendo a média recomendada de 3000 indivíduos para cada equipe de ESF. A assistência que atende à demanda espontânea, proveniente de áreas fronteiriças ou não assistidas por aquela Equipe de Saúde da Família, caracteriza-se como área de influência.

• **Território-microárea** é a subdivisão do território-área. Normalmente, é assimétrico e delimitado, conforme as condições socioeconômicas, com o intuito de concentrar grupos homogêneos, a fim de facilitar a implantação de ações sociais. Este Território é formado por conjuntos de famílias e corresponde à área de responsabilidade de um Agente Comunitário de Saúde (ACS), devendo ter no máximo 750 habitantes. O ACS é quem faz o cadastro das famílias adscritas em sua microárea, na tentativa de identificar e mapear áreas e situações de risco para determinadas doenças.

• **Território-área de risco** representa o(s) local(is) de maior vulnerabilidade social dentro de uma comunidade, podendo corresponder a uma microárea ou uma área, ou várias áreas.

• **Território-moradia ou Território-domicílio** representa o local em que a família reside. Para fins de cadastramento, considera-se família o conjunto de pessoas que dividem o mesmo espaço.

Figura 15. Divisão do território.



Fonte: Elaborada pelos autores.



- Como reconhecer um território, sob o ponto de vista socio sanitário?

Uma primeira questão que a reflexão nos desafia é quanto ao conceito de saúde. Como já observamos no capítulo 1, historicamente, a formação em saúde e, conseqüentemente, os serviços de saúde, direcionavam seu olhar para uma visão biológica dos problemas de saúde. Com as discussões sobre determinação social (e determinantes sociais) e conceito ampliado de saúde, embutidas na construção do SUS, a noção (e definição) de território sanitário carrega consigo todos esses valores e práticas.

Conceito: A Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição, segundo a qual os **determinantes sociais de saúde** são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Podemos entendê-los como as características sociais, dentro das quais a vida transcorre (PELLEGRINI; BUSS, 2014).

Atualmente, este conceito importante destaca que as condições de vida e de trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com a sua situação de saúde, entendida assim como **Determinação Social** do processo saúde-doença. Desta forma, entende-se que os aspectos sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais influenciam na ocorrência de problemas de saúde.

Nas últimas décadas, observa-se um extraordinário avanço no estudo das relações, entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade, e a situação de saúde de sua população. E esse avanço é particularmente marcante no estudo das iniquidades em saúde, ou seja, daquelas desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias e que levam a mudanças nos padrões de adoecer e morrer (PELLEGRINI; BUSS, 2014).

Portanto, na lógica da **Determinação Social**, é essencial que os problemas de saúde e as necessidades das pessoas de um território sejam reconhecidos, determinando-se com isso as populações em risco, os problemas prioritários, as vulnerabilidades e as relações interespaiais, que necessitam de intervenção para um efetivo processo de planejamento e de ação, para melhoria das condições de vida e conseqüente melhoria dos indicadores de saúde.

Há que destacarmos que todo esse conjunto de determinantes sociais são reconhecidos como fazendo parte deste território, e aí estão produzindo o processo de saúde ou de doença.

NA PRÁTICA

Recentemente, assistindo a um Telejornal, foi noticiada a falta de água em bairros periféricos da região metropolitana do município de Goiânia, devido à falta de chuvas na região. Segundo relatos, o problema é cíclico e recorrente. Com o problema, as famílias que sofrem com a falta de abastecimento de água começaram a pegar água num córrego próximo, para as necessidades de higiene, lavagem da louça e alguns, inclusive, para o preparo dos alimentos. Ainda que a reportagem não tenha trazido informações sobre possíveis problemas de saúde, é fácil imaginar algumas consequências, presentes e futuras, desta realidade comunitária. Embora a chuva não ocorra para abastecer o reservatório que fornece água para o município todo, quem está sofrendo com a falta de água é a população mais carente. Ainda que tenha interferência das condições naturais, é notória a importância do território e da determinação social neste processo.

SAIBA MAIS

Para entender mais sobre os **Determinantes Sociais** da saúde, leia os artigos seguir:

- Freire, P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985. Disponível em:

<https://construindoumaprendizado.wordpress.com/livros/paulo-freire-pedagogia-do-oprimido-doc-livrocompleto/>

- Os problemas da saúde e seus determinantes sociais. Disponível em:

<https://www.bio.fiocruz.br/index.php/artigos/329-artigo-aborda-os-problemas-da-saude-eseus-determinantes-sociais>

- Relatório da comissão nacional de determinantes sociais da saúde. Disponível em:

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



- Quais os Determinantes Sociais que você conhece e que estão interferindo na saúde e na vida das pessoas da comunidade onde você está trabalhando?

Assim sendo, concluímos que a Estratégia Saúde da Família deve buscar realizar estratégias a curto, médio e longo prazo, essenciais para a melhoria das ações, as quais são incorporadas a partir da operacionalização do conceito de **Território-processo**, ou seja, que considere sua dinâmica social. A resposta aos problemas de saúde deste território nos remete ao conceito de integralidade, discutido no capítulo 3.

Segundo Mendes (1996), a Integralidade é definida como uma resposta social organizada dos processos de trabalho aos vários problemas em todas as suas dimensões (social, econômica, cultural, biológica e outras).

Na prática, a Integralidade deve ser efetivada pelas Equipes de Saúde da Família por meio de um trabalho interdisciplinar, de caráter individual, familiar, coletivo e social. E deve ser capaz de resolver um elenco de necessidades de saúde que extrapola a função curativa individual.

Para tanto, é necessário o envolvimento das equipes de saúde em espaços como escolas, creches, asilos, presídios, companhias de água e de saneamento, de luz e de coleta de lixo, além de realizar uma relação de proximidade com a comunidade, para oferecer uma atenção integral, contínua e de qualidade.

Dessa forma, conhecer e localizar os recursos existentes no território, seus usos pela população e a sua importância para o fluxo das pessoas se tornam de grande relevância para o reconhecimento da dinâmica social, hábitos e costumes que podem determinar as vulnerabilidades para a saúde.



Palavra do Professor: *Ter e manter a saúde é algo muito complexo. Neste processo atuam vários determinantes e este processo nunca está finalizado ou acabado. Por isso, quando eu vou ao encontro das pessoas, busco estar com os olhos e ouvidos e o coração bem aberto para escutar o que vem do outro lado. E busco sempre fazer parcerias e trabalhar com objetivos, para mim e para cada pessoa que eu ajudo a cuidar por aqui.*

CONCLUSÃO

Dentro do conceito de Integralidade, o **Território** é compreendido como um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social, que nunca está acabado, mas, ao contrário, em constante reconstrução.

TÓPICO 2 - O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO

Objetivo: Discutir o conceito de **Territorialização**, as formas de apropriação do **Território** e a busca de informações por meio da epidemiologia e do conceito ampliado de saúde e da participação social, no processo de levantamento de problemas para a realização do Diagnóstico Comunitário.

Conceito: A **Territorialização** é um processo de constituição, compreensão e atuação no território, sendo uma ferramenta essencial no trabalho das Equipes das Estratégias de Saúde da Família (GUSSO; LOPES, 2012).

Identificar, compreender e analisar os processos de saúde-doença como resultantes de variáveis biológicas, psíquicas, familiares e sociais das comunidades, ampliarão nosso olhar e nos fará realizar a territorialização de uma forma mais eficaz e abrangente.

A intenção de instituímos o processo de territorialização na ESF é permitir que as necessidades e os problemas de determinado grupo sejam definidos e, a partir disso, elaboremos ações em busca de resolução.

Assim, essa técnica é utilizada visando à obtenção e à análise de informações e de influências sobre as condições de vida e de saúde de uma população, produzindo dados mais autênticos acerca da realidade daquela população.

No entanto, este trabalho adquire no mínimo três sentidos distintos e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população, dinâmica social e suas relações com problemas de saúde; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços e instituições.

A operacionalização do processo de **Territorialização** acontece em três fases (Figura 2):

Figura 16. O processo de Territorialização.



Fonte: Elaborada pelos autores. Designed by Freepik.com

Os critérios utilizados para o processo de **Territorialização** estão relacionados com as condições territoriais, e não existem padrões definidos de procedimentos metodológicos e de ferramentas de análise para a realização deste estudo. Porém, para fins didáticos, vamos apresentar uma forma de realizar a Territorialização.

Para um município que inicia a organização da Atenção Básica, o território municipal é recortado, dividido e seccionado e, em seguida, os serviços de saúde se apropriam desses recortes, estabelecendo limites entre os mesmos, para a definição das áreas de abrangência de cada equipe.

Na **Territorialização**, para a identificação dos limites e recortes, são propostos os seguintes critérios: pontos de atenção à saúde, equipamentos e serviços sociais, áreas de lazer, áreas de risco ambiental, áreas de assentamento e invasões e áreas de aglomeração urbana (FARIA, 2014).

Ao se apropriarem dos recortes criados na fase de delimitação do Território-área, as equipes de saúde realizam o cadastro da população residente definindo, exatamente, a população que está sob sua responsabilidade, coletando dados sobre o território, para a realização do diagnóstico local de saúde, tornando-se o ponto de partida do planejamento e gestão da Atenção Básica.

Como objetivos de uma Territorialização, destacamos conhecer como as pessoas vivem em suas comunidades e os seus determinantes de saúde; conhecer as iniquidades aí existentes; compreender as fragilidades e as potencialidades destes locais; atuar como um elemento intermediador e focalizador para planejar e construir um modelo de saúde adequado à realidade local; e aproximar a equipe de saúde e a comunidade, com geração de vínculo e incentivo à participação popular (UFPB, 2011).



- Mas como e onde buscar informações por meio da Epidemiologia e do Conceito Ampliado de Saúde?

O **Território** também é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais, que promovem condições particulares para a produção de doenças ou saúde. O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para uma avaliação do impacto dos serviços, sobre os níveis de saúde dessa população (PEREIRA; BARCELLOS, 2006). E esse olhar ampliado sobre os problemas está alinhado, tanto com os atributos da Atenção Básica, quanto com os princípios e diretrizes do SUS.

Para o processo de Territorialização, os profissionais de uma Equipe de Saúde da Família de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) se aproximam das pessoas da comunidade para, em parceria, construírem este projeto.

Vejamos o passo a passo, para entender o processo de **Territorialização** (UFPB, 2011):

1. Conversa com a Comunidade:

Como primeiro passo, a participação social da comunidade, por meio do incentivo e da promoção da organização e da mobilização social, é um importante instrumento para a **Territorialização**, pois por meio dela se realiza o levantamento de dados, que são de fundamental importância neste processo (**Leia mais sobre Participação Social no Capítulo 8**).

Inicialmente, será importante respondermos algumas perguntas. Quais são as ações educativas e de participação social que são realizadas por esta comunidade? Já ocorrem reuniões de grupos, fora da UBS? Existe um Conselho Local de Saúde (CLS) atuante e participativo?

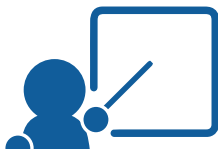
Com estas perguntas respondidas, iniciamos um trabalho de aproximação com a comunidade e incentivamos a criação ou reativação do Conselho Local de Saúde, bem como a aproximação com as lideranças locais que já atuam neste território. Estas lideranças podem ser religiosas, moradores mais antigos, associação de moradores ou outras associações e grupos atuantes, sendo este movimento essencial, pois proporciona o desenvolvimento de uma corresponsabilidade na gestão local de saúde.

Desta forma, aproximando os profissionais de saúde com as pessoas e as lideranças desta comunidade, conseguimos construir um processo de levantamento de problemas e o início de uma concreta apropriação do território.

Nessa etapa, além do envolvimento da comunidade, é importante a equipe de saúde conhecer a história desta comunidade, seu processo histórico de crescimento e de desenvolvimento, buscando conhecer os moradores mais antigos, os informantes chave, as lideranças do local, bem como as pessoas que, voluntariamente, quiserem dar seu depoimento.

NA PRÁTICA

Você poderá criar um roteiro com perguntas para conhecer a história, cultura, anseios, objetivos e sonhos, bem como a percepção sobre segurança, lazer, educação e sobre os problemas de saúde e outros aspectos das pessoas de uma comunidade. Além disso, quando existe um Conselho Local de Saúde, essas discussões já podem ter sido realizadas, mas é importante você sempre focar o conceito ampliado de saúde e não, apenas, as questões relacionadas à prevalência simples de doenças.



Palavra do Professor: *Com esta percepção, podemos destacar que planejar ações, sem a participação das pessoas da comunidade, por mais que você e a equipe de saúde tenham boas intenções, poderá ser um desperdício de recursos materiais e de recursos humanos, se a comunidade não entender essas iniciativas como necessidade e prioridade para a sua saúde.*

2. Oficina dos profissionais de saúde da ESF:

No segundo passo, nós devemos conhecer a história desta UBS, como ela foi implantada e há quanto tempo, bem como devemos conhecer a história dos profissionais de saúde que aí trabalham e o processo de trabalho e as ações de saúde que são realizadas nesta ESF.

Esta etapa pode ser feita no momento da reunião de equipe, mas o ideal é que seja organizada uma oficina entre os profissionais da equipe de saúde da família, para discutir o **Território**, evidenciando a importância dos ACS neste processo pelo grande conhecimento que possuem da comunidade e dos problemas existentes.

NA PRÁTICA

Para que a discussão não se restrinja apenas aos problemas corriqueiros da UBS, é importante construir um roteiro ou pauta de discussões, contendo temas que envolvam não só a UBS, mas principalmente a dinâmica social, abordando assuntos que envolvam os determinantes sociais locais e os equipamentos sociais disponíveis no território.

3. Passeio Ambiental:

No terceiro passo, devemos conhecer esta área, bem como seu detalhamento, por meio do reconhecimento das várias microáreas de abrangência, utilizando os nossos sentidos (olhos, ouvidos, olfato e outros). Importante já considerar, nesse passeio ambiental a percepção da comunidade, pois isso pode ajudar a enxergarmos melhor alguns problemas. E devemos fazer isso tantas vezes quantas forem necessárias, até nos sentirmos familiarizados com este território-área, reconhecendo seus múltiplos determinantes sociais.

NA PRÁTICA

Em nosso **Passeio ambiental**, vamos percebendo ruas, calçadas, acessibilidade para pessoas com deficiência, terrenos, presença de animais soltos, acúmulo de lixo, limpeza das ruas, terrenos baldios, relevo, vegetação, presença de rios e afluentes e o trajeto dos mesmos. Continuamos com a identificação do tipo e das condições das casas das pessoas, se existe saneamento básico, energia elétrica, abastecimento de água e outros indicadores. Também devemos observar os pátios e as praças, os equipamentos de lazer, a presença de escolas e creches, comércio em geral e fábricas, presença de horta, etc. Em cada passeio, vão aparecendo outros detalhes que a equipe de saúde vai identificando e se familiarizando também. E cada detalhe é importante!

4. Confeção do Mapa do Território:

No quarto passo, devemos reconhecer os limites geográficos desta área, por meio da elaboração do **Mapa**, detalhando nele as microáreas existentes, o que poderá ser feito de distintas formas: desenho, fotografia, ferramenta digital do Google Maps e Google Earth e outras.

No momento seguinte, devemos identificar os equipamentos sociais (escolas, creches, asilos, serviços de saúde, igrejas, rádios, associações de moradores, associações de bairros, estruturas de lazer, grupos comunitários e outros) e as redes sociais de apoio desta comunidade, colocando-os neste mapa.

NA PRÁTICA

Além do desenho geográfico, o **Mapa** deve conter todos equipamentos sociais que foram identificados no passeio ambiental.

5. Coleta de informações:

No seguimento, buscaremos os dados demográficos da população desta área especialmente por meio de dois sistemas: **IBGE** (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e do **SISAB** (Sistema de Saúde da Atenção Básica), considerados fontes confiáveis de pesquisa.

Nestes dados, procuraremos identificar a faixa etária, a predominância de gênero, população, no sentido de pormenorizarmos a mesma, de forma detalhada, bem como os principais problemas de saúde e alguns dados sociais das famílias.

Na continuação deste processo, realizaremos uma avaliação dos indicadores por meio das informações em saúde, identificando os agravos prevalentes nesta comunidade, com as patologias mais frequentes e as causas mais comuns de internação e de morte, buscando identificar as fragilidades desta comunidade.

O **DATASUS** é o programa que consolida as informações em saúde em âmbito nacional. Está disponível no site do Ministério da Saúde e engloba vários sistemas de informações. São fontes importantes para pesquisa na obtenção destes dados – SISAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade), SISCAM/SISCOLO (Sistema de Informação do Câncer de Mama e de Colo de Útero), SISVAN (Sistema de Informação sobre Vigilância Alimentar e Nutricional), SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos), SIH (Sistema de Informação Hospitalar), dentre outros (veja o capítulo 5 e lembre os objetivos e as formas de acesso a cada sistema de informação em saúde).

NA PRÁTICA

As informações vindas dos Sistemas de Informação em Saúde e de pesquisas demográficas (como IBGE) nos fornecem dados socio sanitários sobre a comunidade. Além disso, a coleta de informações também é realizada com os outros passos anteriores (conversa com a comunidade, oficina com a equipe de saúde, passeio ambiental). Todas essas informações serão importantes para que se identifiquem, com mais clareza, as potencialidades e as fragilidades desta comunidade.

6. Diagnóstico Comunitário:

Para composição do Diagnóstico Comunitário, utiliza-se como ferramenta a **Cartografia**, que serve como instrumento, dentro do processo de Territorialização para orientação, localização e representação de aspectos físicos e humanos.

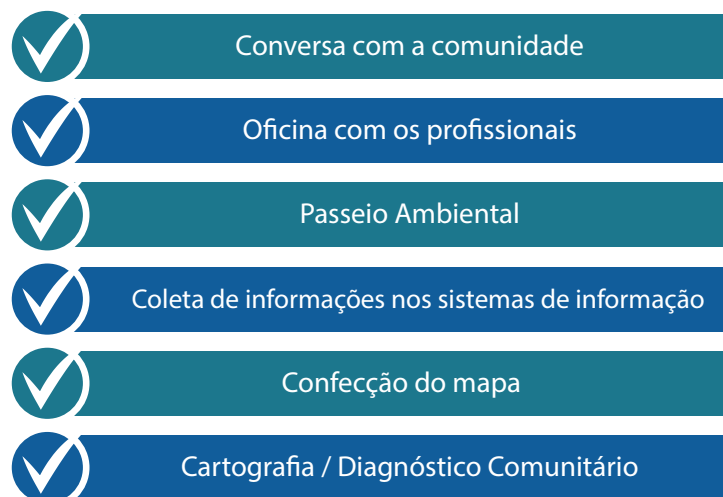
A Cartografia refere-se à representação gráfica dos mapas com sobreposição dos dados socioambientais e sanitários que permitem focalizar os problemas, facilitando as ações por parte dos profissionais de saúde e também da população local, coletados nas entrevistas, nas reuniões de equipe, no passeio ambiental e nos sistemas de informação (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

O conjunto de dados (epidemiológicos, demográficos, sociais) conjugados na cartografia propicia a reflexão sobre o território, as áreas e microáreas de atuação em relação ao processo de saúde e de adoecimento. A Cartografia corresponde à inter-relação de todas as informações coletadas no território, que propicia a construção do Diagnóstico Comunitário.

Sendo assim, a efetivação de um trabalho de Diagnóstico Comunitário deverá ser realizada de forma interdependente, com respeito e complementação de conhecimentos, como base para uma consciência coletiva, de criação de uma concepção ampliada de saúde e de território, estabelecendo vínculos efetivos entre os profissionais de saúde e a população.

Por isso, o que se espera é que, com os dados levantados no Processo de Territorialização, a equipe de saúde seja capaz de traçar um diagnóstico dos problemas, inter-relacionando os dados que foram coletados, fazendo a identificação de uma série de problemas, bem como das potencialidades existentes na comunidade.

Figura 17. Passos do processo de Territorialização.



Fonte: Elaborada pelos autores.

Sendo assim, a Territorialização torna-se essencial, para que a equipe de saúde conheça a população com a qual vai trabalhar, suas fortalezas e necessidades, bem como para que também a população conheça quem vai trabalhar com a saúde em seu bairro. É, assim, uma via de mão dupla.

Com o processo de Territorialização, pode-se qualificar melhor o serviço, tanto pela divulgação de conhecimentos como pela valorização do profissional por parte da população, além de possibilitar o direcionamento de recursos para problemas concretos e prioritários.



Palavra do Professor: *Para reconhecer e conhecer as pessoas, sua comunidade e o que as deixa mais ou menos saudáveis, você terá que gostar de pessoas, ouvir suas histórias de vida e nesta comunidade permanecer por um bom tempo. Se fizer isso, conseguirá entender, um pouco mais, por que as pessoas adoecem.*

NA PRÁTICA

Vamos imaginar que a equipe de saúde, pela sua vivência e experiência, observa que, recorrentemente, casos de parasitose e diarreia têm ocorrido no território. Como se trata de problemas que podem ser evitados, a enfermeira leva o caso para a reunião de equipe. Uma das ACS revela que percebe que existem muitos casos na sua microárea. A equipe decide mapear os casos ocorridos nos últimos noventa dias. Ao inserir no mapa o local de moradia das pessoas acometidas pelos problemas, a equipe percebe que os casos estão concentrados em uma determinada microárea, exatamente como descrito pelo ACS. Desta forma, decidem fazer um passeio ambiental na referida microárea e percebem grande acúmulo de sujeira pelas ruas e presença de animais soltos, local onde também presenciam crianças brincando. Ao analisar o SISAB, percebem que boa parte destas famílias capta água de uma “nascente próxima” às moradias, e que também não existe tratamento da água para o consumo no domicílio. Trata-se de um conjunto de famílias que tem poucos recursos financeiros para, individualmente, conseguirem melhorar as condições de vida. Conversando com a comunidade, eles relatam que é uma área de assentamento que está sendo regularizada na prefeitura depois de um longo tempo de espera. Os dados do sistema de informação também revelam que não existe abastecimento público de água e encanamento de esgoto, o que foi confirmado nas visitas aos domicílios. O lixo é depositado em local próximo em que existe a coleta, mas não existe limpeza das ruas e também há existência de terrenos sem ocupação, com acúmulo de lixo. Com a falta de saneamento básico, fica nítida a explicação da reincidência dos casos de diarreia e parasitoses nesta microárea. Eis a cartografia e o diagnóstico comunitário.

SAIBA MAIS

Você quer se aprofundar nos assuntos abordados?

- Para entender mais sobre indicadores de saúde, leia o “Painel de indicadores do SUS - Saúde do Brasil”. Disponível em: http://unesp.br/proex/mostra_arq_multi.php?arquivo=6809
- Para entender mais sobre o processo de territorialização, leia o artigo de Gondim e Monken, sobre “O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização”. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/20.pdf
- Assista também à Webpalestra sobre Diagnóstico Comunitário do Telessaúde de Santa Catarina. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=-tboGslCZ40>



- As equipes de saúde da família realizam um *diagnóstico comunitário* relacionando as condições de vida da população com os problemas de saúde? A equipe de saúde planeja ações para solucionar os problemas ou apenas responde as demandas que vão surgindo no atendimento da UBS?

CONCLUSÃO

Salienta-se que a inserção do Território e a realização da Territorialização, na investigação epidemiológica do evento saúde-doença, podem contribuir muito para o debate sobre cidadania, pois direitos sociais, educação, transporte, lazer, saneamento básico, saúde, etc., estão, intimamente, ligados com a questão de equidade e universalidade na assistência à saúde.

Por isso, a prática do SUS deve ser entendida como uma prática de aprofundamento territorial, pois compreende os **direitos sociais**, entre os quais à **Saúde**.



Palavra do Professor: *O mais importante, antes de iniciar os atendimentos com as consultas na UBS, é você caminhar nas ruas, encontrar as pessoas que ali moram, conversar com elas e ir percebendo tudo aquilo que as fazem felizes e que podem servir de motivação, pois isso ajudará, e muito, a saúde delas.*

TÓPICO 3 - O PLANEJAMENTO LOCAL DE SAÚDE

Objetivo: Buscaremos desenvolver a competência para realizar o Planejamento, com ênfase no Planejamento Local em Saúde, a partir do Diagnóstico Comunitário que considere a integralidade da atenção.



- Qual é a relação do Diagnóstico Comunitário com as Ações Integradas de Saúde?

Na realização do **Planejamento** o enfoque por problemas apresenta uma perspectiva de organização bastante distinta.

A partir do conhecimento de um território, de identificar, descrever e explicar os problemas de saúde referidos por pessoas da comunidade (**o diagnóstico comunitário**), a próxima etapa é pensar em como resolvê-los.

Uma importante dificuldade é produzir instrumentos normativos capazes de responderem à complexidade de informações de um Território, pois em nossa realidade social essa dificuldade se intensifica devido à extensão territorial, à enorme população e às profundas desigualdades territoriais, ou seja, não existe um modelo único a ser seguido para a realização do diagnóstico e das possibilidades de soluções.

No que diz respeito à organização e à priorização destes dados de Diagnóstico Comunitário, o tipo de produção de informações em saúde determina as ações que serão planejadas e realizadas.

Na lógica de entender o processo saúde-doença a partir da determinação social e do conceito ampliado de saúde (integralidade), as informações coletadas permitem o conhecimento do território-processo para que, desta forma, os serviços de saúde planejem e realizem, além das ações de recuperação e reabilitação, a promoção da saúde e a prevenção de doenças, compondo assim as **Ações Integradas de Saúde**.

Não adianta levantar dados socio sanitários, se a resposta for apenas sanitária. Além de incoerente, responder apenas com ações estritamente sanitárias (prevenção, recuperação e reabilitação), é como atuar apenas nas consequências dos problemas. A causa real dos problemas (determinação social) nos convida à realização também das ações de promoção da saúde (para saber mais sobre essa relação entre Determinação Social e Promoção da Saúde, leia o capítulo 4 deste livro).

NA PRÁTICA

A partir do exemplo identificado no Diagnóstico Comunitário sobre a ocorrência de parasitoses e diarreia como resposta às necessidades desta população, a equipe de saúde deve continuar a realizar os atendimentos das pessoas acometidas pelo problema na UBS (recuperação); deve realizar orientação individual e coletiva para as famílias para discutir e orientar as formas de prevenir o problema, como ferver a água, adicionar hipoclorito de sódio na água para lavagem dos alimentos; evitar andar descalço (prevenção) e, ainda, promover um mutirão de limpeza com conscientização da população local (promoção da saúde no nível local) e, no nível das políticas públicas, discutir com o poder público a coleta regular de lixo, a limpeza das ruas e a necessidade de fornecimento de água potável e de ações de saneamento básico (promoção da saúde no nível macro).



- Ficou claro que, para atender, integralmente, as necessidades de saúde das pessoas, é necessário ofertar ações de *promoção, prevenção, recuperação e reabilitação*? E quanto a ofertar ações de *promoção e prevenção*, percebem que só é possível a partir de um diagnóstico da comunidade? Mas, afinal, como realizamos o planejamento das ações?

Conceito: Por **Planejamento** entendemos um processo de racionalização das ações humanas, que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas no atendimento de necessidades individuais e coletivas. O ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação voltadas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade (VILASBÔAS, 2004).

A prática do **Planejamento em Saúde** foi inaugurada, na América Latina, com a elaboração do método Cendes-OPS (OPS, 1965), cujo eixo central era transpor os princípios do planejamento econômico para o campo social e deste para a saúde.

Este método propunha a construção de indicadores para a saúde a partir do levantamento e da sistematização de variáveis demográficas, epidemiológicas e sociais, enfatizando as variáveis populacionais como uma primeira etapa para o conhecimento das principais doenças e agravos à saúde, salientando os grupos mais afetados, as faixas etárias mais atingidas e os riscos mais relevantes.

Ainda que as variáveis sociais estivessem contempladas, o método Cendes-OPS foi muito criticado, por trabalhar dentro de uma lógica econômica de planejamento e não na ótica das necessidades das pessoas. Um dos criadores do método Cendes-OPS, Mario Testa, ao longo do tempo, fez grandes críticas ao método.

Hoje, a análise crítica do Planejamento em Saúde e a reflexão sobre a realidade política latino-americana, desenvolvida por Mario Testa (1989), ao longo dos últimos 40 anos, nos oferecem elementos conceituais e metodológicos que podem ser utilizados como ponto de partida para a definição de modelos de análise de processos específicos, como é o caso da formulação de planos e de programas de saúde.

Uma das propostas inspiradas nas reflexões de Mario Testa surgiu no final dos anos 1970. O economista chileno Carlos Matus desenvolveu uma reflexão abrangente sobre Política, Planejamento e Governo. Segundo Matus (1993), deve haver uma combinação de ações estratégicas e comunicativas, visando construir consensos acerca dos problemas a enfrentar, dos objetivos a alcançar e das alternativas de ação a desenvolver para alcançá-los.

Nessa perspectiva, Matus (1993) desenvolveu uma proposta conceitual e metodológica intitulada “**Planejamento Estratégico Situacional**” (PES), que se fundamenta no conceito da situação e contempla métodos a serem utilizados nos vários momentos do processo de planejamento, a saber: numa avaliação da situação inicial, com identificação, descrição e análise dos problemas e das oportunidades; na elaboração da situação-objetivo, construída a partir da identificação do que fazer para o enfrentamento dos problemas selecionados; e na análise da viabilidade de cada uma das operações propostas. Este enfoque vem sendo incorporado à elaboração metodológica de planos de saúde em vários países, inclusive no Brasil.

O **Planejamento Estratégico** define como objeto os “espaços-população”, entendidos não só como área geográfica, mas também como um espaço complexo, histórico e multidimensional - físico, geográfico, demográfico, epidemiológico, econômico, social, cultural e político - no qual habitam grupos humanos, suficientemente homogêneos, quanto às condições de vida e, em decorrência, quanto às suas necessidades básicas, dentre as quais as de saúde (CHORNY; KUSCHNIR; TAVEIRA, 2008).

Um “plano” com um diagnóstico bem elaborado e com estratégias e propostas de intervenção bem apresentadas, mas que são ineficazes e inviáveis e que esbarram nos limites da realidade, no “poder da política”, pode ser um bem elaborado exercício, mas não é um plano (CHORNY; KUSCHNIR; TAVEIRA, 2008).

Matus define o **Planejamento Estratégico Situacional** em quatro momentos (CHORNY; KUSCHNIR; TAVEIRA, 2008):

1) Momento explicativo: é o momento de identificação dos problemas, descrição do contexto do problema, com suas possíveis causas, chamado de diagnóstico situacional, sendo uma importante ferramenta para a tomada de decisão. Equivale ao Diagnóstico Comunitário. É uma descrição da realidade.

NA PRÁTICA

Veja o exemplo do tópico 2, em que foi realizado o Diagnóstico Comunitário.

2) Momento normativo: é o momento em que se descreve onde se deseja chegar (qual a imagem-objetivo), partindo da situação inicial (dos problemas), com proposição de ações (em diferentes cenários) que superem a realidade atual em direção à imagem-objetivo. A definição das estratégias de intervenção é a escolha dos caminhos dos quais se partirá, da situação identificada pelo diagnóstico como insatisfatória ou problemática, para a situação a que se quer chegar – a imagem objetivo, e que devem sempre guardar coerência com os problemas identificados. É nesse sentido que um diagnóstico comunitário construído a partir do conceito ampliado de saúde deve nesta etapa propor ações que sejam coerentes com esta visão, ou seja, que considere ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças. As ações podem ser imediatas, de curto, médio e longo prazo.

NA PRÁTICA

Utilizando o exemplo do diagnóstico comunitário da ocorrência de parasitoses e diarreia, a imagem-objetivo é melhorar os indicadores de saúde destas doenças. Para tanto, é preciso entender que a real causa do problema não é apenas de ordem biológica de contaminação, mas das condições ambientais em que essas pessoas vivem, mediadas pelas suas condições de vida (determinação social). As pessoas não vivem em local insalubre por opção, mas sim por falta de opção. Por este motivo, ainda que as ações de cura e prevenção sejam necessárias, resolver o problema implica melhorar as condições de vida destas pessoas (promoção da saúde).

3) Momento estratégico: é o momento que visa à superação de obstáculos, de ordem econômica, política e institucional/organizacional, impedindo a realização das ações propostas e a aproximação da imagem-objetivo. É a busca da viabilidade das ações propostas. Neste momento, é importante a identificação dos atores sociais (tanto possíveis aliados, como opositores), mapeando os parceiros políticos e sociais, no âmbito do governo e da comunidade, para a superação das barreiras, de qualquer natureza, na busca da imagem-objetivo.

NA PRÁTICA

Continuando com nosso exemplo, é fácil percebermos que as ações de recuperação e de prevenção ficam dentro da governabilidade da equipe. Ainda assim, é necessária a sensibilização e a mobilização da população local para êxito das ações. A articulação com o Conselho Local de Saúde e possíveis líderes dessa comunidade é estratégica para a aproximação da comunidade local. Já as ações de promoção da saúde, as de nível local, também entram na mesma lógica de mobilização social. Porém, a promoção da saúde no nível macro (coleta regular de lixo, limpeza das ruas, fornecimento de água de abastecimento e saneamento básico) depende de uma

articulação maior. Os dados epidemiológicos são informações valiosas, que devem ser utilizadas na sensibilização das autoridades, pois, inclusive, a condição sanitário-ambiental pode levar ao aparecimento de outras epidemias, como dengue, que podem se disseminar para outros bairros. Neste momento, a articulação com o Conselho Local e Municipal de Saúde é fundamental. O apoio de representantes do legislativo também pode dar potência às reivindicações.

4) Momento tático-operacional: o momento tático-operacional é o fazer, propriamente dito, do que, inicialmente, fora proposto. Porém, o mais importante é que estas ações sejam vistas como uma orientação, sendo a sua adequação à realidade demonstrada na prática, na medida em que sua implementação seja avaliada. Como o alcance da imagem-objetivo é um complexo conjunto de “fazeres” (ações), a cada momento é possível avaliar o que foi feito, recalcular e reorientar as ações, para correções de rota que levem ao alcance da imagem-objetivo, inclusive com nova análise estratégica para superação de obstáculos e construção de viabilidade. É importante que as pessoas que executam as ações sempre tenham consciência de onde se quer chegar (imagem-objetivo), pois não é incomum na área da saúde profissionais realizarem atividades de forma acrítica, seguindo apenas protocolos ou determinações impostas pela organização do trabalho. Essa consciência coletiva permite a avaliação constante da implementação das ações e dos ajustes de rota. Portanto, é uma atividade intermitente que se realiza a cada instante do processo, e não apenas quando se pretende ter cumprido uma etapa.

NA PRÁTICA

Na medida em que as ações forem sendo implementadas, a equipe deve recorrer à análise mensal destes indicadores de saúde para avaliar se a ocorrência dos problemas está diminuindo. Além disso, o trabalho do ACS permite, durante as visitas domiciliares, acompanhar o desenvolvimento das ações individuais e coletivas de prevenção. Nas reuniões de equipe será possível, de acordo com os resultados e as percepções, discutir as dificuldades e os êxitos na execução das ações propostas, como a necessidade de lixeiras públicas, nas ruas do bairro e uma nova sensibilização quanto à manutenção da higiene, nos locais públicos, etc. E ainda acompanhar as negociações com as empresas de coleta de lixo, projetos legislativos para fornecimento de saneamento básico onde, talvez, seja necessária a análise estratégica para viabilização dos projetos. É importante nunca perder de vista que a imagem-objetivo é melhorar as condições de vida daquela população.

A definição e a explicitação da imagem-objetivo são centrais ao planejamento em todos os seus momentos. É a imagem-objetivo – a situação ideal a ser alcançada – que guia o processo de planejamento, e isso o torna processual e dinâmico.

As metas, prioritariamente, devem ser representadas por indicadores de saúde, os quais serão reavaliados periodicamente, por meio de um processo contínuo de planejamento.

Segundo Cecílio (1997), por meio da proposta de uma “tecnologia leve para o planejamento em saúde”, busca-se mediar o caráter instrumental do planejamento e a necessidade de aproximá-lo ao cotidiano dos serviços de saúde, por meio de uma simplificação dos percursos metodológicos. Estes podem servir como referencial para a implementação de processos inovadores na cultura organizacional da área de saúde, com a busca de autonomia criativa e a superação das rotinas burocráticas que engessam o trabalho e limitam seu alcance social.



Palavra do Professor: *Historicamente, os profissionais de saúde foram preparados para o “fazer”, muito em função da lógica biomédica de formação e atenção, desenvolvidas nas universidades e nos serviços de saúde. Ainda que exija certo “planejamento”, o modelo biomédico sempre teve uma postura de espera da ocorrência da doença para, a partir deste ponto, tratar os indivíduos. A integralidade*

*exige um **planejamento**, na sua acepção mais ampliada, com diagnóstico comunitário, a partir do olhar da determinação social, da proposição de ações integradas e de uma visão estratégica para a viabilização dos direitos sociais.*

SAIBA MAIS

Quer saber mais sobre **planejamento em saúde**? Leia os seguintes artigos:

- Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde (2011 – 2015): resultados e perspectivas.

Disponível em:

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

- O Planejamento Estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/22.pdf>



- Você consegue entender por que para um serviço de saúde é necessário definir um **Território**? E, também, por que é tão importante fazer um **Planejamento Estratégico**, sobre e para a saúde das pessoas, que moram em uma comunidade?

O **Planejamento Local em Saúde** torna-se vital para o sucesso da Estratégia de Saúde da Família (ESF), devendo direcionar o serviço de uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

Isto é valorizar a compreensão das necessidades de saúde de uma comunidade, planejar uma agenda, utilizar a tecnologia leve para o planejamento em saúde, definir as metas e o tempo de planejamento e monitorar e avaliar, de forma continuada, os resultados destas ações.



Palavra do Professor: A ESF surge em 1994 como um programa nacional, com a intenção de efetivar a integralidade, a descentralização e a participação social, como princípios do SUS. Por isso, cada Equipe de Saúde da Família deve trabalhar, dentro de um Território definido, com seus problemas e necessidades. O trabalho em equipe, o conhecimento do **Território**, a identificação dos problemas, o vínculo e a **participação da comunidade** devem possibilitar a articulação de espaços, para que se faça um **Planejamento de ações de saúde** para ali serem desenvolvidas.

CONCLUSÃO

Cabe, aqui, salientar alguns motivos para apostarmos no **SUS**, na **Territorialização**, no **Diagnóstico Comunitário**, nas **Ações Integradas** e no **Planejamento em Saúde**:

- Princípios e objetivos consistentes com os do movimento de democratização da saúde;
- Planejamento e administração descentralizada, hierarquizada e regionalizada;
- Instâncias deliberativas permeáveis à negociação política;
- Possibilidade concreta de participação popular organizada;
- Percurso para o estabelecimento do Sistema Unificado de Saúde;
- Respeito ao princípio federativo;
- Respaldo de forças sociais atuantes no setor;
- Perspectivas mais concretas de viabilidade;
- Incorporação do planejamento à prática institucional; e
- Responsabilidade das universidades na formulação e na implementação de políticas de Saúde.



Palavra do Professor: *Se eu pensava, lá quando me formei, que seria fácil ajudar a cuidar da saúde e da vida de tantas pessoas, tive que engolir, em seco, e me contentar com a realidade. Principalmente, acreditar muito nas pessoas e estimulá-las a também se organizarem, irem atrás de seus, de nossos direitos e fazerem isto, realmente, acontecer. Muitas vezes, basta ser uma pequena gota homeopática para mudanças incríveis acontecerem.*

Referências

AERTS, D.; ALVES, G. G. Processo de Territorialização: construindo um novo modelo de atenção em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1020-28, 2004.

BARCELLOS, C. A saúde nos sistemas de informação geográfica: apenas uma camada a mais? **Caderno Prudentino de Geografia**, Presidente Prudente, v. 25, p. 29-43, 2003.

BERTUSSI, D. C. et al. A unidade básica no contexto de sistema de saúde. In: ANDRADE, S.M. et al. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: EDUEL, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p. 133-144.

BORGES, C.; TAVEIRA, V. R. Territorialização. In: GUSSO, G.; LOPES, J. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2012. p. 241-247.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento estratégico do Ministério da Saúde: 2011 – 2015: resultados e perspectivas**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento_estrategico_ministerio_saude_resultados.pdf. Acesso em: setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: agosto de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel de Indicadores do SUS**. Brasília, v. 3, n. 7, 2006.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

CHORNY, A.; KUSCHNIR, R.; TAVEIRA, M. **Planejamento e programação em saúde: texto para fixação de conteúdos e Seminário**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2008.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)**, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em: setembro de 2017.

DA ROS, M. A. et al. Promoção e Educação em Saúde: Uma Análise Epistemológica. **Psicologia: Ciência e profissão**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 672- 687, 2013.

DURÁN, H.; AHUMADA, J.; ARREAZA GUZMÁN, A.; PIZZI, M.; SARUÉ, E; TESTA, M. **Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud**. Publicación Científica, n. 111, 1965.

FARIA, R. M. A Atenção Primária, o Território e as Redes de Atenção: intercambiamentos necessários para a integração das ações do Sistema Único de Saúde (SUS). **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 10, n. 19, p. 8-23, 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985. Disponível em: <https://construindoumaprendizado.wordpress.com/livros/paulo-freire-pedagogia-do-oprimido-doc-livrocompleto/> Acesso em: setembro de 2017.

GONDIM, G. M.; MONKEN, M. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA et al. **Território, Ambiente e Saúde**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-4.

KLEBA, M. E.; KRAUSER, I. M.; VENDRUSCOLO, C. O Planejamento Estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 184-93, 2011.

LIMA, R.; DA ROS, M. **Políticas públicas de saúde no Brasil: Brasil colônia, Brasil república, Brasil ditadura**. Itajaí: UNIVALI, 2017.

MATUS, C. **Política, planificação e governo**. 2. ed. Brasília: IPEA, 1993.

MENDES, E. V. A APS no Brasil. In: MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. p. 71-99.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V.; TEIXEIRA, C. F.; ARAÚJO, E. C.; CARDOSO, M. R. L. Distritos sanitários: conceitos-chave. In: MENDES, E. V. **Distrito sanitário**. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 159-85.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social em saúde. In MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 233-300.

MONKEN, M; BARCELLOS, C. Vigilância em Saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

OLIVEIRA, L. J. C. A territorialização e o planejamento local em saúde. In: CUTOLO, L. R. A. **Manual de terapêutica: assistência a família**. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, Departamento Científico, 2006. p. 66-90.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS:** construindo as redes de atenção no SUS – Contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011.

PAIM, J. S. Ações integradas de Saúde (AIS): por que não dois passos atrás. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 167-183, 1986.

PELLEGRINI, A.; BUSS, P. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.77-93, 2007.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O Território no programa de Saúde da Família. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006.

SANTOS, L. M. et al. Grupos de promoção à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 346-52, 2006.

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

TEIXEIRA, C. F.; WASHINGTON, L. A. J. Correntes de pensamento em planejamento de saúde no Brasil. In: TEIXEIRA, C. F. et al. **Planejamento em saúde:** conceitos, métodos e experiências. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia, 2006. p. 33-50

TELESSAÚDE SANTA CATARINA. **Webpalestra - Diagnóstico Comunitário.** Luana Gabriele Nilson. Florianópolis: Telessaúde SC, 2017. 31 minutos. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=tboGslCZ40>. Acesso em: setembro de 2017.

TESTA, M. Mário Testa e o Pensamento Estratégico em Saúde. In: URIBE RIVERA, F. J.; MATUS, C; TESTA, M. **Planejamento e Programação em Saúde.** Um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. v. 2, p. 19-44.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. **Roteiro para realizar a Cartografia.** Especialização em gestão do cuidado. João Pessoa: Editora da Universidade Federal da Paraíba, 2011.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ EPJV/PROFORMAR, 2004. 68p.

Capítulo 7

ACOLHIMENTO EM SAÚDE

Carlos Alberto Severo Garcia Jr.
Mara Cristina Binz
Guilherme Ferreira Zonta
Gabriela Silva Barbosa
Gabriela Wensing Raimann
Gabriela Zanette
Marina Gorgato de Carvalho

Capítulo 7

Acolhimento em Saúde

TÓPICO 1 – O ACOLHIMENTO COMO DIRETRIZ OPERACIONAL DA REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

Objetivo: O objetivo deste tópico é problematizar a organização protocolar do processo de trabalho nas equipes de Atenção Básica e apresentar o acolhimento como diretriz operacional para mudança do processo de trabalho. Ao final deste tópico, você deverá compreender o acolhimento como possibilidade de mudança do processo de trabalho para atender as necessidades dos usuários. Desta forma, o objetivo final é relacionar acolhimento com integralidade, e seu potencial para transformação do modelo de atenção à saúde.

Introdução

Apresentar o tema do acolhimento na Atenção Básica é complexo e desafiante. Sobretudo, por tratar-se de um objeto com ampla visibilidade, capilaridade, extrema relevância e impacto. O convite é compreender a organização do processo de trabalho nas equipes de Atenção Básica a partir do acolhimento.



- O acolhimento pode disparar uma reflexão dos profissionais de saúde da Atenção Básica sobre as necessidades de saúde da população? Seria uma resposta aos problemas de acesso ao cuidado?

Para responder a essas perguntas, neste tópico abordaremos o acolhimento: (1) como um modelo de organização do processo de trabalho baseado nas necessidades dos usuários; (2) como diretriz operacional da mudança do processo de trabalho de forma usuário-centrada; e (3) a relação entre acolhimento e integralidade, portanto, como possibilidade de mudança de modelo.

Um modelo de organização do processo de trabalho baseado nas necessidades dos usuários

O Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), expandiu o **acesso** da população à saúde, promovendo o direito universal ao atendimento das necessidades de saúde. De certo modo, a Atenção Básica assumiu a função de porta preferencial de entrada dos usuários no SUS.

Conceito: Acesso é a maneira que a pessoa experimenta as características do serviço de saúde (STARFIELD, 2002).

O modelo de atenção à saúde, tomando como estratégia prioritária a Saúde da Família, pode gerar um maior acesso a partir do trabalho em equipe, ao mesmo tempo deve usar a noção de responsabilidade sanitária conforme a área de abrangência de cada Unidade Básica de Saúde (UBS), reconhecer os problemas locais e desenvolver ações coletivas e individuais para a melhor **resolubilidade** das questões encontradas no cotidiano dos serviços e da comunidade.

Conceito: Resolubilidade é a qualidade do que é passível de resolução a partir da avaliação do atendimento dos usuários obtidos nos serviços de saúde (MENDES GONÇALVES, 1994).

Em meados da década de 90, a fim de afastar práticas de saúde impessoais e fragmentadas, o acolhimento foi criado com a expectativa de trazer inclusão social em defesa do SUS para mudanças organizacionais dos serviços de saúde, a retomada do acesso universal, o resgate da equipe multiprofissional e a qualificação das relações entre usuários e profissionais de saúde (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

SAIBA MAIS

Um dos escritos emblemáticos refere-se à experiência do acolhimento no município de Betim-MG. Em 1995, a secretaria municipal de saúde propôs uma mudança no sistema da rede de saúde. A proposta resumia-se à garantia do acesso a todas as pessoas que procurassem o serviço de saúde, induzindo aos trabalhadores a escutá-las, acolhê-las e resolver os problemas assinalados. Para tal modificação, um dos pontos centrais foi a ruptura de um poder instituído ao médico e a ampliação do compartilhamento de informações sobre os usuários entre equipe de saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Acesso em <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v15n2/0319>

Na década seguinte, é criada a **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH)**, induzindo a produção de uma série de reflexões sobre as práticas de produção de saúde. Entre elas, o acolhimento adquire grande destaque nos processos de trabalho em saúde (BRASIL, 2009).



Palavra do Professor: Para a PNH, o acolhimento reflete uma prática e uma postura nas ações de atenção e gestão nos serviços de saúde.

Em certo sentido, o acolhimento articula algumas diretrizes, como a **ambiência**, tendo em vista a integralidade, assumindo, portanto, uma concepção ampliada de saúde e usuário-centrado.

SAIBA MAIS

Para saber mais sobre a relação entre a PNH e o acolhimento, assista ao vídeo “Humanização para o Acolhimento em Saúde”, parte 1, 2014. 26 minutos. Produção Telessaúde SC:

<https://www.youtube.com/watch?v=njlUC3y7Z0I>

Conceito: A ambiência é a expressão da relação entre a produção de um espaço físico na saúde e a produção interpessoal e subjetiva entre as pessoas. “O espaço é um território que se habita, que se vivencia, onde se convive e se relaciona” (BRASIL, 2009, p. 29).



- Se as necessidades dos usuários devem ser o centro do cuidado, por que, em algumas situações práticas, quando existe agendamento, os profissionais pedem que todos cheguem no mesmo horário? Isso atende à necessidade de quem?

Mitre, Andrade e Cotta (2012) realizaram uma pesquisa de revisão de literatura em artigos indexados (Base de dados Lilacs, Medline e Scielo), no período de 1989 a 2009, buscando a evolução conceitual e as dimensões do acolhimento utilizadas nas publicações. No total de 28 artigos identificados, pode-se observar que os primeiros artigos sobre o assunto iniciaram em 1999, com um incremento de publicações em 2004 e grande ascensão a partir de 2006.

Sobre os locais de pesquisa, a grande maioria das publicações concentrou-se na Região Sudeste (46%), seguidas pelas Regiões Sul (29%) e Nordeste (26%). Também foi possível concluir que a maioria dos estudos teve uma abordagem qualitativa (89%), com profissionais e usuários como maiores protagonistas das pesquisas.

As autoras concluíram que o acolhimento, quando associado à presença de profissionais capacitados e envolvidos no processo, os quais realizam uma escuta ativa e qualificada, é capaz de ampliar o acesso dos usuários e superar o mito mantido por tantos anos de que os serviços públicos de saúde são de pior qualidade em relação ao setor privado.

Por outro lado, quando o acolhimento é encarado como mais um processo a ser feito, relacionado à triagem e pronto atendimento, dificultam-se a formação de vínculo, a corresponsabilização e a adesão ao projeto terapêutico.

Quadro 5. Desencontros e confusões relacionados ao acolhimento

Desencontros e confusões relacionados ao acolhimento:		
Postura ética	<i>versus</i>	Atitude voluntária de bondade e favor
Ambiência e organização dos fluxos	<i>versus</i>	Dimensão espacial que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável
Classificação de risco e vulnerabilidade	<i>versus</i>	Triagem

Fonte: BRASIL (2009)

O acolhimento, conforme Souza (2008), deve ser encarado como um dispositivo para dar suporte às demandas de acesso e possibilidade para se estabelecer vínculos entre o usuário e a equipe. Para que isso ocorra é de extrema importância que os trabalhadores da rede de saúde sejam qualificados para dialogar, atender, recepcionar, ouvir e tomar decisões, uma vez que esses profissionais juntos com as instituições têm um papel essencial de intervir na realidade da comunidade, buscando suprir as principais e reais necessidades naquele território. Para isso, devem-se realizar ajustes constantes e de forma participativa perante as dificuldades vivenciadas diariamente.



- Usando a sua experiência como usuário do SUS, você já se indagou quanto tempo você leva para ser acolhido? O que você acha do tempo em sala de espera até ser atendido? O que você pensa sobre a disponibilidade do horário de funcionamento da unidade de saúde? Você observa a aparência da unidade de saúde? Suas necessidades foram ouvidas e acolhidas?

De maneira geral, as necessidades de saúde dos usuários devem ter relação com a lógica de conceito ampliado de saúde, isto é, a saúde como “o resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (BRASIL, 1986, p.4). Nesse sentido, o contexto, a história e os atores devem dar significado para as ações de saúde, especialmente na relação entre acolhimento e integralidade. Voltaremos a aprofundar esse tema mais adiante.

Acolhimento como diretriz operacional da mudança do processo de trabalho de forma usuário-centrada.

O acolhimento tem um papel fundamental para operar a mudança no processo de trabalho das equipes de saúde, valorizando o cuidado centrado no usuário, isto é, diz respeito à potência dos serviços públicos em corresponderem as necessidades e as expectativas da população.

Para Tesser e Norman (2014), o acolhimento propõe ampliar o acesso e concretizar o objetivo da Atenção Básica de ser a principal “porta de entrada” do SUS, além de promover uma melhoria qualitativa nas relações dos profissionais com os usuários.

Nesse sentido, o acolhimento tem um caráter transversal, perpassando todas as atividades do SUS, com uma natureza abrangente e uma proposta calcada no interesse pelo outro, numa postura ética de cuidado e numa abertura humana, empática e respeitosa ao usuário.

O acolhimento induz a reformulação da tradição burocrática e rígida dos serviços de saúde em todas as suas esferas. Isso se reflete na questão do acesso aos serviços na Atenção Básica, com vistas a flexibilizar e ampliar a clínica, facilitando o cuidado do usuário dentro das equipes da ESF. O atendimento integral desafia os profissionais, pois amplifica as incertezas. O contato não programado passa a ocorrer diretamente com a equipe de saúde com importante grau de comunicação, interpretação, negociação e responsabilidades compartilhadas, estimulando o vínculo, acalmando as ansiedades e buscando resoluções contextualizadas para os problemas (TESSER; NORMAN, 2014).

Deve-se destacar que acesso é diferente de acolhimento. O termo “acesso” é amplo e conta com diversos estudos e muitas variações. Segundo Mendes et al. (2012), acesso pode ser considerado um dos atributos essenciais para obter a qualidade nos serviços de saúde. Muitas vezes, existe o uso do termo acesso e noutras o termo **acessibilidade**. Os autores, a partir do desenvolvimento conceitual proposto por **Avedis Donabedian**, consideram acessibilidade a partir de duas classes: a sócio-organizacional e a geográfica.

Conceito: Acessibilidade - aspectos estruturais de um sistema ou unidade de saúde para atingir a atenção ao primeiro contato, isto é, aquilo que possibilita que as pessoas acessem o serviço (STARFIELD, 2002).

SAIBA MAIS

Encontre mais informações sobre **Avedis Donabedian** na Comunidade de Práticas da Atenção Básica.

https://cursos.atencaobasica.org.br/sites/default/files/avedis_donabian_0.pdf

A classe sócio-organizacional pode ser compreendida como os aspectos funcionais do serviço, a qual contempla as particularidades estruturais que interferem na relação como os usuários do serviço, como **o tempo de espera para o atendimento, organização da agenda da equipe**, entre outros. A classe geográfica compõe os recursos espaciais, como a **distância e o tempo de locomoção, o custo da viagem** e todos os fatores que possam contribuir neste aspecto (MENDES et al., 2012).



Palavra do Professor: *O tempo tem suas variáveis, depende dos envolvidos. Eu já escutei as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) da minha equipe queixando-se da pressão e da pressa com que os pacientes querem ser acolhidos cedo de manhã. Por outro lado, nós profissionais tentamos fazer a organização da agenda da equipe de um modo que seja confortável para todos, mas nem sempre as decisões são bem-vindas pelos usuários, especialmente quando falamos que ele não precisa passar por uma consulta.*

Para avaliar a acessibilidade da população, conforme Starfield, deve-se considerar quatro dimensões de acesso (AZEVEDO; COSTA, 2010):

- 1) **Dimensão geográfica**, que leva em consideração as barreiras físicas impeditivas;
- 2) **Dimensão organizacional**, que envolvem os aspectos na organização do sistema durante a entrada e pós-entrada na unidade;
- 3) **Dimensão sociocultural**, que leva em consideração a perspectiva da população sobre o sistema; e
- 4) **Dimensão econômica**, que refere as barreiras econômicas encontradas nesse processo.



- Na sua realidade, quais são as condições do acesso ao serviço? Qual o caminho que se realiza para chegar até a oferta do serviço de saúde? Quais são as barreiras de linguagem ou culturais na comunicação entre os profissionais e os usuários? Existem preconceitos explícitos ou implícitos no acolhimento aos usuários relacionados à sua raça, religião ou doença?

A comum troca de terminologia de “acesso” por “acolhimento” pode estar gerando confusão, tanto para a educação profissional como para as práticas dos serviços. O acolhimento ficaria, então, depurado da ambiguidade de sua dupla significação e preservaria seu significado ético e político de garantia de direitos e de humanização dos serviços de saúde. Isso poderia reacender a luta pelo direito universal de acesso ao cuidado longitudinal rápido e de qualidade, a ser incorporado como obrigação expressa das equipes de Saúde da Família (TESSER; NORMAN, 2014).

Conforme Tesser e Norman (2014), para facilitar o atendimento qualificado e longitudinal dos usuários, devem ser rediscutidas a proporcionalidade entre equipe e população adscrita. **A Política Nacional de Atenção Básica** (PNAB) apresenta o acesso como um princípio de universalidade, recomendando a partir do mecanismo de adscrição populacional a média de 3 mil até 4 mil pessoas por cada ESF. Esse critério de volume de usuários adscritos é pouco claro, tem implicações diretas na prática, pois reflete no acesso e na carga de trabalho da equipe e influencia a satisfação do usuário e dos trabalhadores.

Portanto, são necessários profissionais em número suficiente para possibilitar condições de trabalho que permitam acesso e atendimento das pessoas, com suporte da gestão local para a sua valorização e continuidade do cuidado, além da abertura de espaços democráticos rotineiros de gestão do trabalho, como reuniões semanais das equipes.

SAIBA MAIS

Para conhecer mais a PNAB acesse o link:

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

Para garantir o acolhimento como estratégia para a universalidade do acesso na atenção à saúde, tornam-se necessárias a conexão e a interação entre profissional e usuário, articulando e qualificando uma relação solidária.



Palavra do Professor: *O acolhimento como diretriz operacional da mudança do processo de trabalho centrado nos usuários torna-se possível se problematizada a própria organização da equipe, inclusive quando pensada unicamente para a facilitação de seu trabalho. Por exemplo, a exigência para que todos os usuários cheguem ao mesmo horário para a “pré-consulta”, provavelmente não é uma necessidade propriamente dos usuários, mas sim de uma organização que “supostamente” facilita o trabalho da equipe.*

Por isso, o acolhimento caracteriza-se também como uma tecnologia em processo de construção e reorganização no cotidiano do trabalho das equipes da ESF, pois exige a busca constante da ampliação e da melhoria da oferta de cuidado (PENNA; FARIA; REZENDE, 2014).

Sobretudo, trata-se de estabelecer uma produção de vínculos entre profissionais e usuários do serviço, alargar a compreensão por parte dos profissionais sobre as necessidades do indivíduo como ser integral e **centro da atenção**.

SAIBA MAIS

No documentário “Deus e o Diabo em cima da Muralha”, o Dr. Drauzio Varella conta como estabelecia uma relação de confiança e respeito com as pessoas privadas de liberdade que atendia no extinto presídio “Carandiru”, o maior da América Latina. Confira entre os minutos 5-7 a sucinta e poderosa narrativa para a construção desta relação. Acesse o link em:

<https://www.youtube.com/watch?v=VbTMV1-0BTk>

A relação entre acolhimento e integralidade

A estreita relação entre acolhimento e integralidade é essencial para a produção de saúde. Trata-se da mudança de processo de trabalho das equipes de saúde para atender as necessidades da população para além do tratamento da doença, ou seja, nesta lógica **o acolhimento** tem potência de contribuir para a mudança do modelo de atenção.

O acolhimento, por ser um dispositivo que interfere na organização dos processos de trabalho de todos os profissionais e usuários dos serviços de saúde, torna-se um dos principais pontos para expressar o cuidado centrado no usuário e suas necessidades.

Contudo, o acolhimento como prática e saber nem sempre está suficientemente claro. Exemplo disso pode ser verificado na associação equivocada entre acolhimento e triagem. Em um estudo realizado em Minas Gerais, Penna, Faria e Rezende (2014) identificaram aspectos contraditórios acerca da eficácia do acolhimento que, apesar de estratégia reconhecida para o cuidado integral, não se constitui como tal na prática do serviço, delimitando-se como uma triagem para a classificação de consultas e procedimentos específicos.

Além de equivocada, essa prática no cotidiano do serviço implementa-se em uma triagem com classificação de risco, tornando-se um procedimento com o objetivo de classificar o risco clínico e categorizar os usuários por ordem de atendimento, com tecnicismo, perdendo, assim, o caráter da universalidade e **integralidade**.

Parece-nos que a triagem revela-se como uma prática seletiva a partir de um conjunto de sinais e sintomas identificados nos usuários. Esse contato distante, geralmente impessoal, está centrado na doença e dentro da **racionalidade do modelo biomédico**.



Palavra do Professor: *Em um determinado dia um colega pediu auxílio para uma demanda específica de um usuário que estava sendo acolhido na UBS, porém não recordava seu nome. Às vezes, é fácil a queixa e a demanda tomarem mais atenção do que o próprio indivíduo. Então, tente ao máximo prestar atenção e escutar as informações transmitidas pelos usuários. Às vezes, saber o nome do usuário pode fazer a diferença de conectar a demanda com o sujeito e tornar a atenção mais pessoal.*

SAIBA MAIS

Ficou interessado em saber mais sobre assunto? Consulte o artigo “A Biomedicina”, do professor Kenneth Rochel de Camargo Jr. na Revista Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento), p.177-201, 2005. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a09.pdf>

Conforme Tesser, Poli Neto e Campos (2010), deve-se trabalhar continuamente com os profissionais para “desmedicalizar” a atenção à saúde, de modo que o acolhimento possa ser trabalhado em conjunto na construção de projetos terapêuticos, nas avaliações de riscos/vulnerabilidades individuais e coletivas e na própria discussão do problema da medicalização, uma vez que boa parte da demanda não programada é caracterizada por problemas de saúde medicalizados.

A medicalização possui diferentes sentidos conceituais não necessariamente excludentes. Zorzanelli et al. (2014, p. 1865), em estudo detalhado sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010, identificaram 4 variantes: “1) práticas massivas de intervenção sobre o espaço público; 2) transformação

de comportamentos transgressivos e desviantes em transtornos médicos; 3) controle social e imperialismo médico; 4) processo irregular que envolve agentes externos à profissão médica”.

SAIBA MAIS

Quer saber mais sobre medicalização, assista ao vídeo “Café Filosófico: Origens da medicalização da saúde”, com o Prof. Naomar Almeida Filho (UFBA). Disponível em:
<https://www.youtube.com/watch?v=XstmAESkBPu>

Levando em consideração esse amplo panorama, na Atenção Básica o trabalho cotidiano das equipes de saúde torna-se uma negociação e superação permanente entre os sujeitos e as estruturas, isto é, entre os aspectos biológicos e sociais, entre a “protocologização” e invenções de estratégias para enfrentar as dificuldades, sobretudo as **demandas expressas** predominantemente centradas em diagnósticos, tratamentos, encaminhamentos para especialistas e uso de medicamentos.

SAIBA MAIS

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. Para se aprofundar no assunto, leia o capítulo 2 deste livro ou acesse o material “Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular”, produzido pelo Ministério da Saúde. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_projeto_2ed.pdf



- Há dias em que fico grande parte do tempo fazendo renovação de receitas. Às vezes, os usuários não querem nem conversar sobre a possibilidade da redução ou mudança de um determinado medicamento. Observo, também, que temos usuários que fazem uso excessivo de serviços de saúde, são “hiperutilizadores”, e na grande maioria, querem falar de possíveis doenças não diagnosticadas ou não estabelecidas. Este é um desafio que a prática do acolhimento apresenta aos profissionais de saúde. Você já refletiu sobre como superar esse desafio?

Portanto, se o processo de trabalho em saúde for tomado como algo separado do acolhimento, é provável que o acolhimento se reduza a uma ação pontual, descomprometida e isolada. O risco deste olhar “ambulatorial” é criar uma compartimentalização do sujeito.

Para Norman e Tesser (2015), torna-se determinante para a operacionalidade dos serviços da ESF fornecer o acesso fácil aos usuários demandantes, com ações preventivas e promocionais, avaliadas e escolhidas com critérios, procurando que as ações preventivas de alto risco ou mesmo promocionais (inclusive para indivíduos saudáveis) não compitam com o cuidado ao adoecimento vivenciado nas agendas dos serviços, minimizando a medicalização da prevenção.

As **ações programáticas** e a **demanda espontânea** na atenção à saúde estão relacionadas aos tipos de encontros estabelecidos entre equipe e usuários, vinculadas a um acompanhamento personalizado e longitudinal da população adscrita, ambas têm o mesmo nível de relevância. Contudo, “Faixas etárias, doenças, ações específicas (pré-natal, puericultura) podem ser utilizadas como critérios para avaliação das ações das equipes de SF, mas não para organizar a rotina dos serviços” (NORMAN; TESSER, 2015, p. 175).

Conceito: Ações programadas - atividades planejadas, realizadas e avaliadas pelas equipes de saúde da família levando em consideração elementos epidemiológicos envolvendo atenção preventiva, terapêutica ou promocional, podendo refletir com organização do tempo e agenda da equipe.

Conceito: Demanda espontânea - refere-se a situações imprevistas e não agendadas. Leva em conta as questões que surgem no cotidiano e no funcionamento do serviço e a maneira como são atendidas as condições inesperadas no cuidado à saúde ofertado pela equipe.

Devemos ter atenção para não reduzirmos o acolhimento direcionado para a demanda espontânea e para as ações programadas simplesmente a consultas, dando a impressão de que o acolhimento é a organização da demanda e tende a não atender as necessidades (ampliadas) dos usuários. Por isso, o processo de trabalho e o trabalho em equipe são peças-chave.

Para Tesser, Poli Neto e Campos (2010), deve-se evitar um “cardápio” de ofertas organizado, centrado na agenda e consulta médica, dentro de uma lógica de “vagas” e preenchimento por ordem de chegada.



Palavra do Professor: O Ministério da Saúde (MS) realizou nas últimas décadas a construção de materiais de apoio para o aprimoramento do acolhimento nas equipes de ESF. Essas ofertas do MS são produções valiosas, porém, de modo indireto, podem destacar a ideia de que o acolhimento está focado principalmente na demanda espontânea.

SAIBA MAIS

Cadernos de Atenção Básica - Número 28, Volume II, "Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica". Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf

CONCLUSÃO

Neste tópico apresentamos os principais conceitos e aspectos relacionados ao acolhimento e à integralidade na Atenção Básica. É importante que você fique atento às diferenciações e às características presentes no acolhimento, sem se esquecer de sua importância e potência para as mudanças dos processos de trabalho em saúde.

Em síntese, o acolhimento não é só organizar e mesclar demanda espontânea com demanda programada (de consultas), mas, além disso, ofertar ações de prevenção e promoção, pois isso responde às necessidades (ampliadas) dos usuários.

SAIBA MAIS

Se você ficou interessado e deseja aprofundar mais o assunto, assista ao vídeo "Diretrizes para a Reorganização do Trabalho em Saúde", realizado a partir da Conferência de Gastão Wagner de Sousa Campos durante o II Seminário Humaniza SUS, em 2009. Disponível em:
<https://www.youtube.com/watch?v=dfCGT4Qz2wg>

TÓPICO 2 - OS SENTIDOS DO ACOLHIMENTO

Objetivo: O objetivo deste tópico é reconhecer as várias dimensões do acolhimento na organização e nas práticas de saúde na Atenção Básica, fazendo relação com as formas usualmente organizadas do acolhimento, problematizando a fragilização que este processo emerge para o usuário. Ao final da unidade, você deverá relacionar acolhimento com: acessibilidade; escuta qualificada; resolubilidade; responsabilização; vínculo, relação profissional-usuário humanizada.

Introdução

Na prática dos serviços de saúde, o acolhimento pode ter múltiplas interpretações e conter aspectos heterogêneos. Essas diferentes dimensões serão abordadas para ampliar o conhecimento sobre o tema. Quais os sentidos do acolhimento? Quais experiências revelam correspondências? Quais apresentam diferença de estrutura e formato? Por isso, nesta unidade abordaremos o acolhimento e suas relações macro e micropolíticas.

O acolhimento como: acessibilidade, escuta qualificada, resolubilidade, responsabilização, vínculo e relação profissional-usuário humanizada.

A construção do acolhimento como proposta de mudança do processo de trabalho está atravessada por diversos sentidos. Maeyama (2007) realiza uma interessante análise das descrições destes sentidos na literatura, destacando um conjunto de enunciados inerentes ao acolhimento. O autor sintetiza da seguinte maneira:

- 1) humanização das relações;
- 2) escuta qualificada;
- 3) garantia do acesso;
- 4) vínculo entre usuário e equipe;
- 5) responsabilidade;
- 6) resolutividade;
- 7) direito à cidadania; e
- 8) deslocamento do cuidado médico para equipe centrada.

De maneira ilustrativa, podemos conceber, após uma adaptação, o seguinte arranjo:

Figura 18. Os sentidos do acolhimento.



Fonte: Adaptada Maeyama (2007).

De maneira geral, esses pontos têm suas conexões entre si e operam caminhos para a construção do acolhimento. Alguns destes enunciados já foram apresentados no tópico 1, como no caso do acesso, da resolubilidade e da responsabilização, porém três deles merecem o devido destaque: relação profissional-usuário humanizada, escuta qualificada e vínculo.

Humanizar as relações é assumir uma postura ética. Refere-se a uma perspectiva da mudança na forma de trabalhar e se relacionar com as instituições e seus sujeitos (BRASIL, 2012). Estabelecer relações humanizadas recomenda a necessária construção de vínculos. Maeyama (2007) considera a criação de vínculos como a possibilidade de serem entendidas as reais necessidades dos usuários, sendo dialógica e solidária.

A constituição destes laços tem a íntima relação com a escuta qualificada, isto é, a capacidade de lidar com as diferenças e a noção de **alteridade**. A **escuta qualificada** pode ocorrer em distintos encontros, como no momento da procura do usuário na unidade de saúde, na consulta clínica, no conselho local de saúde com a discussão e planejamento da saúde da comunidade e ou até nas críticas e nas sugestões por escrito depositadas nas urnas dentro dos serviços de saúde.

Conceito: Alteridade é a “capacidade de se colocar no lugar do outro” (MAEYAMA, 2007, p. 44).



Palavra do Professor: *Em um município do oeste paulista, a partir de um trabalho realizado em conjunto com diferentes órgãos governamentais, foi realizado um projeto para a reintegração de crianças, jovens e adultos na rede de ensino. Após grande mobilização do poder público, a adesão foi bastante pequena. Um detalhe: a discussão sobre o retorno à escola não contou com os principais interessados, os alunos. Por isso, mesmo diante de boas intenções, sem a escuta qualificada, podem-se propor determinadas soluções sem atingir as reais necessidades dos usuários (MAEYAMA, 2007).*

A proposta de acolhimento implica formas de atenção às necessidades dos usuários e as diversas possibilidades do **cuidado** multidisciplinar que não impliquem somente o maior acesso à consulta médica. Portanto, a **ética** e a **política** refletem “duas pernas” fundamentais para viabilizar e concretizar o acolhimento, do contrário, a tendência são as equipes voltarem-se apenas para uma lógica de “pronto atendimento” (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

“O cuidado continuado e a responsabilização pelo acompanhamento dos pacientes, que implica conhecê-los progressivamente, seu contexto e dinâmica psicossocial, econômica e cultural, são um poderoso mecanismo para o aprendizado de uma clínica desmedicalizante” (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010, p. 3623).

SAIBA MAIS

O livro “O futuro da humanidade”, de Augusto Cury, pode ser uma leitura que desperte a curiosidade de profissionais de saúde sobre a relação humana. Neste livro, é contada a história do jovem “Marco Polo”, um estudante de medicina, que reflete sobre os valores de humanidade e solidariedade. O livro, a partir de Marco Polo, indica que todo ser humano tem uma história com ensinamentos, dores e valores, que podem acrescentar muito na vida do profissional, uma vez que o sucesso profissional também está relacionado a escutar e a entender e não só sobre aspectos técnicos. Disponível em:

http://www.projeto.camisetafeitadepet.com.br/imagens/banco_imagem_livros/58_livro_site.pdf

Tesser, Poli Neto e Campos (2010) afirmam que, se monopolizada pelo médico as narrativas dos usuários, o acolhimento centrado no médico perderá a oportunidade de uma construção coletiva, como as reuniões de equipe, para a discussão das dificuldades e da correção dos rumos indicados. Trata-se, portanto, de uma via de mão dupla, na qual o médico pode incorporar uma abordagem centrada na pessoa, sendo agente desmedicalizante, ao mesmo tempo em que a atuação multiprofissional e interdisciplinar pode criar um vínculo entre a equipe e o usuário.

Entre algumas propostas de organização do processo de trabalho das equipes de saúde, Cavalcante Filho et al. (2009) sugerem a concepção de um “acolhimento coletivo”. Trata-se de uma forma de integrar a equipe de trabalhadores e usuários, tendo em vista o acolhimento das necessidades, da produção de autonomia, da corresponsabilização e da construção de relações mais solidárias entre sujeitos.

Os autores, ancorados no pensamento de **Emerson Elias Merhy**, apontam a importância dos profissionais terem competência para estarem atentos para as “**negociações**” das necessidades dos usuários.

SAIBA MAIS

Emerson Elias Merhy é um importante professor brasileiro, graduado em Medicina pela Universidade de São Paulo (1973), professor titular de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Dedicou-se à pesquisa sobre micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde e possui inúmeras publicações sobre o tema. Para saber mais, acesse o link:

<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/>

Conceito: A **negociação** é entendida como um diálogo ou “saldo” da rede de conversações entre os referenciais técnicos e experiências vividas que definem ou distinguem as necessidades de saúde (CAVALCANTI FILHO et al., 2009, p. 319).

A resolubilidade das necessidades dos usuários dependerá dos profissionais envolvidos. Cavalcanti Filho et al. (2009) consideram que não há uma resposta simples a uma situação complexa, pois esse processo se produz das possibilidades de negociação, necessitando, principalmente, de um espaço público para essas negociações. O profissional, ao assumir como seu objeto de ação o cuidado, afirma a defesa da vida, colocando em outro plano a materialização dos procedimentos e da reprodução de uma lógica da operacionalização de tecnologias duras.

Portanto, parece-nos que a resolutividade está intimamente relacionada à responsabilidade, ao **vínculo**, à **escuta** e a uma relação estreita entre profissional e usuário. A resolução de uma necessidade tem a operação intelectual e a capacidade dos envolvidos demonstrarem propósitos e condições de estabelecerem contratos e combinações.



Palavra do Professor: O prontuário (físico ou eletrônico) é um importante dispositivo para a ampliação de vínculos e da escuta qualificada. A partir de um registro minucioso de diferentes informações sobre a história e as características marcantes da pessoa acompanhada, é possível, antes de acolher, revisar os dados do prontuário e retomar a narrativa para indicar ao usuário que o profissional está concentrado e atento. Por exemplo, perguntar sobre o seu animal de estimação chamando pelo nome ou alguma situação inusitada que já tenha acontecido recentemente com o usuário pode facilitar o vínculo entre os envolvidos.

Em certa medida, a proposta do acolhimento coletivo, aberto no espaço público, arriscaria a transformação das tensões trazidas em entendimento e integrando todos os envolvidos. Neste espaço comunicacional aconteceria uma “movimentação das necessidades”, podendo se visualizar para além da demanda apresentada. Entre trinta e quarenta e cinco minutos, após um debate, levando em consideração a quantidade e a participação dos usuários, a abordagem passa a ser individual, de modo que cada profissional da equipe acolhe uma pessoa por vez e na qual todos acabam envolvidos. Essa proposta inovadora desconstrói a ideia de um acolhimento como uma prática de triagem (CAVALCANTE FILHO et al., 2009).



Palavra do Professor: A ESF Grotão I, do Distrito Sanitário II, no município de João Pessoa/PB, desenvolveu uma proposta de acolhimento coletivo junto aos usuários. A prática, resumidamente, envolvia os profissionais e os usuários ouvirem a demanda de cada um e eles decidirem as prioridades. Aqueles que tinham alguma demanda particular (geralmente, algumas questões da saúde sexual) informavam a quem fosse da equipe na hora do acolhimento. Essa proposta se desenvolveu principalmente pela participação da população na tomada de decisões da ESF e presença permanente do Conselho Local de Saúde do bairro, peças-chave para a sustentabilidade deste tipo de prática (CAVALCANTE FILHO et al., 2009).

Entre os maiores desafios de experiências inovadoras em saúde está a relação comunicacional entre profissional e usuário no contexto a eles atrelado. É possível observar que a ação comunicativa, muitas vezes, funciona dentro de modelos tradicionais, por exemplo, em uma recepção burocratizada com muitas filas e de indivíduos vistos como doença.

Portanto, torna-se necessário arranjar o acolhimento para além de teoria e modelo idealizante, para que incentivemos e pratiquemos uma escuta qualificada e um acompanhamento longitudinal capaz de produzir progressivamente modos de fazer adaptados à realidade e à necessidade local.

Como apostas estratégicas, pode-se considerar a possibilidade de reverberar e discutir sobre o tema do acolhimento dentro das reuniões de equipe, com momentos de educação permanente em saúde, ampliação e desenvolvimento de habilidades de comunicação a partir de situações práticas e as maneiras de resolução das demandas nas unidades de saúde, sem necessariamente refletir no encaminhamento das situações para atenção secundária e terciária, além da colaboração do apoio matricial desenvolvido pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A acessibilidade e a resolutividade estão relacionadas com as ofertas de comunicação com o usuário. Vejamos abaixo um **desenho ilustrativo** para pensarmos canais alternativos para o acesso e a comunicação entre usuários e equipes da ESF:

Figura 19. Canais de comunicação entre equipe e usuários.



Fonte: Norman e Tesser (2015).

Resumidamente, o acolhimento, a partir da lógica de atender as necessidades dos usuários, carrega em si sentidos que interrogam as facilidades ou não do acesso, as práticas dos profissionais de uma escuta qualificada, o processo de constituição de vínculos que se estabelecem entre profissionais e usuários, além da burocratização da atenção por meio de uma classificação de prioridades para atendimento. Se levarmos em conta esses pontos, temos ainda que evidenciar as fragilidades e as potencialidades que se apresentam nas práticas de saúde no Brasil.

CONCLUSÃO

Neste tópico, expusemos diferentes elementos para descrever os sentidos relacionados entre acolhimento e acessibilidade, escuta qualificada, resolubilidade, responsabilização, vínculo e relação profissional-usuário humanizada.

É preciso revigorar o acolhimento como uma prática de cuidado e acesso, isto é, resolutivo, responsável, qualificado para ampliar as relações estabelecidas entre profissionais de saúde, gestores e usuários, na construção de melhores condições e assistência para atender as necessidades da população. De tal modo, são esses “sentidos” que fundamentam os bons resultados do acolhimento.

SAIBA MAIS

Você pode procurar outras experiências e relatos a partir do que foi apresentado até aqui, por isso se você desejar, acesse o vídeo e aprofunde seus conhecimentos. O professor Túlio Franco (UFF) propõe algumas perguntas e respostas sobre o acolhimento. Acesse o vídeo:

<https://www.youtube.com/watch?v=TKLFYFfapaQ>

TÓPICO 3 - A CONSTRUÇÃO DO ACOLHIMENTO

Objetivo: O objetivo deste tópico é analisar as mudanças na organização do processo de trabalho a partir dos sentidos do acolhimento. Iremos para as questões práticas, baseados na definição e na problematização do tópico anterior. Ao final do tópico, você deverá ter refletido sobre como melhorar o acesso do usuário, como ampliar a escuta, como aumentar a resolubilidade e como aumentar a responsabilização e o vínculo com os usuários.

Introdução

Melhorar e qualificar o processo de acolhimento é uma questão estimulante para refletir sobre a garantia de direitos. Sobretudo, a garantia da universalidade e igualdade tão desejada. Nesse sentido, o convite é refletir sobre a construção do acolhimento a partir da realidade local. A implantação do acolhimento pode ser padronizada?

Por isso, neste tópico impulsionaremos a discussão do acolhimento como uma possibilidade de reorganização do processo de trabalho para melhoria do acesso, da escuta qualificada, da resolubilidade, da responsabilização e do vínculo.

A reorganização do processo de trabalho para melhoria do acesso, da escuta qualificada, da resolubilidade, responsabilização e vínculo

Os princípios do SUS preconizam o desenvolvimento de papel central na garantia de acesso e qualidade em saúde, envolvendo todas as fases da vida da população. No entanto, trata-se de um processo longo e que, para atingir o seu amadurecimento e aumentar a qualidade, é extremamente necessário ouvir a voz dos usuários, dos profissionais e dos gestores. De tal modo, a reorganização do processo de trabalho deveria estar direcionada aos interesses de todos.

Assim, iremos apresentar alguns exemplos práticos de diferentes cenários de desenvolvimento do acolhimento na Atenção Básica. Trata-se de experiências ilustrativas dos diferentes movimentos e aprendizados produzidos pelo Brasil.

Em 2007, no município de São Carlos/SP, foi realizado um estudo que visava à análise e à compreensão das percepções de trabalhadores e usuários de uma unidade de saúde da família sobre a comunicação no âmbito do acolhimento. Os problemas diagnosticados pelos usuários relacionavam-se ao momento da criação de vínculo, no qual os profissionais muitas vezes não eram cordiais, não olhavam o todo e muitas vezes não buscavam fazê-los se sentir confortáveis para abordarem o problema, seja ele físico ou emocional (OLIVEIRA et al., 2008).

Por outro lado, os profissionais se queixavam da dificuldade de comunicação com os usuários e com a própria equipe. A maioria dos trabalhadores alega que a comunicação distorcida, a falta de esclarecimento e o conhecimento pelos profissionais acabam sendo transmitidos aos usuários e isso provoca certo receio por parte deles. Além disso, as fofocas dentro da própria equipe acabam por gerar um ambiente hostil no trabalho e dificuldade em reunir todos os integrantes para debater sobre os casos e passá-los a todos, afim de que sejam conjuntas as ações sobre os casos (OLIVEIRA et al., 2008).

A personagem da Mafalda, criado pelo cartunista argentino Quino, retrata o desafio da comunicação entre as pessoas na **Figura 19**:



Fonte: <http://musikemoda.blogspot.com.br/2013/02/mafalda-comunicacao-humana.html>

Em uma pesquisa realizada no município de Fortaleza/CE, os usuários de um Centro de Saúde foram indagados sobre sua perspectiva relacionada ao acolhimento. Entre os achados da pesquisa, percebeu-se que muitos usuários consideram o acolhimento como um tipo de triagem ou monitoramento (ESMERALDO et al., 2009).

De acordo com Esmeraldo et al. (2008), a concepção do acolhimento é desconhecida dos usuários, pois não existe uma estratégia de engajamento destes na construção da proposta, nem mesmo para esclarecer o que e como seriam as mudanças induzidas neste processo. Na maioria das vezes, há um treinamento para os trabalhadores das unidades, por isso, o acolhimento começa e os usuários vão se moldando e se adaptando ao novo modelo.

Outra pesquisa relativa à satisfação do usuário sobre o acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde de uma cidade de médio porte no estado do Rio Grande do Norte indicou como pontos satisfatórios três categorias: resolutividade, humanização e solidariedade; enquanto os pontos frágeis concentrados nas categorias: demanda reprimida, área física precária e não participação. O último item assinalado representa a ausência da politização dos usuários como ativo controle social e participação na tomada de decisões para atender as suas necessidades, à exemplo do acolhimento. De modo geral, os resultados mostraram os usuários satisfeitos com o serviço, ainda que existissem as limitações (MEDEIROS et al., 2010).

Para Medeiros et al. (2010), nota-se que a influência política, econômica, social e histórica é relevante para a satisfação e o acolhimento, atrelando a responsabilidade dos usuários, trabalhadores e gestores da saúde para a modificação do perfil socio sanitário dos espaços e dos serviços. Contudo, se refletirmos, a satisfação dependerá dos parâmetros e dos conhecimentos sobre determinado tema ou condição.

Ainda sobre a percepção dos usuários sobre o acolhimento, uma pesquisa realizada no município de Itaboraí, Estado do Rio de Janeiro, aponta a necessidade de este tornar-se uma prática que envolva com o “ser” e o “fazer” de todos os envolvidos. Os usuários entrevistados relataram dificuldades no acesso ao serviço, na infraestrutura e na efetividade do acolhimento na resolução dos problemas.

Conforme Macedo, Teixeira e Daher (2011), autores da pesquisa, o acolhimento possibilitaria regular o acesso aos serviços por meio de oferta de ações. Contudo, parece-nos que a maneira da oferta do acesso incide diretamente sobre o acolhimento, conforme o próprio exemplo do usuário: *“Tem que vir pegar o número lá pelas 5 horas da manhã, por isso eu falo que o doente não é visto. Como tem pouco número a maioria não consegue pegar e vai direto para a emergência (Mário)”*. (MACEDO; TEIXEIRA; DAHER, 2011, p. 460).



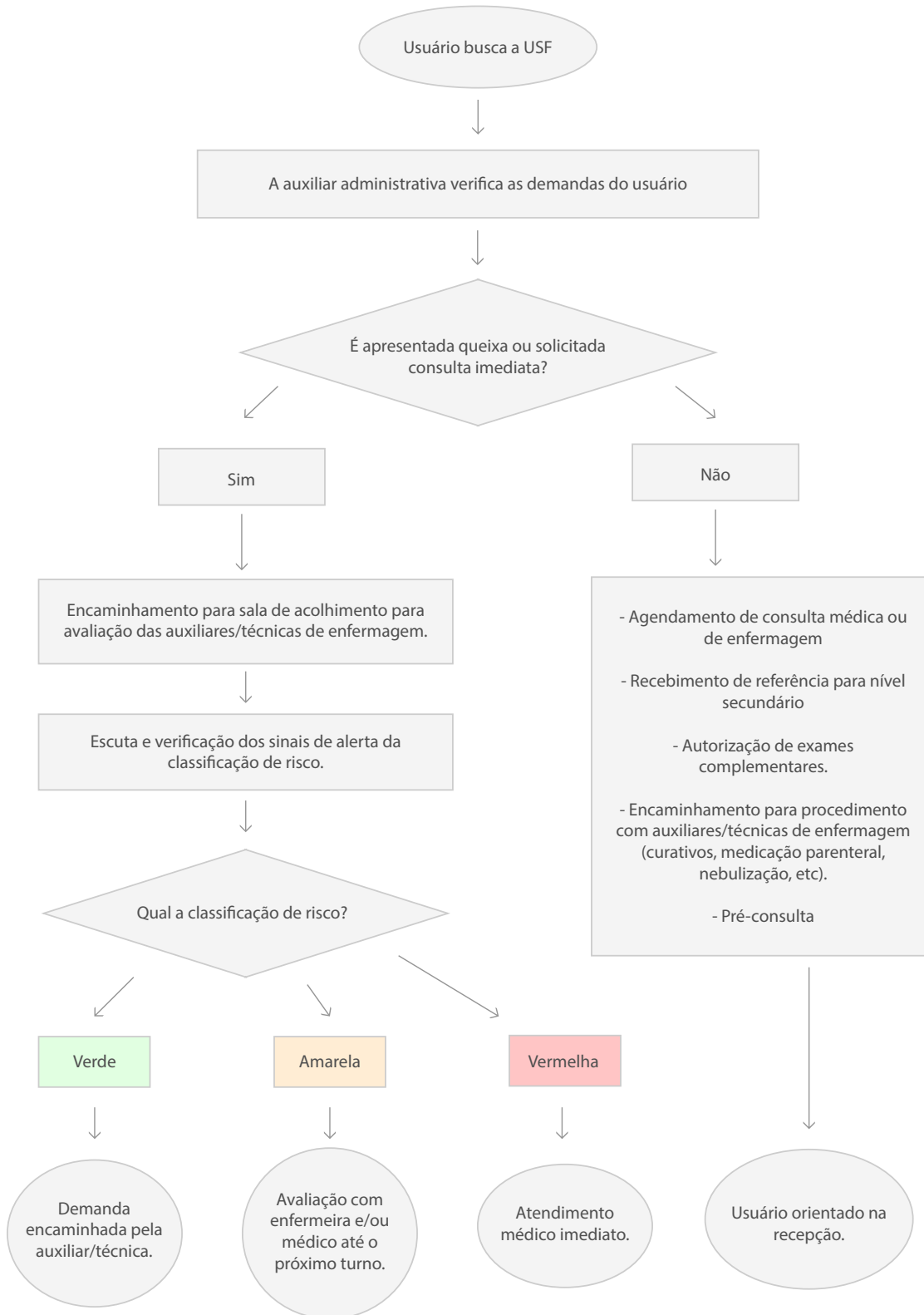
- Você já percebeu alguma situação constrangedora enfrentada por algum usuário dentro do serviço de saúde? Se sim, o que você poderia ter feito para mudar aquela realidade?

NA PRÁTICA

No relato de experiência de Scholze (2013), apresenta-se a implantação do Acolhimento a partir da concepção de Classificação de Risco com o propósito de melhorar o fluxo da solução de problemas dentro da Estratégia da Saúde da Família de uma unidade docente-assistencial do município de Itajaí/SC. Após discussões teóricas e de protocolos em conjunto com o acúmulo da prática dos acolhimentos na unidade, foi implantado o Acolhimento com Classificação de Risco, para que todos os profissionais pudessem classificar os riscos sinalizados pelos usuários do serviço dentro do mesmo nível de gravidade. O autor afirma que o instrumento, geralmente utilizado em pronto atendimento, passou por modificações de acordo com as características locais, abordando critérios específicos e de fácil entendimento para todos os profissionais da equipe, levando em conta a preocupação com o tempo da gravidade do problema.

A criação de um fluxo para organização do processo de trabalho da equipe sintetiza-se da seguinte maneira:

Figura 20. Fluxo do acesso com classificação de risco



Fonte: Scholze (2013).

O acolhimento como ferramenta para avaliação de riscos nos parece fazer jus a alguns elementos para ponderações: se, por um lado, pode ampliar o contato dos usuários na construção de uma relação com todos os profissionais da unidade, por outro, pode centralizar o lugar do cuidado no profissional médico (como aquele que o “fim” do problema) e ainda se, por um lado, qualificada a queixa, por outro pode se compreender somente como solução da queixa e da barreira para o processo de produção de saúde.

Pode-se perceber diante do que foi exposto que diversas experiências relatadas retratam a diversidade de “modos de fazer”, inclusive com suas próprias incongruências, como no caso de pesquisas sobre reclamações de usuários e profissionais e ainda a dificuldade persistente das equipes na realização espontânea de **autoavaliações** e pesquisas de satisfação.

De modo geral, devemos deixar explícito que acolher não se trata de superproteger (ou “superatender”), mas sim da possibilidade de utilizar muitas ferramentas para nomear o que está se estabelecendo na relação entre profissional e usuário, serviço e comunidade. Por isso, um dos passos fundamentais para funcionar o acolhimento dentro de uma equipe de ESF é o autoconhecimento. Essa autopercepção poderá servir de suporte para delimitação dos limites e potenciais do acolhimento dentro de um espaço e arranjo institucional.

Portanto, há, simultaneamente, um exercício de educação em saúde com reconhecimento ético, político, clínico e afetivo de todos os envolvidos com o processo. Esse “olhar” sobre si, de forma ponderada, pode ser um impulso para que seja possível elaborar resoluções, melhorar o trabalho em equipe e, conseqüentemente, o acolhimento realizado.

Uma das ferramentas que podem ser utilizadas para autoavaliação da equipe é a adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), lançado em 2011, pelo MS, trata-se de um incentivo financeiro aos gestores e às equipes de saúde para qualificarem a qualidade do atendimento à população. Simultaneamente, existe a Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), um instrumento indutor do processo autoavaliativo para reflexão e formulação de estratégias de intervenções para melhoria dos serviços e das relações.

Se pensarmos nas mudanças das questões operacionais relacionadas ao acolhimento, podemos interrogar, por exemplo: o que pode ser feito para que o acesso na UBS seja facilitado? O que pode ser feito para que a escuta de fato seja qualificada? O que pode ser feito para que a equipe seja mais responsável pela sua área de abrangência? O que pode ser feito para que a equipe seja mais resolutiva?



Palavra do Professor: As respostas para essas perguntas provavelmente responderão ao conjunto de necessidades das pessoas e das comunidades, o que em outras palavras significa dizer que a equipe organiza seu processo de trabalho baseado no acolhimento.

Mais algumas pistas:

NA PRÁTICA

Engajamento do profissional e equipe na perspectiva de uma mudança do modelo biomédico e centrado na doença. O emblemático artigo de Gastão Campos discute o campo e o núcleo de saberes e de práticas da saúde coletiva pensando-a para além do positivismo e do estruturalismo, considerando a necessidade de uma teoria sobre a produção de saúde, centrando o cuidado no sujeito e não na doença, a fim de superar o paradigma biomédico. O autor traz a necessidade de investimentos para além da dimensão corporal, na vacinação, por exemplo, conforme a tradição da saúde pública, para pensar o cidadão como quem tem direitos e possui competência crítica de reflexão sobre os modos de levar a vida. Isto é, a saída do objeto ontológico da medicina (doença) para a entrada do sujeito como coparticipante da produção de **necessidades sociais**. Como exemplo, superar a prática prescritiva comportamentalista de alimentação saudável, para uma perspectiva de empoderamento dos sujeitos e discussão de formação de horta comunitária que propicie o acesso à alimentação saudável.

Veja o artigo na íntegra em:

<http://www.redalyc.org/html/630/63050202/>

NA PRÁTICA

Cultivar a prática interdisciplinar -No artigo “Desafios para a ação interdisciplinar na Atenção Básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família”, as autoras sinalizam a necessidade de ultrapassar as fronteiras de formação em saúde para estabelecer a conexão entre pontos e **atender as necessidades dos usuários de forma resolutiva**. Consideram que cada especialidade com sua formação e competência identificando seus próprios limites poderá buscar a contribuição de outra área, permitindo constituir trocas que repercutiriam no trabalho em equipe e ao mesmo tempo consolidando junto à população a importância de um atendimento integral. Como exemplo, uma interconsulta entre o médico e o psicólogo para manejo dos estados de ansiedade, melhorando a resolubilidade do profissional médico para casos futuros. Ou mesmo discussões de caso entre a nutricionista e a equipe para as questões de sobrepeso infantil.

Veja o artigo na íntegra em:

<http://www.redalyc.org/html/630/63011684016/>

NA PRÁTICA

Ambiência apropriada e confortável - O relato de duas experiências em São Paulo discute os conceitos de ambiência e formação de grupo na Atenção Básica. Ambas as experiências trabalham com a concepção de prática corporal, que amplia o conceito de atividade física ao colocar o sujeito no centro das ações, e têm como principal enfoque a promoção da saúde. Os autores destacam a ambiência e a formação de grupo como fatores fundamentais para a adesão à prática, pois valorizam a construção de vínculos e coloca os usuários como coparticipantes do processo de produção de saúde. Como exemplo, relatam o empoderamento do “grupo de caminhada” para a reivindicação de condições e espaços adequados para a sua realidade (Santo André/SP). Outro exemplo de ambiência relacionada à atividade corporal são as academias de saúde em praças públicas, que favorecem o acesso à prática da atividade física, cujos projetos podem ser conduzidos pelo poder público por meio dos conselhos de saúde. A ambiência também pode ser pensada dentro da UBS, que em muitos casos é pouco iluminada, sem cores e com cartazes desatualizados, não indicando um conforto do usuário no ambiente. Às vezes, pequenas mudanças no espaço podem tornar o ambiente mais acolhedor.

Veja o artigo na íntegra em:

<https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29586>

NA PRÁTICA

Definição nítida de responsabilidades (contrato interno) - As intervenções coletivas na Atenção Básica como canal importante de comunicação entre profissionais de saúde e comunidade, valorizando a interação, o engajamento e o vínculo são fundamentais. Assim, práticas dialógicas promovem relações colaborativas entre trabalhadores de saúde e usuários e ao mesmo tempo compreendem a responsabilidade relacional como recurso promotor de novas possibilidades em saúde. Algumas intervenções coletivas podem favorecer a comunicação entre equipe e participantes, como a escuta qualificada para atendimento das necessidades dos usuários. Nesta escuta qualificada, o profissional:

- 1) Inicia com pergunta aberta;
- 2) Não interrompe o usuário enquanto fala;
- 3) Identifica como o usuário percebe sua situação de saúde e o que já sabe sobre a sua condição;
- 4) Olha para o usuário mais do que para o papel/computador;
- 5) Valoriza as queixas do usuário;
- 6) Explica sobre as estratégias terapêuticas existentes;

- 7) Discute outras possibilidades de cuidado; e, por fim;
- 8) Pergunta se o usuário tem dúvidas.

Esses pontos e outros mais permitem a construção do contrato interno da relação usuário-profissional.

Veja o artigo na íntegra em:

<https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29509/31371>

NA PRÁTICA

Organização acolhimento às diferentes demandas - A experiência no município do Rio de Janeiro/RJ sobre o acolhimento e o NASF revela como essencial para produção do cuidado, a partir da percepção de diferentes categorias profissionais da área da saúde, a qualidade das ações como potente ferramenta de gestão. De acordo com o relato, o envolvimento do NASF pode ampliar a resolutividade dos problemas, auxiliando tanto em termos clínicos quanto sanitários. Como o foco e a responsabilidade da equipe de ESF e do NASF são o território, o trabalho em equipe permite responsabilidades mútuas e inclusive prevenir demandas aditivas (diferenciação da necessidade de encaminhamento ou solicitação de exames complementares), informações precisas (fluxos para acesso a medicamentos, Ministério Público, Notificações de violências, entre outros) e realização de ações coletivas e educativas.

Veja o artigo na íntegra em:

<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1010>

NA PRÁTICA

Agenda da equipe centrada no reconhecimento das necessidades do território - A formulação e a implementação de metodologias e de instrumentos básicos capazes de traduzir as diretrizes da Estratégia de Saúde da Família e adequando-se às peculiaridades de cada território, junto ao fortalecimento de uma cultura de planejamento participativo, se mostram fundamentais para a integração e qualificação do trabalho das equipes de ESF. Algumas vezes é possível a construção de um diagnóstico comunitário aliado a um Planejamento Local em saúde, isto é, em um determinado território criar oficinas de sensibilização com a comunidade (ou nos conselhos locais de saúde), com uma pedagogia participativa, realizando a busca de informações por meio do conhecimento e da construção inicial de um mapa com uma visão ampliada de saúde (condições de moradia, trabalho, renda, alimentação, educação, etc.). Essa produção pode fomentar a implementação de um acolhimento centrado nas necessidades daquele território.

Veja o artigo na íntegra em:

<http://www.redalyc.org/html/4008/400838232021/>

NA PRÁTICA

Promoção da Saúde como tecnologia para transformação social – No artigo os autores problematizam as práticas em saúde, apontando a promoção da saúde como resposta à determinação social do processo saúde-doença, e que, assim, a melhoria dos indicadores de saúde está relacionada à melhoria das condições de vida. Desta maneira, as ações de promoção da saúde integradas com as ações de prevenção de doenças, recuperação e reabilitação, **correspondem ao conjunto de respostas às necessidades das pessoas e das comunidades**. As ações de promoção da saúde (melhoria das condições de vida) podem ser realizadas num nível macrosocial (políticas públicas), como exemplo, projetos de inclusão social à educação superior ou profissional (cotas, Prouni, financiamento estudantil, cursos técnicos), projetos de assistência familiar como Bolsa Família (renda complementar, educação básica e acompanhamento de saúde de crianças) e, ainda, o próprio SUS como política pública universalizante e integral, ou mesmo no nível microssocial – no âmbito das equipes de saúde da família – (projetos de desenvolvimento comunitário), tais como desenvolvimento de projetos de economia solidária ou geração de renda, oficinas de capacitação profissional, atividades educativas que visem à autonomia dos sujeitos (para o autocuidado e para a capacidade de decisão sobre as coisas da vida), horta comunitária, criação de grupos associativos, construção de espaços de lazer, etc.

Veja o artigo na íntegra em:

<https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rbts/article/view/9224/5130>

NA PRÁTICA

Espaços compartilhados para tomada de decisão junto com os usuários - No artigo “A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?”, as autoras destacam a importância do trabalho em equipe para operacionalizar a saúde da família; no entanto, nem sempre são incluídos os usuários na dinâmica do grupo de trabalho e no planejamento das ações. Por isso, alertam que os avanços na participação e no trabalho em equipe devem ser a construção de um projeto de atenção à saúde comum. Tomamos como exemplo a importância do conselho local de saúde para a construção, discussão e planejamento das necessidades de saúde de um determinado território. Mais do que um espaço de encontro para denúncias de inadequações e irregularidades, trata-se de auxiliar nas limitações que as próprias equipes de saúde enfrentam, evidenciar os problemas identificados pela população para o investimento de recursos (insumos, equipamentos e inclusão de profissional, por exemplo) e direcionar a gestão em saúde, estes são os objetivos para a construção de um “projeto comum”.

Veja o artigo na íntegra em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a10v10n2>

NA PRÁTICA

Planejamento, monitoramento e avaliação como processo permanente de qualificação da equipe - Uma proposta de reflexão sobre o acesso e a qualidade na Atenção Básica pode ser encontrado no artigo de Pinto, Sousa e Florêncio (2012). Nele, os autores consideram o PMAQ inserido e relacionado com o conjunto de estratégias prioritárias definidas pela PNAB. O PMAQ, ao tentar modificar parâmetros de qualidade e de acesso na defesa dos princípios do SUS, visa a mudanças das necessidades gerais de atenção à saúde. Por isso, deve ser considerado como uma avaliação “por equipe” e não “da equipe”, isto é, a avaliação de uma série de elementos de responsabilidade compartilhada entre o conjunto de atores locais. A avaliação permanente permite melhorar as condições de trabalho, as condições estruturais da UBS, a organização do processo de trabalho e a oferta de ações da equipe para a comunidade.

Veja o artigo na íntegra em:

<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492>

NA PRÁTICA

Educação permanente em saúde com formação de temas relacionados com a Atenção Básica - Silva e Peduzzi (2011) evidenciam a convivência das duas concepções de educação de trabalhadores - instrumental e comunicativa com o predomínio da segunda, as quais mostram a capilaridade da política de EPS entre os trabalhadores de saúde das UBS. Apontam que há um predomínio da concepção de educação no trabalho como construção coletiva do saber a partir da realidade de trabalho, pertinentes à EPS que se pretende instituir para a mudança das práticas e do modelo assistencial biomédico. Contudo, em alguns casos existe uma concepção de educação instrumental com ênfase em ações técnicas e de atualização do saber, que se aproxima da Educação Continuada. Nesse sentido, devemos ficar atentos para não reduzirmos temas, como clínica ampliada, projeto terapêutico singular, grupos operativos e interpretação de dados epidemiológicos, em “instrumentos” a serem aprendidos e atualizados, pelo contrário, trata-se de utilizá-los como dispositivos de transformação da produção de saúde dos usuários. Portanto, a educação permanente em saúde é inerente à própria organização do processo de trabalho em saúde.

Veja o artigo na íntegra em:

<https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29736>

Esse conjunto de experiências é apenas uma amostra do que é possível ser realizado nas UBS para além da consulta médica, respondendo de forma ampliada as necessidades das pessoas. Porém, não se trata de protocolos que devem ser seguidos. Toda a organização de ações e atividades deve ser contextualizada e discutida com a comunidade.

CONCLUSÃO

Neste tópico foram apresentados os elementos fundamentais para compreender o acolhimento como diretriz de reorganização do processo de trabalho na Atenção Básica. É importante destacar que se acolhimento é uma ferramenta para reorganização do processo de trabalho para atender as necessidades dos usuários, ele não se efetiva com ações isoladas, ou seja, é necessário facilitar o acesso, ampliar a escuta, ser mais resolutivo, ofertando ações clínicas, preventivas e de promoção, bem como melhorar os mecanismos que aumentem a responsabilização e o vínculo das equipes, como busca ativa, coordenação do cuidado, etc.

Assim, vale considerar que a construção do acolhimento é processo inacabado e pode receber constantes reavaliações e análises pormenorizadas, pois diferentes fatores (ambientais, administrativos, políticos e técnicos) se transformam ao longo do tempo. Se você ficou curioso não deixe de conferir outros materiais e discussões. A seguir, deixamos algumas sugestões complementares para você acessar e conhecer outras experiências:

SAIBA MAIS

A seguir temos duas experiências de locais diferentes que ajudam a exemplificar diferentes formas de se colocar o acolhimento em prática, em consonância com as necessidades dos usuários. Confira!

- Assista ao vídeo sobre a experiência de acolhimento da Unidade de Saúde de Saco Grande, município de Florianópolis/SC. Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=JTmgJWXAUSk>

- Assista ao vídeo sobre a experiência de envolvimento dos usuários no planejamento da prática de acolhimento da Unidade de Saúde Jardim Itu, no município de Porto Alegre/RS.

Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=f9v4Yl_r90o

Referências

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: **Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAVALCANTE FILHO, J. B. et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 315-328, 2009.

SCHOLZE, A. S. Acolhimento com classificação de risco para a Estratégia Saúde da Família: a prática em uma unidade docente-assistencial. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 31, p. 219-226, 2013.

OLIVEIRA, A. et al. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 749-762, 2008.

ESMERALDO, G. R. O. V. et al. Análise do acolhimento na estratégia de saúde da família sob a perspectiva do usuário. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 119-130, 2009.

FRANCO, T.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

MACEDO, C. A.; TEIXEIRA, E. R.; DAHER, D.V. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 457-62, 2011.

MAEYAMA, M. A. (Org.). **A Construção do Acolhimento**: a proposta de mudança do processo de trabalho em saúde do município de Bombinhas. Secretaria Municipal de Saúde de Bombinhas. Bombinhas, 2007.

MAEYAMA, M. A. et al. Promoção da saúde como tecnologia para transformação social. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, Itajaí, v. 2, n. 2, p. 129-143, 2015.

MEDEIROS, F. A. et al. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 402-13, 2010.

MENDES, A. C. G. et al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2903-2912, 2012.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. L. G.; COTTA, R. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 165-179, 2015.

PENNA, C. M. M.; FARIA, R. S. R.; REZENDE, G. P. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18 n. 4, p. 815-829, 2014.

SOUZA, E. C. F. de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 100-110, 2008.

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

TESSER, C. D.; POLI NETO, P; CAMPOS, G. W. S. Envolvimento do usuário e social (de) medicalização: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl. 3, p.3615-3624, 2010.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 869-883, 2014.

ZORZANELLI, R.T. et al. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p.1859-1868, 2014.

Capítulo 8

PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE

Clarice Aparecida Munaro
Alexandre Matos Gama
Bruna Schweigert Bastos
Camila Marchi Blatt
Inajara Carla Oliveira
Leticia Santos Corrêa
Luiz Felipe Cembranelli Tazinaffo
Manoela de Mello Borges
Tamires Farina Menegat

Capítulo 8

Participação Social na Saúde

TÓPICO 1 – A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO PROCESSO DEMOCRÁTICO

Objetivo: Neste tópico apresentaremos os conceitos sobre participação social e discutiremos sua importância no desenvolvimento de uma sociedade democrática.

A Participação Social e sua historicidade no Brasil

A participação social na esfera pública debate e delibera sobre as questões coletivas que dizem respeito à vida da comunidade, inclusive é um dos elementos essenciais da democracia. Além dos princípios de igualdade e de liberdade, o ideal democrático pressupõe ação, participação, corresponsabilidade e interação entre diferentes sujeitos (CICONELLO; MORONI, 2005).

Conceito: Participação Social é compreendida quando o Estado deixa de tutelar a sociedade e quando os cidadãos de posse de seus direitos passam a militar ativamente em todos os setores que afetam direta ou indiretamente suas vidas, garantindo assim conquistas verdadeiras da sociedade (BRASIL, 1986).

No Brasil, em razão do intenso processo de urbanização vivido pela sociedade brasileira, a partir dos anos de 1950, surgiram nas cidades as primeiras organizações não governamentais como respostas da sociedade que necessitava garantir seus direitos sociais (CICONELLO; MORONI, 2005).

Muito embora a ditadura militar tenha controlado e restringido a liberdade de expressão de associações de indivíduos e de grupos políticos e sociais que criticassem o regime político autoritário, havia sempre espaços de mobilização e debates na base da sociedade brasileira (CICONELLO; MORONI, 2005).

Os movimentos sociais, especialmente na década de 1980, iniciaram a abertura política no Brasil e a transição do regime militar para um regime democrático representativo e, portanto, buscaram referenciais teóricos da chamada “democracia participativa” ou da “democracia deliberativa” que pudessem contribuir para a construção de novas institucionalidades no Estado brasileiro (CICONELLO; MORONI, 2005).

Essa atuação dos **movimentos sociais** era baseada em processos educativos junto a grupos populares com a finalidade de gerar emancipação e consciência cidadã. Educar a população para a transformação social sempre foi o objetivo central desses movimentos (CICONELLO; MORONI, 2005).

Conceito: Movimentos Sociais são expressões da organização da sociedade civil, as quais agem de forma coletiva em defesa da inclusão social e com resistência a qualquer forma de exclusão. É nas ações destes movimentos que as demandas são determinadas pelas classes sociais, materializando-se em atividades de manifestações, como ocupações e passeatas em ruas, provocando uma mobilização social, despertando uma sensibilização na consciência dos demais indivíduos (GOHN, 2011).

Devido à intensa pressão exercida pela sociedade, o regime militar promoveu uma gradual abertura política, que possibilitou, nesta época, a criação do Partido dos Trabalhadores - PT (10/02/1980) e da Central Única dos Trabalhadores – CUT (28/08/1983). Esses dois eventos são marcos do processo de redemocratização do país e de um projeto de transformação mais radical da sociedade brasileira.

Essas experiências bem-sucedidas dos movimentos sociais mostravam que era possível criar mecanismos institucionais de participação, ampliando o modo como os cidadãos poderiam influenciar nas decisões públicas. Contudo, essas iniciativas precisavam ganhar escala, bem como ser incorporadas na própria formulação das políticas públicas de Estado.

Foi na Constituição Federal de 1988, construída a partir da influência de uma pluralidade de forças e de sujeitos políticos, que se estabeleceu o Estado Democrático de Direito no Brasil. Além disso, a Constituição promulgou uma série de princípios e diretrizes sobre a participação dos cidadãos no desenho, na implementação das políticas públicas, os quais, posteriormente, foram regulamentados e operacionalizados em diversos mecanismos institucionais nas três esferas da Federação (União, Estados e Municípios).

Vimos que, por meio de movimentos sociais, a sociedade se organiza para solicitação e garantia de seus direitos, portanto, os movimentos sociais geram como consequência a participação da população nas formulações e nas implementações das políticas públicas, e essa participação social deve acontecer organizadamente em nível micro (bairro, município), tornando-se cada vez mais fortalecida, para que haja participação, conseqüentemente, em nível macro (Estadual e Federal).

A importância da participação social na sociedade democrática



- Por que a participação social é importante para construirmos uma sociedade democrática?

Conceituar democracia não é uma tarefa fácil, no Minidicionário Aurélio (2002) é descrita como: ‘poder do povo’, expressão compreendida como ‘poder exercido pelo povo’.

Ainda hoje há compreensão leiga de que o conceito de Democracia é o sistema em que o povo elege seu representante periodicamente, geralmente de quatro em quatro anos.

A democracia tem sido reduzida ao ritual artificial de eleições e ao teatro dos eleitos; a proclamação da igualdade, desde que se respeitem as “diferenças” dos mais fortes; os direitos “universais”, solenemente registrados nas constituições desta forma garantindo os poderes econômicos (SEMERARO, 2005).

Essa forma de democracia responde a democracia representativa, que possui inúmeros entraves, e no final das contas representa apenas uma parte de nossa sociedade, isto é, apenas aquela que detém o poder.



Palavra do Professor: A democracia que queremos aqui abordar e defender é a **democracia participativa**, cuja participação social é quem determina e defende os interesses da sociedade na esfera pública, ou seja, com participação da sociedade civil.

Para Duriguetto (2003), o que se espera de um verdadeiro movimento democrático é que esse movimento seja oriundo das classes menos favorecidas, o qual desenvolva uma vontade coletiva, abrindo caminhos para a socialização da economia e do poder político.

O modelo de democracia participativa defende a necessidade da participação dos sujeitos sociais na vida política pública, pois acredita que os sujeitos podem agir coletivamente para que os interesses comuns sejam efetivamente respeitados. Essa democracia opõe-se totalmente à democracia representativa que se desvirtua de seus propósitos e apenas representa os interesses de poucos.

Tendo em vista a recuperação de uma dimensão normativa da democracia que, ao acusar a redução da política a uma lógica individualista e competitiva, no Brasil desenvolve-se, a partir dos anos de 1960, uma concepção “participativa” ou “republicana” de democracia, baseada no ideal da participação direta dos cidadãos nos assuntos de interesse coletivo (LUCHMANN, 2008).

Esse referencial de democracia se inspira nas ideias de teóricos como Rousseau e John Stuart Mill, enfatiza o caráter de autodeterminação dos cidadãos na condução da coisa pública. Para os autores formuladores do modelo da democracia participativa, Rousseau é um dos principais expoentes da defesa da autoridade soberana do povo em decidir o que é melhor para a coletividade (LUCHMANN, 2008).

Sendo assim, compreendemos que a democracia participativa é um dos modelos ideais para o exercício político desde que seja realizado num debate público entre cidadãos livres e em condições iguais de participação. Defende que as decisões políticas devem sempre estar orientadas pelos princípios da igualdade, autonomia e justiça social, fortalecendo a população para a construção de novos saberes e poderes para um melhor cuidado da vida (JACOBI, 1992).

Diante da compreensão de democracia participativa, que tem como princípio a participação social, precisamos agora saber quais são as formas de participação social.

As formas de Participação Social

A Constituição de 1988 proporcionou mudanças à sociedade brasileira, dentre as quais se destaca a concretização da antiga reivindicação popular por uma maior participação da sociedade nos processos de tomadas de decisão e gestão das políticas públicas.

A Constituição de 1988 regulamentou novas regras de participação democrática indireta e abriu espaço para novas formas de inserção da sociedade na gestão das políticas públicas de forma direta, como a legitimação da construção de orçamentos participativos e a criação dos conselhos gestores de políticas públicas (GOHN, 2003).

Desta forma, essa constituição assegurou a participação da população ativamente, tanto na formulação como na fiscalização das políticas públicas por meio do instrumento de **Conselhos Gestores**, nos três níveis de governo, Municipal, Estadual e Federal.

SAIBA MAIS

Assista ao vídeo sobre democracia participativa, conselhos municipais, disponível em

<https://www.youtube.com/watch?v=C0mtAHCynr0>

Conselhos Gestores são canais de participação que propiciam um novo padrão de relações entre o Estado e a Sociedade Civil que viabilizam a participação dos diferentes segmentos sociais na formulação das políticas sociais. Os conselhos possibilitam à população o acesso aos espaços onde se tomam decisões políticas e criam condições para um sistema de vigilância sobre as gestões públicas, implicando maior cobrança de prestação de contas do executivo (GOHN 2003).

Esses conselhos constituem-se em órgãos públicos de composição paritária entre a sociedade e o governo, criados por lei, regidos por regulamento aprovado por seu plenário e, no setor saúde, atualmente orientado pela Resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde, tendo carácter obrigatório.

Outra forma de participação social assegurada pela nossa Constituição são as **Conferências** Municipais, Estaduais e Federais.

As Conferências de políticas públicas que ocorrem temporalmente de quatro em quatro anos são espaços amplos e democráticos de discussão das políticas, gestão e participação. Sua principal característica é reunir governo e sociedade civil organizada para debater e decidir as prioridades nas políticas públicas dos próximos anos.

Na medida em que os diversos segmentos envolvidos com o assunto em questão participam do debate promovido na realização de uma conferência, pode-se estabelecer um pacto para alcançar determinadas metas e prioridades, além de abrir um espaço importante de troca de experiências. Podem ser realizadas conferências em âmbito Municipal, Estadual e Federal (TEIXEIRA, 2002).

A participação social, mais que um direito, passa a ser entendida como requisito indispensável para a viabilidade e a efetividade das políticas públicas (BUSS, 2000), uma vez que os mecanismos tradicionais de democracia representativa não conseguiram garantir a efetividade desse processo (MENDES, 2007), com grande distanciamento da vontade dos representados (MILANI, 2008).

CONCLUSÃO

Reconhecemos que são poucas as conquistas resultantes das organizações da sociedade perante o Estado, porém ganharam institucionalidade e importância pela transição recente do regime autoritário para a democracia.

Contudo, ainda um dos entraves para a consolidação da democracia é o quadro de grande exclusão social existente no país. Nesse sentido, o grande desafio é que a democracia representativa, por meio dos governos eleitos, represente de fato a vontade coletiva, e que a Democracia Participativa ganhe espaços maiores, inclusive como forma de inclusão social.

TÓPICO 2 - A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE

Objetivo: Neste tópico abordaremos as formas de participação social na saúde, suas fragilidades e potencialidades, bem como os pilares para sua construção e seu desenvolvimento.

As Formas de Participação social na saúde

Um primeiro movimento de descentralizar as decisões sobre as políticas de saúde teve início em 1937, com a publicação da Lei nº 378, que instituía o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a partir de uma reformulação do Ministério da Educação e Saúde Pública. Vale lembrar que nesta época o Conselho Nacional de Saúde era um órgão apenas consultivo do Ministério de Saúde, e os membros eram indicados pelo ministro de Estado, em sua maioria técnicos de saúde, portanto, ainda sem caráter participativo.

Um dos papéis importantes que o Conselho Nacional de Saúde protagonizou juntamente com o Movimento de Reforma Sanitária foi a realização, em 1986, da VIII Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório final apresentou bases para a criação do Sistema Único de Saúde.

Tamanho importância teve o Movimento Sanitário, pois este movimento de participação social contribuiu para a construção de uma política pública para a garantia de um direito humano fundamental, a SAÚDE.

Acreditamos que esse movimento de participação social foi um dos maiores movimentos populares já ocorridos no Brasil, tanto que teve como consequência, em 1988, a proclamação da Constituinte e, com ela, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo “Saúde como direito de todos e dever do Estado”. Após esta conquista, o povo brasileiro precisava então unir esforços e saberes para organizar esse sistema de saúde.

Sendo assim, foram criadas as Leis Orgânicas n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990. A primeira responsável pela regulamentação das ações e dos serviços de saúde em todo o território nacional; e a **segunda** dispõe sobre a **participação social** na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Desta forma, no âmbito do SUS, a participação social foi concebida na perspectiva de que os setores organizados da sociedade participassem da definição, da formulação e do acompanhamento da execução das políticas públicas. Portanto, reconhece o direito da população de participar das decisões que afetam sua vida cotidiana e promove a democratização para o controle social das instituições (VÁZQUEZ et al., 2002).

A partir da Lei 8.142/90, a atuação da sociedade no Sistema Único de Saúde foi ampliada, democratizada e passou a ser designada por “controle social”, no sentido do controle da sociedade sobre a política de saúde. Desta forma, a participação social na política de saúde passa a ser garantida legalmente por meio dos **Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde**.

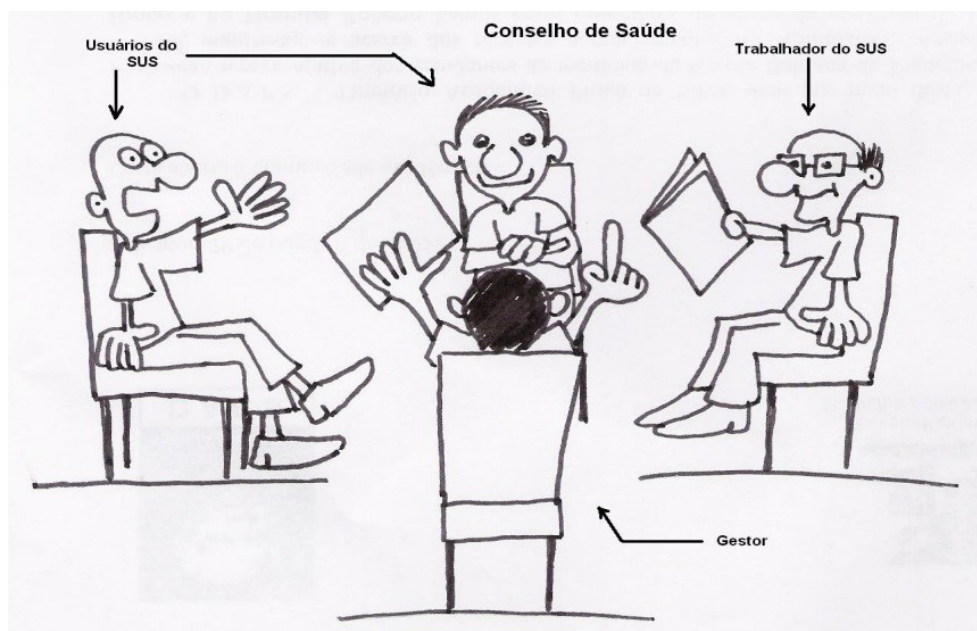
A Lei 8142/90 estabelece a representação de todos os segmentos interessados na discussão das políticas públicas de saúde na conformação dos conselhos e das conferências de saúde, garantindo à representação dos usuários 50% em sua composição, e ainda 25% ao segmento dos profissionais de saúde e os outros 25% destinados a gestores e prestadores de serviço.

Sendo assim, os Conselhos de Saúde são constituídos por setores organizados da sociedade que participam da definição, da formulação e do acompanhamento da execução das políticas públicas, reconhecendo o direito da população de participar das decisões que afetam sua vida cotidiana (BRASIL, 1990).

Os conselhos de saúde têm sido considerados como o modelo que mais se aproxima do ideal da democracia participativa. Ainda que prescinda e se materialize pela forma de representação, as decisões são discutidas pela sociedade civil (MAGNAGNAGNO; DOMBROWKI, 2011).

Conceito: Os **Conselhos de Saúde** são órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo. **Colegiado** por ser composto por pessoas que representam diferentes segmentos da sociedade (usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviço). **Permanente**, pois tem sua existência garantida por lei em qualquer circunstância. **Deliberativo** por ter o poder de tomar decisões que devem ser cumpridas pela gestão pública (BRASIL, 1990).

Figura 21. Composição dos Conselhos de Saúde



Fonte: São Paulo (2001).

Os Conselhos de Saúde, pelo seu caráter permanente e local, têm sido considerados elementos primordiais no processo de construção da cidadania e do controle pela sociedade (MARTINS et al., 2008) e, para tanto, tornam-se fundamentais o papel e a garantia de composição de 50% da representação dos usuários do SUS.

Os Conselhos de Saúde, sejam Municipal, Estadual ou Nacional, são espaços públicos criados por meio de lei e atuam na orientação, no controle e na avaliação da política de saúde. O representante no Conselho de Saúde tem mandato de quatro anos, após esse período os segmentos indicam novos representantes. Cada Conselho de Saúde possui seu regimento interno, que é o documento norteador do funcionamento deste conselho.

Geralmente os conselheiros de saúde se reúnem mensalmente para discutir e deliberar sobre assuntos pertinentes à política de saúde. Toda reunião do Conselho de Saúde possui uma pauta, a qual deve ser disponibilizada para os conselheiros antes da reunião, para que os representantes tenham tempo hábil de discutir com seu segmento e trazer para a reunião uma prévia do que foi discutido.

Vale ressaltar que toda reunião do Conselho de Saúde é aberta para a população assistir. Normalmente, o cronograma de reuniões do Conselho de Saúde fica disponibilizado em espaços públicos e em *sites* oficiais.



- E sobre a Conferência de Saúde, o que você sabe?

Conceito: Conferência de Saúde é um espaço de debate, entre todos os segmentos da sociedade representada por meio de entidades e da população geral, com a finalidade de avaliar a situação de saúde, fixar diretrizes da política de saúde, definir e priorizar propostas para melhorar a qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 1990).

A Conferência de Saúde tem como atribuição “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes (municipal, estadual e federal), e é convocada a cada quatro anos pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde” (BRASIL, 1990).

As Conferências de Saúde são consideradas como os espaços mais amplos de democracia participativa, pois permitem e facilitam a participação de um número maior de pessoas da sociedade civil. Destacamos aqui a fala na abertura da 15ª Conferência Nacional de Saúde de um dos idealizadores desta conferência, Gilson de Carvalho, que dizia “O objetivo das Conferências de Saúde é melhorar a saúde das pessoas, confirmar o correto, modificar o errado e construir o novo”.

Atualmente, as conferências de saúde são espaços de suma importância para o exercício da participação social e do controle social da saúde, é por meio destes espaços que a população se manifesta de forma democrática, autônoma, e interfere na construção de políticas de saúde e na gestão de políticas públicas do seu bairro, município, estado e país (ROLIM, 2013).



Palavra do Professor: De forma resumida, podemos dizer que as Conferências se destinam a definir as diretrizes das políticas públicas (o que fazer), ao passo que os Conselhos Gestores ficariam responsáveis pelo acompanhamento da operacionalização das políticas públicas (como fazer, como está sendo feito, como foi feito).

SAIBA MAIS

No site a seguir você pode visualizar a linha do tempo de como as Conferências de Saúde aconteceram no Brasil. Disponível em:

https://portal.focruz.br/pt-br/linhadotempo_conferenciasdesaude

SAIBA MAIS

O vídeo sugerido foi produzido pela equipe do Mobiliza Saúde e apresenta a definição do que é uma Conferência de Saúde. Vamos assistir? Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=v-hp5K17Dlc>

Os problemas de participação social no SUS

A expressão participação social designa um leque variado e amplo de ações resultantes da influência da sociedade civil em questões relacionadas com a organização social, tendo várias maneiras de se manifestarem no âmbito da saúde.

A participação social no SUS caracteriza-se por contribuir com a formulação, a definição e o acompanhamento da execução das políticas públicas. Além disso, contribui para aumentar a eficácia, a cooperação, a integração e o comprometimento das decisões (VÁZQUEZ et al., 2012).

Como já vimos, os conselhos de saúde representam a forma institucionalizada e permanente da participação social, garantida por lei, com caráter deliberativo, e composição paritária entre os representantes da sociedade civil e demais representações. Entretanto, na maioria dos municípios esses conselhos não tiveram efetivamente a participação desejada da população, e sua criação ficou na mera formalidade, para a possibilidade de recebimento dos repasses fundo a fundo (MAEYAMA et al., 2016).

Além disso, a participação da sociedade ainda é bastante questionável, visto que ainda existe muita desigualdade social, falta de empoderamento da população, aliado ainda à dificuldade de organização de uma grande parcela da população, dificultando a participação em espaços institucionalizados como os conselhos (MAEYAMA et al., 2016).

Vale ressaltar ainda que a população não é responsável pela falta de efetividade dos conselhos, é apenas vítima de um sistema cujo governo colabora para que essa participação não se efetive por interesses particulares. Visto que as reuniões do conselho de saúde não acontecem com a periodicidade que deveria, a pauta da reunião na maioria das vezes é deliberada só por representantes do governo, e raramente pelos usuários, reafirmando uma cultura de política autoritária e de manipulação, enfraquecendo cada vez mais os espaços de democracia participativa, desvirtuando o real sentido da criação desses meios de participação popular (WENDHAUSEN; CARDOSO, 2007).

Ainda existe grande lacuna entre o que dispõe a legislação e o que acontece de fato nesses espaços. O Conselho Municipal de Saúde, na grande parte das vezes, é um instrumento monopolizado nas mãos de prefeitos e das elites, falando em nome da comunidade, muito devido à falta de empoderamento dos conselheiros pela falta de informação e conhecimento sobre as políticas de saúde, e do próprio desconhecimento sobre o funcionamento dos conselhos por parte dos usuários, corroboradas ainda pelo uso de linguagem técnica que o setor saúde utiliza (GOHN, 2002).

Outra questão, para ser analisada, são as representações do segmento dos usuários, que em algumas vezes fazem parte de estratos da população com maior poder econômico que nem utilizam o Sistema Único de Saúde, como Associação de Comércio e Indústria, Lions Club, Rotary, inclusive com mais poder de voz e argumentação, com indicação em geral realizada pelo gestor público, engolindo por vezes os representantes dos segmentos populares da sociedade, portanto com concentração de poder das elites e gestão, e exclusão social dos menos favorecidos e mais necessitados dos serviços públicos de saúde. Chama atenção ainda que setores excluídos da sociedade sem poder de organização associativa ou política, em alguns casos, podem abrir espaço para organizações sociais da classe média, comprometendo a representação da sociedade civil, especialmente dos que dependem e utilizam o sistema público de saúde (SHIMIZU et al., 2013).

Além disso, a falta de cultura de participação e coletividade faz com que o ato de representar algum segmento popular no âmbito dos conselhos seja uma reprodução dos modos de representação tradicional eleitoral, com desconexão entre representantes e representados, sem garantia da expressão coletiva (MENDES, 2007).

Os pilares para a participação social

Vimos já neste tópico as formas de participação social através dos Conselhos e as Conferências de Saúde, os principais problemas que acometem a participação social, com uma cultura de política autoritária e de manipulação, enfraquecendo cada vez mais os espaços de democracia participativa. Sendo assim, faz-se necessário compreender alguns conceitos e abordagens que podem fortalecer a população para exercer com mais eficácia a participação social.

Empoderamento

O empoderamento é um assunto de extrema importância nas políticas públicas de saúde, pois ele redireciona o poder para aqueles que não possuem voz dentro da comunidade, a fim de promover a equidade e a participação popular efetiva dessas pessoas. É torná-las mais atuantes, seguras do que precisam, e fortalecer a vontade coletiva.

Conceito: Empoderamento é compreendido numa esfera individual e/ou comunitária, construído a partir de relações interpessoais para o desenvolvimento de autonomia de indivíduos e comunidades, com possibilidade de voz, influência e capacidade para decisão e ação (BAQUERO, 2012).

Além dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional, é desejável que sejam criados os Conselhos Locais de Saúde, que corresponde à delimitação de um bairro ou uma UBS, pois é nele que a população identifica e também se responsabiliza em promover mudanças para melhorar a comunidade onde vive.

O processo de participar ou representar o Conselho Local de Saúde, na maioria das vezes, faz com que as pessoas se reconheçam como membros ativos de uma comunidade e, conseqüentemente, se sintam fortalecidas para reivindicar ou propor ações capazes de transformar uma realidade social que não condiz com suas necessidades, ou seja, que as demandas possam ser propostas por quem mais entende do assunto, **a população**.

O empoderamento é possível quando o indivíduo consegue estabelecer uma relação de autonomia na comunidade, identificando suas necessidades individuais e também as coletivas, promovendo o fortalecimento do controle da população nas políticas executadas pelo Estado, e não o inverso.

Desta forma, entendemos que empoderamento é a capacidade de promover a transformação da realidade, inerente à condição de ser humano, que envolve laços de afeto, inclusão, sentimento de pertencimento e politização, isto é, uma crescente conquista de participação na solução dos seus problemas (DEMO, 2001).

Compreendemos também que favorecer o empoderamento da população requer espaços de troca e de sensibilização para a intervenção, nos quais reconheça os desafios e os potenciais existentes em sua realidade concreta.

Assim, o empoderamento e a participação social podem viabilizar espaços de construção de saberes e consolidação da cidadania ativa e da democracia participativa. Teixeira (2002) reflete que os educadores em saúde não podem dar poder às pessoas, mas podem torná-las capazes de “descobrir” suas habilidades, conhecimentos, valores e recursos que lhes possibilitem tomar conta de suas próprias vidas.

Nesse sentido, os Conselhos de Saúde são a forma institucionalizada mais eficaz de promoção de empoderamento, capaz de desenvolver habilidades e competências para a participação social, por meio das opiniões, das sugestões e das discussões promovidas para resolutividade das políticas de saúde.

NA PRÁTICA

Dona Letícia, moradora do bairro São Vicente, é casada com seu Luiz Felipe (pedreiro) e tem três filhos: Bruna (4 anos), Alexandre (02 anos) e Fabio (08 meses). Era dona de casa e certo dia foi convidada pela ACS Camila para participar de uma roda de conversa sobre “coisa de mulher”. Este primeiro encontro foi organizado pela UBS, tendo como mediadora a enfermeira Clarice e a ACS Camila. Logo nos primeiros encontros, assuntos muito interessantes foram discutidos junto a essas mulheres, por exemplo, por que só a mulher devia cuidar dos filhos, por que no mercado de trabalho as mulheres ganham menos, como cuidar de sua saúde e outros assuntos. Os encontros aconteciam no salão da comunidade, quinzenalmente, com início às 19h. Foi por meio desses encontros que Dona Letícia percebeu que poderia realizar seu sonho de trabalhar fora de casa, como faziam várias moradoras daquele bairro. Porém, o primeiro entrave com o qual se deparou foi a falta de vaga na creche para deixar seus filhos. Então, em um dos encontros, Dona Letícia tomou coragem e resolveu discutir com as demais mulheres sobre o problema que estava encontrando sobre as vagas na creche para seus filhos e que era um desejo muito grande de trabalhar fora, ter seu próprio dinheiro e não depender tanto do marido, e percebeu que mais mães tinham a mesma dificuldade. Desta forma, resolveram pedir ajuda à ACS Camila e a mesma teve a ideia de oficializar este problema junto aos órgãos responsáveis pelo assunto.

Vimos nesta história como é importante e imensurável o papel da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) no movimento de educação em saúde (grupo de mulheres) e, como consequência, houve o empoderamento dessas mulheres frente às dificuldades do seu dia a dia. Fica claro que Dona Letícia se empoderou frente ao grupo, e só tomou essa atitude porque conseguiu sair de casa e ver que é possível sonhar, e que muitas vezes precisamos unir forças com as demais pessoas para conseguir algo coletivamente.

Representação

Mesmo nos espaços participativos, a representação se faz necessária no âmbito da política, seja por uma questão de impossibilidade de participação do indivíduo ou mesmo por uma questão de escolha, e por isso se delega esta tarefa a um representante (SERAFIM; SANTOS, 2008).

Conceito: Representação significa “fazer as vezes do outro” em um determinado momento ou espaço.

Na democracia participativa, a escolha do representante é feita entre os próprios participantes da sociedade civil, o que já garante relativa identificação com o grupo, podendo ser escolhido por eleição, indicação ou consenso entre os indivíduos (SERAFIM; SANTOS, 2008).

A participação social na saúde se dá por meio de **representação** de segmentos da sociedade civil em espaços institucionalizados, como os conselhos e as conferências de saúde (SERAFIM; SANTOS, 2008).



Palavra do Professor: Representação tem relação com segmentos populacionais que são compostos por indivíduos que possuem alguma afinidade entre si.

De acordo com a Resolução nº 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde, a representação dos usuários poderá ser composta por entidades, instituições e movimentos representativos da sociedade civil (BRASIL, 2012). Os segmentos de representação dos usuários dentro dos Conselhos de Saúde devem estar devidamente cadastrados junto aos órgãos competentes que comprovem de fato que essas entidades estejam de acordo com os interesses do referido conselho, sejam idôneas, sem fins lucrativos e que estejam diretamente ligadas com interesses da população.

Segundo a resolução, os seguintes segmentos podem ter representação dentro do Conselho Municipal de Saúde: associação de moradores, conselhos locais de saúde, associações de pessoas com deficiências, portadores de alguma patologia (DM, HAS, IRC e outros), entidades indígenas; movimentos sociais e populares organizados; entidades de aposentados e pensionistas; entidades de sindicatos e de trabalhadores; entidades de defesa do consumidor; organização de moradores; entidades ambientalistas; organizações religiosas, dentre outras.

NA PRÁTICA

Continuando a história de Dona Letícia para entender sobre representação. Dona Letícia conseguiu a vaga na creche para seus filhos e também de algumas vizinhas que estavam passando pela mesma dificuldade. Mas em um dos encontros do grupo das mulheres a ACS Camila convidou alguns acadêmicos que faziam seus estágios na UBS para conversar sobre participação social, pois ela tinha ouvido falar que era um tema importante para ser debatido com as mulheres. Foi então que a ACS, a médica Manoela e a enfermeira Clarice foram até o grupo, falaram sobre o assunto e discutiram com as mulheres sobre conselho local de saúde. Logo Dona Letícia lembrou sobre o fato das vagas na creche e refletiu com o grupo quanto seria importante o bairro ter um conselho local de saúde. Diante disso, o grupo foi fomentador da ideia, agendou uma reunião com os demais membros da comunidade juntamente com os profissionais de saúde. Nesta reunião, a comunidade decidiu criar um conselho local de saúde: juntaram-se pessoas do clube de mães, associação de moradores, grupo de: gestante, hipertenso, diabéticos, de terapia comunitária e comunidade em geral. E assim este conselho foi se reunindo mensalmente, discutindo os problemas do bairro e as sugestões para melhoria dos serviços. O Conselho Local foi se fortalecendo e decidiu indicar um representante para fazer parte do Conselho Municipal de Saúde e, devido ao envolvimento e à liderança de Dona Letícia, ela foi a escolhida para representar a comunidade de São Vicente junto ao Conselho Municipal de Saúde. Dona Letícia tornou-se a representante da **representação** que o Conselho Local de Saúde do São Vicente possuía no Conselho Municipal de Saúde.

Sendo assim, os representantes dos segmentos devem ser indivíduos empoderados e que conheçam os interesses da população para que consigam efetivamente representar essa entidade de forma eficiente no conselho, e quando isso acontece, chamamos esse movimento de representatividade.

Representatividade

Além do empoderamento coletivo e da representação nos espaços decisórios, a participação social só é efetiva se houver o movimento de representatividade por parte de quem representa o segmento.

Conceito: Representatividade é caracterizada pelo ato de representar, que se alcança por meio de um movimento de informação e prestação de contas (SERAFIN; SANTOS, 2008).

Fica claro nessa questão não apenas a responsabilidade do representante frente ao grupo de seus representados, mas também o movimento contrário, sendo responsabilidade dos representados subsidiar seus representantes com informações, opiniões e discussões realizadas naquele grupo e também de cobrá-lo quanto à sua atuação (SERAFIN; SANTOS, 2008).

NA PRÁTICA

Continuando a história. Dona Letícia estava envolvida com os interesses da comunidade. Participava do conselho local de saúde, discutindo com toda a comunidade local os problemas de saúde do bairro e representava-os no conselho municipal, onde levava as reivindicações e as propostas e depois discutia novamente com o conselho local de saúde o que fora discutido e deliberado na reunião do Conselho Municipal. Desta forma, algumas conquistas foram possíveis para o Bairro São Vicente, como: construção de uma UBS mais ampla e confortável para os profissionais que ali trabalham; maior acessibilidade para a população; distribuição de medicamentos na própria unidade, que anteriormente só eram distribuídos na farmácia central do município; autorização para funcionamento da UBS em horário estendido até as 19 horas, para inclusão da população trabalhadora, que posteriormente foi estendida a outras UBS do município; credenciamento de mais uma equipe de ESF para o bairro, pois o número de pessoas extrapolava o indicado pelo Ministério da Saúde. Dona Letícia sempre respeitava o que o Conselho Local havia discutido e decidido, mesmo que algumas das propostas levadas ao Conselho Municipal de Saúde não fizessem parte de suas necessidades pessoais.

Capítulo 8 - Tópico 2

Representatividade está ligada ao processo de informação que se estabelece entre representante e representados e pressupõe o exercício de direitos políticos que permitem a formação e a manifestação da vontade dos representados. Nessa acepção, a comunidade deve se interessar pelo trabalho dos Conselhos e assim possibilitar a “retaguarda” que fortalece o representante em termos de mobilização social e apoio para as reivindicações (GERSCHMAN 2004).

Portanto, a representatividade é um exercício de dentro e fora dos conselhos de saúde, já que o conselheiro deve atuar como interlocutor de suas bases, levando reivindicações, necessidades e vontades da população ou grupos que representa nesse espaço de discussão acerca da política de saúde.

Para que de fato a representatividade aconteça, é necessário que os representantes sejam indivíduos empoderados em sua comunidade, que sejam competentes para representar efetivamente sob o que foi deliberado coletivamente, que conheçam a realidade social de quem está representando; caso contrário será bem provável que este delibere sobre vontades individuais, desta forma, não sendo protagonista do segmento que representa.

CONCLUSÃO

A materialização da democracia participativa nos CONSELHOS de Saúde depende de vários aspectos que devem ser sincrônicos, como demonstra a Figura 2, pois a falta ou a limitação de um deles prejudica todo o processo.

Desta forma, torna-se condição fundamental:

- A clareza sobre o ato de participar numa perspectiva coletiva;
- O empoderamento comunitário, especialmente no que se refere à cidadania e à saúde;
- A reorganização na escolha dos segmentos representativos da sociedade civil que contemple toda a população;
- E mecanismos que garantam a legitimidade na representatividade dos segmentos (MAEYAMA et al., 2016).

Figura 22. Aspectos relacionados à participação social na saúde



Fonte: Maeyama et al. (2016).

TÓPICO 3 - O DESENVOLVIMENTO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA COMUNIDADE

Objetivo: Neste tópico, vamos compreender e refletir um pouco melhor sobre como desenvolver a participação social no espaço das UBS, por meio do diálogo nos espaços individuais, coletivos ou institucionalizados, pelo desenvolvimento do empoderamento, da organização representativa e da coletividade.

A participação social no espaço das UBS

Como profissionais de saúde, ou em algum momento de nossa vida acadêmica, aprendemos sobre participação social, e é diante dessas informações e saberes que quando escolhemos trabalhar no Sistema Único de Saúde, obrigatoriamente precisamos saber e compreender sobre o assunto. Desta forma o trabalho na Atenção Básica, por exemplo, dá a possibilidade de interirmos em diversos espaços onde podemos implementar a participação social.

Geralmente os profissionais da Atenção Básica estão inseridos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e vinculados a uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem como ponto de partida para seu trabalho um território sociodemográfico. Desta forma os profissionais desta equipe realizam diagnóstico comunitário deste território e como consequência mapeiam também as entidades sociais, como igrejas, centro comerciais, escola, enfim, conhecem líderes comunitários, pessoas ativamente envolvidas com os interesses coletivos. Isto já é um bom começo para trabalhar com a participação social.

Porém, sabemos que encontramos entraves nos serviços de saúde para a participação social. O fato é que, apesar de possuir consciência dos problemas e reivindicar mudanças, a população não reclama a participação nas decisões. A autonomia da população ainda é algo que necessita ser conquistado (SORATTO et al., 2010).

Vale ressaltar também que ainda existe a cultura autoritária de controlar as classes populares por meio de recomendações e regras. As orientações partem das autoridades governamentais, professores, profissionais de saúde, sem o conhecimento e o reconhecimento do saber popular.

Com isso podemos perceber a falta de empoderamento e autonomia da comunidade, pois existe uma negação do saber popular pelo técnico-científico nos encontros individuais ou coletivos, aliado à falta de mobilização dos profissionais de saúde em promover o diálogo e empoderar a população para contribuir com as mudanças e com o conhecimento sobre seus direitos de saúde (SORATTO et al., 2010).

Nesse contexto, achamos plausível trazer o discurso da Pedagogia Problematicadora de Paulo Freire. Essa pedagogia crítica e libertadora apresenta-se como uma das soluções aos problemas que emperram o sucesso da participação social nos pequenos espaços, como no território em que trabalhamos.

A Pedagogia Problematizadora consiste numa lógica crítica-educativa sendo uma “Pedagogia que faça da opressão e de suas causas, objeto de reflexão dos oprimidos, de que resultará o seu engajamento necessário na luta por sua libertação” (FREIRE, 1980, p. 34).

A história da Dona Letícia aqui contada é uma forma fundamentada na Pedagogia de Freire de obter sucesso fomentando a vontade da população em construir um grupo com objetivo de discutir assuntos de interesse coletivo e socializar informações sobre saúde.

Sendo assim, podemos imaginar que os profissionais da UBS, por meio da Pedagogia Problematizadora, podem reproduzir a experiência aqui contada, reunindo pessoas e despertando nelas o desejo de construir espaços coletivos para exercer a participação social.

Essa postura implica “um outro modo de operar o trabalho em saúde e de construir a relação do trabalhador com os usuários do sistema de saúde, edificando uma relação mais solidária entre ambos” (MERHY, 1997 apud SORATTO et al., 2010, p. 1239).

SAIBA MAIS

Para conhecer um pouco mais da Pedagogia de Paulo Freire, leia o texto “Pacientes Impacientes”. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf

É necessária a construção de espaços coletivos com a participação dos conselheiros, trabalhadores e usuários do SUS, onde exista um diálogo e uma discussão sobre pautas problematizadoras dos serviços e da dinâmica de saúde da comunidade (BOTTI; SCOCHI, 2006).

Como vimos anteriormente, toda a equipe da Estratégia de Saúde da Família deve ser fomentadora desse conhecimento sobre a participação social dentro do SUS, portanto, também é responsável pelo compartilhamento desse conhecimento com a comunidade.

Ressaltamos também que a participação social não pode estar restrita às instâncias formais, ela deve ser valorizada e incentivada no dia a dia dos serviços do SUS.

O desenvolvimento da participação social no espaço da UBS pode acontecer também na forma de uma cogestão ou colegiado gestor. O método da cogestão prevê uma autonomia coletiva na forma de organizar os trabalhadores dentro da UBS e de repensar as suas funcionalidades nos serviços de saúde (SOARES et al., 2009).

A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo, portanto, uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde.

SAIBA MAIS

Leia também o livro “Humaniza SUS: Gestão Participativa e Cogestão” do Ministério da Saúde.

Disponível em:

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

Os profissionais das Unidades Básicas de Saúde dispõem de diversos recursos para desenvolver a participação social dentro da comunidade. Eles participam de maneira indireta da gestão orçamentária e podem fazer uso transparente dessa participação para estimular a comunidade a analisar a disposição dos recursos públicos, discutir sobre as propostas orçamentárias ou prestação de contas e elaborar essas informações para criar melhores estratégias para os repasses dos serviços de saúde do Município (DANTAS et al, 2001).

Veremos a seguir outras formas de participação social.

A escuta institucionalizada (os Conselhos Locais)

Os Conselhos Locais de Saúde (CLS) são espaços de escuta e empoderamento nos territórios, uma vez que, com sua criação nas localidades que compõem o município, podem ganhar representação direta no Conselho Municipal de Saúde, podendo expressar suas demandas e votar decisões. Assim, constituem um avanço na democratização das políticas públicas e na percepção dos problemas.

A história da Dona Letícia relatada neste capítulo reflete muito bem como a UBS pode auxiliar e organizar a participação social por meio de um conselho local de saúde, cuja equipe de ESF teve papel fundamental no empoderamento da população e da organização coletiva.

Os CLS possibilitam a proximidade da comunidade da dinâmica dos serviços de saúde da UBS e a interação com as demais organizações do bairro. Por esta razão, são considerados como componentes estratégicos da gestão participativa.

Uma das atribuições dos profissionais de saúde descritas na Política Nacional de Atenção Básica é fomentar a participação social. Além disso, ser profissional de saúde do SUS implica saber da importância da participação social na organização e na atenção à saúde.

Sendo assim, podemos criar um conselho local de saúde na comunidade em que trabalhamos, considerando o desenvolvimento do empoderamento, da representação e da representatividade.

Veja a seguir os passos de como criar o Conselho na comunidade onde você reside ou trabalha.

Passos para a formação de um CLS:

- a)** Levantamento (identificação) de lideranças e das instituições/entidades de usuários da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde, tais como associações de moradores, organizações não governamentais, entidades religiosas e escolas; ou seja, mapeamento de possíveis representações;
- b)** Realização de reuniões e encontros com líderes, entidades e comunidade em geral para a sensibilização sobre a importância da implantação do Conselho Local de Saúde;
- c)** Formação de comissão eleitoral com a finalidade de organizar o processo de eleição dos membros representantes dos usuários para compor o Conselho Local de Saúde;
- d)** Publicação de edital de convocação da eleição do Conselho Local de Saúde e acompanhamento de seu processo de publicação no Diário Oficial ou jornal local;
- e)** Realização de inscrição das entidades da comunidade candidatas a serem membros do conselho, com análise dos documentos necessários;
- f)** Organização e realização da eleição dos candidatos representantes dos usuários para comporem o Conselho Local de Saúde.

Após sua criação, devem ser registrados no Conselho Municipal de Saúde. O Conselho Local de Saúde deverá criar seu regimento interno.

NA PRÁTICA

Um relato de experiência na Bahia demonstra o passo a passo para fundar um Conselho Local. As Agentes Comunitárias de Saúde selecionaram lideranças e entidades locais; em seguida oito reuniões de sensibilização, nas quais se pretendia conscientizar quanto à importância do Conselho Local, foram realizadas com temática, objetivo metodologia, atividades e responsáveis. Numa das reuniões, montou-se a comissão eleitoral para organizar a eleição com envio de ofício para publicação do edital de eleição e acompanhamento desse processo no Diário Oficial. Seguiu-se com inscrição das entidades candidatas e análise de documentos conforme recomendação da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. E, por fim, a eleição dos representantes dos usuários para compor o Conselho Local (NOGUEIRA et al., 2008).

SAIBA MAIS

Sobre a criação de CLS, acesse o site:

<http://aps.bvs.br/aps/quais-os-principais-passos-para-a-criacao-de-um-conselho-local-de-saude-o-conselho-necessita-de-algum-tipo-de-registro-deve-possuir-estatuto/>

SAIBA MAIS

Assista também ao vídeo “Conselho Local de Saúde”. Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=sGf-TN0aQ6k>

A escuta nos espaços coletivos

Espaços coletivos seriam fruto do encontro de indivíduos num local, criando oportunidade para analisar e decidir sobre temas importantes (CAMPOS, 2000).

Como vimos, os profissionais das Unidades Básicas são fundamentais na construção desses espaços coletivos de escuta.

Ao analisar o dia a dia do trabalho da equipe de ESF, percebemos que existem diversos espaços onde podemos estabelecer escutas coletivas e, conseqüentemente, praticar a participação social. Um exemplo desses espaços é o trabalho com grupos da Atenção Básica, sejam eles operativos ou terapêuticos. Esses grupos têm como objetivo promover saúde e autonomia das pessoas, desta forma devemos oportunizar nesses espaços a escuta coletiva.

Na comunidade também existem outros espaços potencialmente participativos, como: clube de mães, clube de idosos, pastoral da saúde, pastoral da criança, associação de moradores, associação de pais e professores (SORATTO et al., 2010). Todos eles podem ser canais de comunicação da equipe com um coletivo comunitário.

Além disso, a própria dinâmica das oficinas de territorialização com a participação de todos os trabalhadores da UBS, com lideranças comunitárias e representantes da Secretaria Municipal de Saúde, é por si um processo de escuta.

Veremos a seguir um exemplo de escuta coletiva:

NA PRÁTICA

Os profissionais da equipe da Estratégia de Saúde do bairro São Vicente trabalham com diversos grupos, um deles é o Grupo de Diabéticos que se encontra toda última sexta-feira de cada mês no salão comunitário do bairro. A ACS Bruna é responsável por organizar o local e o acolhimento do grupo. No último encontro, a equipe organizou a atividade sugerida pelo grupo sobre o uso da insulina, administração de medicação e como fazer corretamente o HGT (HemoGlicoTest). Quem mediou o assunto no encontro foi a ACS Bruna e a enfermeira Clarice. Durante a conversa os pacientes discutiam e, conseqüentemente, surgiram alguns questionamentos, como o da Dona Francisca: “Gente, sugiro que o Posto de Saúde forneça para gente que usa insulina o aparelho, lancetas e fitas de HGT, pois agora aprendemos fazer o teste. Digo isso porque fica difícil a gente fazer o controle só lá no Posto, têm pessoas aqui que, como eu, moram longe. Se fosse disponibilizado o aparelho a gente poderia fazer o controle diariamente em casa, anotava e depois mostrava para o médico”. A mediadora do grupo quis saber a posição dos demais participantes, abrindo espaço para discussão. Diante dessa sugestão, a enfermeira e a ACS se comprometeram em verificar junto à coordenação da UBS e dar retorno para o grupo. Sendo assim, a enfermeira consultou a equipe, organizou levantamento das informações necessárias e encaminhou a solicitação para os setores responsáveis, para que fossem providenciados os materiais para os pacientes diabéticos insulino-dependentes. Fato esse que evidenciou a escuta coletiva e, conseqüentemente, melhorou o acesso e a coordenação dos cuidados daquelas pessoas.

Além desses espaços coletivos que servem para incentivar a população a participar ativamente e a contribuir com a resolução de problemas da comunidade, também podemos ampliar nossa participação social por meio da escuta em encontros individuais, é o que veremos agora.

A escuta nos encontros individuais

Por meio da escuta individualizada, os profissionais de saúde podem promover a identificação de afinidades entre os usuários da UBS e os reunir no que diz respeito ao interesse ou à necessidade em discutir e compreender melhor determinado assunto.

A escuta nos encontros individuais é uma oportunidade de promover o componente social do conceito de saúde pela promoção da educação, da conscientização e do estímulo à participação social do indivíduo na UBS.

É a chance de criar um vínculo que estimule o usuário do SUS a olhar sobre si, sobre a comunidade e sobre o exercício da cidadania nesse contexto.

NA PRÁTICA

Vamos exemplificar a escuta individualizada em uma consulta, que promove a participação social.

Médico: Bom dia, Dona Manoela, tudo bem com a senhora? Estou vendo aqui que a senhora já fez os exames faz algum tempo, inclusive alguns deveriam ter sido vistos antes. Mas me conte como está se sentindo depois da troca de sua medicação?

Dona Manoela: Então, doutor, estou me sentindo bem melhor, mas o motivo de não ter vindo antes é que a ACS me informou que só consigo agendar a consulta de retorno de exames para quarta-feira de manhã, é que nas quartas-feiras trabalho de diarista, por isso demorei para trazer os exames, e hoje tive que faltar ao trabalho. Então, doutor, ficaria mais fácil para gente se pudéssemos agendar os retornos dos exames todos os dias da semana. Conheço algumas pessoas das comunidades que fazem os exames e depois não conseguem retornar.

Diante da escuta individualizada o médico levou a questão para ser discutida na reunião de equipe, isto é, para rever o formato da organização da agenda programada. Resolvido este problema, o médico sugeriu que a ACS de Dona Manoela retornasse com essa devolutiva, para que ela reforçasse junto a suas amigas que a agenda tinha sido alterada pelo motivo que a mesma relatou na consulta.

Essas escutas individualizadas podem ser realizadas no acolhimento, nas consultas médicas, nas conversas no corredor, na visita domiciliar, ou seja, em qualquer momento de contato com o usuário no território. Portanto, o profissional de saúde consegue promover participação social em qualquer espaço, desde que ela realize a escuta junto ao usuário e discuta com a equipe.

A reunião de equipe também é um formato de participação social, pois as demandas levantadas pela equipe, especialmente pelas ACS, correspondem às necessidades da população.

O desenvolvimento do empoderamento, da organização, da representatividade e da coletividade.

O empoderamento individual e coletivo pode ser estimulado pela equipe de saúde com socialização das informações, oficinas de educação em cidadania, projetos sociais, campanhas de promoção de saúde. Outras formas de empoderamento da população podem ser os meios de comunicação como programas de rádio e televisão, que são grandes aliados para discutir e esclarecer a comunidade sobre a participação social, e mais atualmente as redes sociais cumprem muito bem esse papel. Os conselhos de saúde e as próprias UBS podem ter páginas nas redes sociais e utilizá-las para socialização de informações, contribuindo desta forma para o empoderamento coletivo.

Além disso, qualquer encontro entre profissional de saúde e usuário é uma oportunidade de desenvolver trocas de saberes e autonomia dos sujeitos, como já vimos, seja na consulta, na visita domiciliar, nas atividades de educação em saúde, entre outros.

Destacamos aqui mais uma vez que, para o desenvolvimento do empoderamento da população, as ideias de Paulo Freire, por meio de sua pedagogia libertadora, que é baseada no profundo respeito pelo conhecimento popular de suas práticas cotidianas, mas problematizando-as, tem grande potência para o desenvolvimento de um raciocínio mais rigoroso, científico e unitário (FREIRE, 1980), tornando assim a população mais ativa e crítica em seus projetos de melhoria comunitária.

Já a forma institucionalizada desse empoderamento está na figura dos Conselhos Municipais de Saúde, podendo este ainda servir como local de representação legítima da sociedade civil (MAEYAMA et al., 2016).

As histórias aqui compartilhadas da Dona Letícia, Dona Francisca e de Dona Manoela exemplificam formas de empoderar o coletivo ou o indivíduo, por meio de ações simples e eficazes.

Quanto à organização da representação nos espaços institucionalizados de participação social, esta deve superar as formas atuais de escolha em que na maioria das vezes quem mais precisa realmente não é representado.

Este formato de escolha da representação da sociedade civil nos conselhos de saúde tem favorecido setores com maior poder socioeconômico (LUCHMANN, 2008), deixando de atender às necessidades de grande parte da população.

Desta forma, é por meio do trabalho com Conselho Local de Saúde que consideramos a forma mais eficaz de representação da participação social, pois acreditamos que o Conselho Municipal de Saúde deixaria de ser palco de disputa de segmentos e projetos fragmentados e passaria a contemplar a direção de um bem social comum, pois os conselhos locais representariam um agregado de necessidades de um território; e o Conselho Municipal de Saúde, o conjunto de necessidades do município (MAEYAMA et al., 2016).

Em relação à representatividade, existe a necessidade de institucionalizar uma cultura de representação que considere mecanismos formais de discussão e prestação de contas para garantia da legitimidade do processo de participação social (SIPIONI; SILVA, 2015). Mas, para que isso aconteça, torna-se necessária a existência de canais de participação desobstruídos e fluxo constante de informações, que favoreçam a participação ativa, representativa e autônoma, e que propiciem o crescimento das pessoas e das organizações coletivas.

A democratização da informação, por meio de cartilhas, boletins informativos, jornais, entre outros, podem garantir maior visibilidade dos conselhos e levar as informações necessárias a um número maior de pessoas, desenvolvendo, assim, tanto um mecanismo de prestação de contas, como forma de representatividade, como o próprio empoderamento por meio da informação (ASSIS; VILLA, 2003)

A representatividade pode ainda ser potencializada e legitimada mediante alguns mecanismos, como: realização de reuniões periódicas dentro do segmento para discussão, tomada de decisão e prestação de contas, disseminação de informações como suporte para discussão e tomada de decisões, oficialização de posição do segmento frente aos órgãos públicos por meio de documento protocolar, respeito por parte do representante das decisões discutidas no seu segmento (MAEYAMA et al., 2016).

Assim, a equipe de saúde deve priorizar o vínculo com a população adscrita em seu território. A assistência da comunidade deve ser baseada na integralidade, ou seja, assistindo suas necessidades. E se a necessidade da comunidade é promover a participação social, devemos acompanhar, auxiliar e participar ativamente, seja na organização burocrática, nas informações mais técnicas, tendo sempre como imagem objetivo a vontade coletiva, principalmente na política pública de saúde, a qual é garantida por lei: “participação social”.

Acreditamos que a participação social deva acontecer nos espaços micro para o espaço macro, ou seja, que a população seja fortalecida na comunidade onde vive. Como consequência deste empoderamento/libertador diante desses espaços, que pessoas possam ser indicadas para representar sua comunidade em espaços mais abrangentes como nos Conselhos Municipais de Saúde, e assim sucessivamente, e que de fato os representantes sejam indivíduos dignos de representatividade.

CONCLUSÃO

Neste capítulo vimos algumas formas de como os profissionais de saúde da UBS e a população desse território podem envolver-se na participação social, onde se pode a todo o momento fomentar e incentivar a população a participar de algum processo democrático, empoderar esta população para participar do planejamento, implementação, organização e avaliação do SUS. É fundamental iniciarmos as mudanças no ambiente micro (UBS) para sonharmos com um SUS eficiente e de qualidade no nível macro.

Referências

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S. O Controle Social e a Democratização da Informação: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n.3, p. 376-382, 2003.

AURELIO, **Minidicionário da língua portuguesa**. 4. ed. 7ª impressão. Rio de Janeiro, 2002.

BAQUERO, R. V. A. Empoderamento: instrumento de emancipação social? – uma discussão conceitual. **Revista Debates**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 173-187, 2012.

BOTTIL, M. L. SCHOCHILL, M. J. O aprender organizacional: relato de experiencia em uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 107-114, 2006.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Brasília, 2012.

BRASIL. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, n. 249, de 31 de dezembro de 1990, 1990.

BRASIL. **VIII Conferência Nacional de saúde**. Tema II – Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, Subtema C – Participação Social em Saúde. Brasília, 1986.

CAMPOS, G. W de S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção do valor de uso e a democracia em instituições o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CICONELLO, A.; MORONI, J. A. Participação social no governo Lula. Avançamos? Brasília DF, nov. 2005. Disponível em: www.abong.org.br/download.php?id=685. Acesso em: 17 de setembro de 2017.

DANTAS, T. C. C. MARISA, L. C. O Trabalho do Gerente em Unidade Básica de Saúde: possibilidade de uma prática. **Revista Brasileira de enfermagem**. São Paulo, v. 54, n. 3, p. 494-499, 2001.

DEMO, P. **Participação é conquista**: noções de poder de política social e participativa. São Paulo: Cortez, 2001.

DURIGUETTO, M. L. **Democracia**: Polêmicas, Confrontos e Direcionamentos. Tese (Pós-Graduação em Serviço Social da Escola de Serviço Social) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

FREIRE, P., **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, 2004.

GOHN, M. da G. Movimentos Sociais na Contemporaneidade. **Revista Brasileira de Educação**, Minas Gerais, v. 16, n. 47, p. 333-351, 2011.

GOHN, M. da G. Papel dos conselhos gestores na gestão pública. **Informativo Cepam**, São Paulo, v. 1, n.3, p. 7-15, 2002.

GOHN, M. da G. **Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica**. São Paulo: Editora Cortez, 2003.

JACOBI, P. Descentralização Municipal e Participação dos Cidadãos: Apontamentos para o Debate. **Cadernos da Nona**: descentralizando e democratizando o conhecimento. Brasília, v. 1, 1992.

LUCHMANN, L. H. H. Participação e representação nos Conselhos Gestores e no Orçamento Participativo. **Caderno CRH**, Salvador, v. 21, n. 52, p. 87-97, 2008.

MAEYAMA, M. A. et al. Participação social na saúde no Brasil - revisão integrativa. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, Itajaí, v. 3, n. 2, p. 23-36, 2016.

MAGNAGNAGNO, J. K.; DOMBROWSKI, O. A legitimidade da representação na democracia participativa. **Anais do Seminário nacional da pós-graduação em ciências sociais**. Vitória, v.1, n.1, 2011. Disponível em: <http://www.periodicos.ufes.br/SNPGCS/article/view/1538>. Acesso em: 17 de setembro de 2017.

MARTINS, P. C. et al. Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: Matizes da Utopia. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, p. 105-121, 2008.

MENDES, D. C. V. R. Representação política e participação: reflexões sobre o déficit democrático. **Revista Katál**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 143-153, 2007.

MILANI, C. R. S. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 551-79, 2008.

NOGUEIRA, F. C. P.; LIMA, L.H. O.; NASCIMENTO S. M.; WOLFOVITCH, R. G.S.; LOPES, S. R. M. Implantação de um conselho local de saúde: desafios da prática do controle social. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 32, n. 1, p. 104-110, 2008.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013.

SÃO PAULO. Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. **Manual Para Operacionalização das Ações Educativas no SUS**. Educação em Saúde – Planejando as Ações Educativas: Teoria e Prática. São Paulo (SP): Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, 2007.

SEMERARO, G. **O fim da modernidade burguesa**. São Paulo, 2005. Disponível em: http://en-fil.net/ed5/conteudo/archives/ed005_Semeraro.pdf. Acesso em: 17 de setembro de 2017.

SERAFIM, L.; SANTOS, A. **Representação e representatividade nos espaços de participação cidadã**. Adaptação da publicação “Enfrentando os desafios da representação em espaços participativos”. São Paulo: CEBRAP - IDS, 2008.

SIPIONI, M.E.; SILVA, M.Z.; Democracia e saúde: a prestação de contas como legitimadora da representação no Conselho Municipal de Saúde de Vitória (ES). **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 197-209, 2015.

SHIMIZU, H. E. et al. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.8, p. 2275-2284, 2013.

SOARES, C. H. A. PINTO, V. P. T. PONTE, H. M. S. ALBURQUERQUE, I. M. N. A participação social em Sobral-CE: experiências que versam sobre gestão compartilhada. **SANARE**, Sobral, v. 8, n. 1, p. 06-11, 2009.

SORATTO, J.; WITT, R. R.; FARIA, E. M. Participação social e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da família. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1227-1243, 2010.

TEIXEIRA, M. B. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. **Dissertação**. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.

WENDHAUSEN A.; CARDOSO, S. M. Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 579-84, 2007.

VÁZQUEZ, M. L. et al. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, n. 16, p. 30-38, 2002.

Capítulo 9

GRUPOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Luise Ludke Dolny
Marcos Aurélio Maeyama
Aimée Bianchessi Sauer
Luana Gabriele Nilson

Capítulo 9

Grupos na Atenção Básica

TÓPICO 1 – POR QUE FORMAR GRUPOS NA ATENÇÃO BÁSICA?

Objetivo: Entender como o modelo de atenção proposto pelo SUS exige que utilizemos estratégias que vão além dos cuidados individuais para o atendimento das necessidades de saúde da população.

Como vimos em capítulos anteriores, o Modelo Biomédico ao longo dos anos tornou-se hegemônico no Brasil, tanto no setor público quanto no privado. Como podemos notar pelo tipo de oferta de serviços, ele é totalmente voltado para a doença e tem como principal objetivo a cura.

Outra característica bastante importante do modelo biomédico é a forma biológica de entender o processo saúde-doença. A explicação e a atenção se voltam estritamente para o corpo humano, dividido em sistemas e órgãos, daí a origem da fragmentação da assistência e da superespecialização da saúde. Esse jeito de ver o processo saúde-doença não só fragmenta o corpo humano, como deixa de considerar o ser humano (MAEYAMA; CUTOLO, 2010).

Alguns estudos realizados demonstram como a causalidade da doença não pode ser explicada simplesmente pelo componente biológico. Vejamos alguns.

Totman (1982) realizou um estudo no qual identificou um aumento dos níveis de pressão arterial em pessoas que estavam perdendo seus empregos. Outro estudo do mesmo autor que demonstrava a importância do **aspecto emocional** identificou que pessoas que tiveram que se submeter a uma cirurgia de apendicectomia apresentaram episódios anteriores recentes de perda, tristeza, depressão ou acontecimento negativo em suas vidas.

SAIBA MAIS

Você pode saber mais sobre o assunto lendo o artigo “A influência dos fatores emocionais sobre a hipertensão arterial”. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n2/v58n2a11.pdf>

Outros trabalhos que questionam as práticas tradicionais biomédicas de saúde foram feitos por Claro e Monteiro (2010) e Borges et al. (2015), os quais apontam que o consumo de alimentos saudáveis está relacionado com o acesso das pessoas a estes alimentos. As pesquisas demonstram que, quando cai o preço dos alimentos saudáveis, como frutas, verduras e legumes, aumenta seu consumo pela população, e da mesma forma, quando as pessoas têm um aumento em suas rendas, elas passam a consumir mais estes alimentos. Portanto, a alimentação saudável não está relacionada apenas com a informação, mas, sobretudo, pela **possibilidade de poder fazer escolhas** saudáveis.

SAIBA MAIS

Acesse na íntegra os documentos. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n6/1401.pdf>

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n1/0102-311X-csp-31-01-00137.pdf>

Estes estudos demonstram que o processo saúde-doença vai muito além do entendimento biológico para um dinâmico processo que inclui a determinação social, os condicionantes ecológico-ambientais, o desencadeador biológico-emocional e, portanto, intervir em saúde vai muito além de oferecer consultas, exames, medicamentos, internações e procedimentos.

O trabalho do ESF, com território definido e cadastramento das famílias, permite conhecer as pessoas e os principais problemas da comunidade. Este conhecimento possibilita um melhor acompanhamento das pessoas, e também permite interferir na melhoria da qualidade de vida e saúde da comunidade.



Palavra do Professor: *Mas nem tudo saiu conforme o planejado. Criamos o ESF, mas não mudamos o jeito de trabalhar. Ainda esperamos os pacientes procurarem a unidade de saúde com um problema em busca de uma consulta médica. Não temos o “costume” de avaliar a situação de saúde da nossa comunidade, e sem isso, não existe planejamento de qualquer tipo de ação que não seja as que tradicionalmente oferecemos nas unidades, como a já mencionada consulta médica e outras atividades que historicamente foram sendo “colocadas” de forma mecânica (sem reflexão) como função da equipe.*

Ainda hoje é muito comum em nossas unidades de saúde vermos pessoas com diabetes e hipertensão, que já são acompanhadas pelos serviços de saúde, não conseguirem controlar seus níveis de glicemia e pressão arterial, assim como pacientes que tomam medicamentos controlados por anos sem qualquer perspectiva de alta. Outros problemas, como gravidez na adolescência, gravidez não planejada, uso de drogas, baixa cobertura de aleitamento materno, mortalidade infantil, etc., quase sempre também passam alheios às discussões dos profissionais de saúde.

Como já discutimos anteriormente, para melhorar os indicadores de saúde são necessárias outras ações, além das consultas médicas, que permitam um melhor controle dos problemas, que evitem doenças e que, sobretudo, melhorem a condição de vida das pessoas para que, desta forma, elas estejam menos expostas aos riscos ambientais, biológicos e emocionais.

Neste sentido, o trabalho em grupo pode ser importante instrumento para auxiliar na abordagem integral do processo saúde-doença. O grupo favorece uma escuta ampliada dos problemas de saúde, o que nem sempre ocorre no atendimento individual.



- Nós, os profissionais da Atenção Básica, já fazemos grupos nas unidades de saúde. Mas será que estamos organizando os grupos pelas necessidades levantadas na comunidade, ou pela tradição histórica de ofertar estes grupos nas unidades de saúde?

De fato, é muito comum vermos em várias unidades os tradicionais grupos de gestantes, de hipertensos e diabéticos! Mas por que quase sempre as atividades de grupo se reduzem às gestantes, hipertensos e diabéticos?

É verdade que em todas as unidades encontraremos hipertensos e diabéticos, e também gestantes. Mas será que todas as unidades de saúde têm populações com as mesmas necessidades? Todas as equipes precisam desenvolver os mesmos tipos de atividades coletivas?

No próximo tópico veremos uma possibilidade de identificar as necessidades da população que podem ser enfrentadas com atividades em grupos.

CONCLUSÃO

Nessa unidade, refletimos sobre como o modelo de atenção adotado pelo SUS exige que utilizemos estratégias que vão além dos atendimentos individuais, para atender as demandas de saúde da população. E, nesse contexto, as atividades de grupo têm grande potencial de potencializar o cuidado, fortalecendo o vínculo entre o usuário e a unidade de saúde.

TÓPICO 2 - IDENTIFICANDO NECESSIDADES E DEMANDAS NO TERRITÓRIO PARA A FORMAÇÃO DE GRUPOS

Objetivo: Nesta unidade vamos discutir sobre os aspectos que devem ser considerados na análise das necessidades de saúde e identificação de problemas que podem ser solucionados com atividades de grupos na Atenção Básica.

Importância de formar grupos voltados às necessidades do território

As necessidades de saúde se expressam de várias formas e de acordo com cada pessoa e comunidade, mas que vão além da consulta médica, em direção do cuidado, da prevenção de doenças e da melhoria da condição de vida, portanto é necessário um conhecimento prévio da comunidade para o planejamento de como organizar as ações. É preciso realizar um diagnóstico da comunidade para identificarmos quais são estas necessidades.

Algumas coisas ao longo dos anos foram sendo naturalizadas como rotinas nas unidades de saúde, e o “atender o paciente” sempre foi o foco principal, e algumas ações foram sendo agregadas a esta rotina, em especial a atenção aos grupos prioritários, que incluíam gestantes e pessoas com problemas crônicos.



Palavra do Professor: Neste sentido, as políticas de saúde na tentativa de transformar o modelo foram induzindo a criação de ações que caminhassem para além da consulta, especialmente no sentido da educação em saúde. Porém, esta indução ocorreu muito mais como incorporação de novas rotinas do que propriamente a partir de necessidades identificadas para melhoria do cuidado em cada localidade.

Essa falta de crítica sobre as necessidades pode ser evidenciada pelos sistemas de informação em saúde disponíveis, que mesmo com suas limitações quase sempre foram tratados como meros relatórios de gestão e comprovação de produção e, em alguns casos, as ações realizadas seguiam protocolos predefinidos, como no caso do Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), em que existe clara determinação de acompanhamento quando uma criança é diagnosticada com baixo peso. Porém, uma criança com sobrepeso não é sistematicamente acompanhada pela equipe, pois, neste caso, não existe a necessidade de comprovação de acompanhamento.



Palavra do Professor: Sempre foi “natural” fazer apenas o que estava previsto, sem muitas vezes analisar a situação e o problema. Não é “natural” realizarmos diagnóstico de problemas da comunidade, pois como discutimos anteriormente, o modelo biomédico, que apesar do movimento para a mudança do modelo de atenção ainda é hegemônico no Brasil, e direcionado para o fazer, e não para o refletir e planejar.

Portanto, não basta realizar um grupo. É preciso mais do que isso. É necessário pensar o que queremos com a formação de determinado grupo, e a partir disso planejarmos o seu funcionamento.

Voltando aos nossos exemplos clássicos, realizar grupos de hipertensos e diabéticos ou mesmo de gestante se tornou “natural” para as equipes. Mas por que fazer estes grupos parece ser uma pergunta mais importante, mesmo que pareça óbvia.

Faz muito sentido nos perguntarmos sobre o **porquê** e **como** fazemos os nossos grupos, pois não é incomum vermos a dificuldade das pessoas, mesmo que participantes destes tipos de grupos não conseguirem controlar seus níveis de glicemia e pressão arterial ou mesmo no caso das gestantes de não conseguirem realizar o aleitamento materno exclusivo, por exemplo.



- Mas por que fazer grupos na Atenção Básica?

Vejamos algumas experiências de trabalhos de grupo que interferem na saúde das pessoas.

Sherman (2003) realizou um estudo identificando que as pessoas que participavam de grupos, dos mais variados tipos, sejam eles religiosos, de amizade, de diversão, de voluntariado, apresentavam menor prevalência de transtornos mentais do que as que tinham baixo apoio social. A associação entre o trabalho voluntário e uma melhor saúde mental também foi evidenciada em pesquisa recente realizada no Reino Unido com pessoas com mais de 40 anos de idade (TABASSUM et al., 2016).

Um trabalho realizado por Torres et al. (2010) demonstrou evidências de que pessoas que participaram de atividades educativas num grupo tiveram diminuição dos níveis de glicemia, bem como aumentaram o conhecimento sobre o cuidado da doença.

A importância do trabalho de grupo pode ser evidenciada ainda, pelo que descreve Campos et al. (1992), que alertam sobre a necessidade de as equipes de saúde observarem o usuário, pois no momento da consulta as pessoas recebem muitas informações e muitas vezes ouvem, mas não compreendem e não dizem que não entenderam ou ouvem e pensam que compreenderam, depois fazem o tratamento proposto de maneira inadequada, ou ainda não ficam convencidas com as orientações e não modificam suas atitudes.

O grupo pode ser o interlocutor desses movimentos, auxiliando a equipe a discutir melhor o cuidado com as pessoas.

Outra experiência que demonstra a importância da participação em grupos foi realizada por Bittar e Lima (2011), em que os pesquisadores entrevistaram 20 idosos, sendo metade não participantes e outra metade participantes de um grupo que realizava atividades variadas que incluíam exercícios físicos, oficinas, palestras e eventos de cunho social. Os idosos participantes do grupo relataram melhor qualidade de vida, maior autoestima, melhor saúde e disposição para formação de vínculos sociais. Os pesquisadores ainda concluíram que o grupo pode criar espaços de trocas e vivências, que favorecem o reestabelecimento de condições necessárias para uma vida plena e bem-estar.

Além disso, temos outras razões importantes para se trabalhar com grupos na ABS são:

1. A formação de grupos na comunidade com participação da equipe de saúde propicia um maior vínculo com a população. O vínculo, mais que um estreitamento de relações, favorece a adesão da população tanto no âmbito individual quanto coletivo das ações e dos planos terapêuticos propostos pela equipe.
2. O grupo favorece ainda uma escuta mais qualificada dos problemas de saúde, o que nem sempre ocorre no atendimento individual.
3. No grupo, as pessoas apresentam uma identificação entre si, pois estão com seus pares, o que favorece a participação mais efetiva.
4. Estes espaços ainda permitem a troca de experiências e a construção de saberes a partir da visão das próprias pessoas da comunidade, com formas de enfrentamento dos problemas que a equipe muitas vezes desconhece.
5. Outro ponto bastante importante para a equipe é que a formação de grupos tem o potencial de diminuir a procura pela demanda espontânea na unidade de saúde, uma vez que, se efetivos, os grupos podem melhorar o acompanhamento das pessoas com problemas crônicos, podem prevenir doenças e ainda fortalecer a comunidade para o enfrentamento dos problemas (SOARES; FERRAZ, 2007).

Portanto, a falta de tempo relatada por grande parte das equipes como justificativa para não realizar grupos deve ser pensada sob a ótica inversa, pois, por meio da formação de grupos, poderemos ter um melhor controle da demanda, especialmente a espontânea. Ainda em relação ao tempo, o trabalho de grupo otimiza o tempo da equipe em questões que são coletivas.



Palavra do Professor: Apesar destes benefícios que o grupo pode trazer para a equipe, ficam aqui duas ressalvas. A primeira em relação à equipe que deve também considerar a importância das singularidades e do tempo dispensado para cada pessoa individualmente. A segunda diz respeito à gestão municipal no sentido de respeitar o limite de pessoas por área de abrangência de uma equipe, pois também não se resolve o excesso de pessoas numa área de abrangência com atividades de grupo.

Análise das demandas do território e considerações sobre o trabalho com grupos na ABS



- Se na área de abrangência de uma equipe quase todos os pacientes hipertensos estão devidamente controlados, existe a necessidade de formar um grupo para este público?

Apesar da importância de considerarmos a prevalência de um problema, os pacientes podem apresentar-se controlados, talvez pelas orientações individuais que receberam nas consultas médicas ou de enfermagem, e ainda auxiliados pelas visitas dos Agentes Comunitários de Saúde, o que possibilitou um bom autocuidado, e neste caso talvez não exista a necessidade da formação de um grupo.

Por outro lado, também é comum vermos as equipes formarem grupos para pessoas com hipertensão e diabetes, devido à dificuldade de controle verificada, o que é visto pela equipe como uma necessidade, mas que, às vezes, tem pouca adesão do público-alvo.

Cada caso é singular e difícil de explicar o porquê isso acontece, mas o que é importante considerar são as necessidades atribuídas pelas próprias pessoas e não simplesmente pelo que a equipe considera.

O horário de funcionamento dos grupos pode interferir na adesão e, ainda, a própria forma de condução e o que é abordado podem não ser de interesse da comunidade.

É comum nos grupos de hipertensão e diabetes a realização de palestras que prescrevem a dieta adequada e a importância da atividade física, bem como a ênfase na tomada de medicamentos. Mas essas informações quase sempre as pessoas já possuem.

Os profissionais de saúde aprenderam a fazer grupos com a realização de palestras informativas e prescritivas. É necessário repensarmos essa lógica de educação em saúde. Se simplesmente informação bastasse, profissionais de saúde fumariam?

É preciso saber o que é necessário para ajudarmos as pessoas a melhorar o seu cuidado, ou seja, é necessário conhecermos qual a necessidade das pessoas. Portanto, implica saber o que acontece no dia a dia das pessoas que enfrentam estes problemas, por exemplo, como fazem para comer uma comida sem sal, e se conseguem fazer isso; que tipo de atividade física gostam de fazer e quais são possíveis e, ainda, se o medicamento traz algum tipo de desconforto, entre outras coisas.

A forma de condução do grupo deve prever questões para além do repasse de informações, por exemplo: oficinas de culinária que facilitem a alimentação adequada, bem como a formação de um grupo de caminhada, não como norma, mas como incentivo para a prática da atividade física.



Palavra do Professor: *Enfim, é a partir do contexto do problema e seu entendimento é que as soluções devem ser pensadas. A dificuldade de lidar com essas situações é que não existem protocolos prontos que deem conta disso, pois cada situação apresenta um contexto diferente e as soluções devem ser igualmente singulares.*

SAIBA MAIS

Existem diversas formas e ferramentas para identificar as necessidades da população a serem atendidas por meio do trabalho em grupos. O Capítulo 6 apresentará com mais detalhes o processo de territorialização na ABS. Sugerimos ainda que você assista às webpalestras do Telessaúde SC indicadas a seguir e conheça algumas destas estratégias:

- 1) Webpalestra - Diagnóstico Comunitário. Disponível em:
<https://www.youtube.com/watch?v=-tboGslCZ40>
- 2) Webpalestra -Indicadores de desempenho do PMAQ - 3º ciclo. Disponível em:
<https://www.youtube.com/watch?v=Owr1t3MRi78>

NA PRÁTICA

Vejam mais um exemplo de como é importante conhecermos o contexto do problema. Como que uma equipe geralmente enfrenta o alto índice de gravidez na adolescência? No geral as equipes acabam indo às escolas do bairro e fazem palestras sobre uso de métodos contraceptivos, e quase sempre em uma única visita a cada turma de alunos. O resultado não se mostra muito animador, não é mesmo? Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos sobre gravidez na adolescência revelou que ela estava relacionada com a falta de motivação na escola, infância infeliz, baixo poder aquisitivo e falta de perspectiva no futuro (HARDEN et al., 2009). Uma revisão de literatura realizada no Brasil sobre o tema revelou que a gravidez na adolescência tem associação com início precoce da vida sexual, influência da mídia, violência sexual, não uso do preservativo, fatores familiares, aspectos socioeconômicos, falta de informação sobre prevenção e as consequências da gestação precoce (CARVALHO, 2013). Ainda que a informação seja importante, ela não é determinante. A prática preventiva dos profissionais de saúde insistentemente trabalha apenas a informação (ainda que ela seja importante). É a partir das motivações identificadas é que as ações de prevenção da gravidez na adolescência devem ser pensadas, especialmente as que possibilitem a mudança na perspectiva de futuro destas adolescentes.

O diagnóstico comunitário revelará as necessidades que, por essência, devem ser pensadas com a participação das pessoas da comunidade. Portanto, toda a discussão e o planejamento de formação de grupos devem ser feitos em conjunto entre equipe e comunidade. Vejamos um exemplo.

NA PRÁTICA

A equipe, por meio do cadastramento de sua área, reconhece um grande número de idosos sob sua responsabilidade. Além disso, os Agentes Comunitários de Saúde constataam que muitos idosos vivem sozinhos e não têm uma vida social ativa. A equipe deve reunir estas pessoas, conversar sobre suas vontades e necessidades para decidirem em conjunto a formação de um grupo e suas atividades, de acordo com o desejo do próprio grupo, contando com a unidade de saúde como articuladora desses encontros.

Como já dissemos no início deste capítulo, os grupos podem ter diferentes objetivos, por exemplo, para melhorar o cuidado em situações de saúde que exigem um acompanhamento, como pessoas com hipertensão, diabetes, mulheres grávidas, puericultura, entre outros.

Além disso, os grupos podem ter o objetivo de prevenir doenças e situações indesejáveis ou mesmo de promover saúde, lembrando que o que vai ser discutido ou implementado deve ser previamente pactuado com os participantes. E é isso que aprenderemos no próximo tópico.

CONCLUSÃO

Neste tópico conversamos sobre a importância de considerarmos as demandas e as necessidades da população na formulação de grupo na ABS, superando o formato padrão de realização de atividades coletivas, e ainda identificamos algumas razões que demonstram a importância desse trabalho.

TÓPICO 3 - QUAIS TIPOS DE GRUPOS PODEMOS FORMAR NA ATENÇÃO BÁSICA?

Objetivo: Neste tópico o objetivo é conversarmos melhor sobre as diferenças entre grupos com foco na prevenção de doenças e grupos com foco na promoção da saúde. Também falaremos sobre os fatores que interferem na participação da comunidade nos grupos ofertados pela ABS.

Grupos de Prevenção de Doenças e de Promoção da Saúde

No geral, os grupos formados na ABS estão atrelados às necessidades relacionadas com os cuidados de situações específicas, prevenção de doenças e promoção da saúde, mas podem haver outras classificações.

Considerando essa lógica, é possível formar grupos voltados para o cuidado de problemas de saúde, grupos de prevenção de doenças e grupos de promoção da saúde.

Para seguirmos em frente é importante termos clareza sobre as diferenças entre **prevenção** e **promoção** da saúde, que sempre causam muita confusão.

As ações preventivas orientam-se para evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência, por meio do conhecimento epidemiológico. Estruturam-se por meio de projetos de educação sanitária, com divulgação de informação científica e recomendações normativas de mudanças de hábitos (CZERESNIA, 2009).

Já a promoção da saúde refere-se a medidas visando aumentar a saúde e o bem-estar geral, não se dirigindo especificamente a uma doença ou desordem, utilizando estratégias para a transformação das condições de vida e de trabalho que influenciam nos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial (CZERESNIA, 2009).

Dito isso, temos como exemplos de grupos de prevenção que podem ser formados com adolescentes para discussão das doenças sexualmente transmissíveis, de gravidez na adolescência, do uso de drogas, ou mesmo um grupo antitabagismo, grupo de idosos (dependendo do enfoque), entre outros, sempre de acordo com diagnóstico da comunidade e também do contexto do problema para definir a formação e o funcionamento do grupo.

NA PRÁTICA

O importante na formação destes grupos é que a prática seja dialógica, fugindo das práticas prescritivas do tipo palestras. Ainda que o objetivo seja a prevenção de problemas ou mesmo de controle da doença, as atividades devem buscar a autonomia dos sujeitos, logo, o mais importante depois de se saber o que se deseja (o que fazer e por que fazer) é discutir formas de como realizar o cuidado (como fazer).

Já os grupos de promoção da saúde podem ter estruturas bem diversas, mas também partem de um diagnóstico comunitário, considerando ainda as potencialidades locais que podem ajudar a transformar a comunidade e a condição de vida de algumas pessoas. Vejamos alguns exemplos de projetos de promoção da saúde que foram realizados.

NA PRÁTICA

Exemplo 1: Numa certa comunidade carente a equipe de saúde identificou que a população não consumia alimentos saudáveis e que isso prejudicava o controle de alguns problemas. Em conversa com a comunidade, as pessoas alegaram que não era somente uma questão de escolha, mas também de acesso pelo fato de aumentarem os gastos com esta alimentação. Pensando no acesso aos alimentos saudáveis, durante a conversa, discutiram a possibilidade de desenvolverem uma horta comunitária. Representantes da comunidade e da equipe montaram um projeto e solicitaram apoio da secretaria de agricultura que doou algumas mudas e auxiliou na construção dos canteiros, além do apoio da própria prefeitura municipal que cedeu um terreno no bairro. Desta forma, foi constituído um grupo que ficou responsável pelo plantio, cuidado e distribuição para a comunidade carente, bem como da comercialização do excedente, o que garantia a continuidade do projeto. Individualmente nenhuma solução teria êxito para melhorar a alimentação saudável nesta comunidade.

NA PRÁTICA

Exemplo 2: Outro exemplo bem interessante aconteceu numa comunidade que morava num local não regularizado pela prefeitura. Tratava-se de uma comunidade carente e de certa forma marginalizada no município. A equipe de saúde, em conversa com a comunidade, levantou a preocupação de algumas mães com seus filhos em relação a drogas e marginalidade, alegando ociosidade e falta de perspectiva de futuro pela dificuldade de inserção no mercado de trabalho. O município possuía uma grande fábrica de azulejos e foi discutida a possibilidade de criar um grupo de artesanato de peças com mosaico cerâmico, com o objetivo de preencher o tempo ocioso dos jovens. Por meio de um projeto escrito pela equipe de saúde, a empresa aderiu a ideia e firmou o fornecimento dos cacos cerâmicos necessários para a construção das peças. O projeto propiciou ainda qualificação profissional para os participantes, bem como geração de renda com a produção e a comercialização das peças. O papel da equipe foi fundamental na articulação do projeto e a solução para o problema foi desenvolvida a partir do contexto e da potencialidade local.

Outros exemplos de grupos que podem gerar renda são os de tricô, crochê, trabalho com material reciclado, etc.

Ainda podemos citar outros exemplos de grupos que foram formados por equipes de saúde, como os de caminhada, grupos de tai-chi-chuan, de dança, de canto, ou de uma simples roda de chimarrão, que visam melhorar o bem-estar das pessoas.



Palavra do Professor: São inúmeras as possibilidades de formação de grupos com o auxílio e o protagonismo das equipes. Talvez seja mais palpável para os profissionais de saúde mensurarem os benefícios de grupos que envolvam mais diretamente as doenças, pois, em muitos casos, é possível quantificá-los por meio de indicadores de saúde tradicionais. Mas vale lembrar mais uma vez que a saúde é determinada socialmente e, portanto, estes grupos de promoção da saúde podem melhorar as condições de vida das pessoas e interferir positivamente nos indicadores de saúde, mesmo que não de forma direta.

Participação da comunidade no planejamento e organização de grupos

Outro ponto fundamental que não deve ser esquecido é a participação da comunidade, seja nos grupos educativos voltados à prevenção de doenças ou nos grupos de promoção da saúde.

Os grupos devem ser concebidos como instrumentos a serviço da autonomia e do desenvolvimento contínuo do nível de saúde e condições de vida da população. E isso só pode acontecer se forem criados junto com a população, e não apesar dela (SANTOS et al., 2006; MENEZES; AVELINO, 2016).

SAIBA MAIS

Para aprofundar o conhecimento sobre essa diferença, sugerimos a leitura do artigo “Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde” e sua discussão e reflexão em equipe. O texto apresenta direcionamentos para a construção de atividades coletivas baseadas na promoção da saúde que podem servir de base para a estruturação da proposta de desenvolvimento de um grupo de culinária para portadores de DM e HAS. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28543.pdf>

Esta escuta deve ser qualificada, o que significa valorizar as opiniões da comunidade. É muito comum que profissionais de saúde tentem fazer prevalecer seu ponto de vista, a partir do conhecimento técnico, pois significa estar na sua zona de conforto, mas que não necessariamente atendem as necessidades da população.

Esta escuta qualificada, que permite entender o contexto, em muitas situações muda completamente o foco de solução do problema. Os profissionais devem estar atentos e abertos a esta possibilidade.

É comum também que a própria população foque nas questões biológicas do processo saúde-doença, o que faz alguns profissionais dizer que a população não quer uma mudança.

Mesmo numa situação dessas é uma grande oportunidade para ampliarmos a visão da própria comunidade.

NA PRÁTICA

Por exemplo, num grupo que se discutem ansiedade e depressão, em que as pessoas acham que o medicamento é a melhor solução, os profissionais podem iniciar uma discussão do que tem gerado ansiedade e depressão. Esse entendimento do contexto faz não só que as pessoas reflitam sobre a situação, como permite que outras soluções, além do medicamento, sejam pensadas para de fato auxiliar na resolução do problema.

SAIBA MAIS

Vocês podem utilizar os Cadernos de Educação Popular em Saúde (Vol. I e II) para conhecer experiências de construção compartilhada de conhecimento em saúde com a população e sugestões de como desenvolver esse trabalho. Esse é um material muito rico que pode auxiliar sua equipe no processo de envolvimento da comunidade no planejamento e na organização de grupos na ABS:

1) Caderno de Educação Popular em Saúde (Vol. I). Disponível em:

<http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/1233/livros>

2) Caderno de Educação Popular em Saúde (Vol. II). Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf

CONCLUSÃO

Neste tópico discutimos sobre as diferenças entre os grupos de Promoção da Saúde e de Prevenção de doenças e apresentamos alguns exemplos de grupos nessas duas perspectivas. Também debatemos sobre a importância da escuta qualificada das demandas da população e da participação da comunidade no planejamento dos grupos, que devem ser pensados na perspectiva de promover a autonomia e a melhoria da saúde e das condições de vida da comunidade.

TÓPICO 4 - ASPECTOS DA DEFINIÇÃO, DO PLANEJAMENTO E DO FUNCIONAMENTO DE UM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA

Objetivo: Discutiremos alguns aspectos que devem ser considerados na análise e na identificação de problemas/demandas a serem enfrentados com a formação de um grupo na Atenção Básica. Também serão apresentados alguns passos para definição das características e do planejamento das atividades e de um grupo.

Aspectos a serem considerados na definição e criação de um grupo na ABS

a) Definindo qual é o problema principal e o objetivo sanitário

Como os grupos surgem a partir de uma necessidade o **primeiro passo é definir claramente o problema.**

No geral, as necessidades envolvem vários problemas que levam à formação de vários grupos. A decisão sobre quais grupos criar vai depender da quantidade de pessoas afetadas pelo problema e dos recursos disponíveis para realizar o grupo. A severidade do problema deve ser considerada tanto quanto a noção de risco e a noção de vulnerabilidade.

NA PRÁTICA

Vamos imaginar um exemplo de definição do problema. Na UBS do bairro Santa Terezinha foi constatado um grande número de pacientes que faz uso de Benzodiazepínicos (BDZ). Apesar de alguns pacientes terem a indicação do uso deste medicamento, na grande maioria dos casos eles não devem ser utilizados de forma contínua. Ao realizar um levantamento, a equipe percebe que a grande maioria destes casos são de pacientes que fazem uso do medicamento, e o acompanhamento se restringe à troca de receitas. Logo, podemos identificar que o problema principal é o uso indiscriminado e crônico de Benzodiazepínicos.

A partir do problema, o objetivo geral do grupo é reavaliar os casos e propor novas formas de cuidado que aumentem a autonomia destas pessoas.

b) Analisando os fatos preliminares

Depois de feito esse diagnóstico inicial, temos que pensar na proporção do problema, na sua abrangência, bem como suas causas e consequências para as pessoas, estabelecendo uma situação que deve mudar. Isso é feito a partir da análise dos fatos que determinam o problema principal.

Na análise dos fatos preliminares, deve-se conhecer (CORREIA, 2009):

1. A história do problema,
2. Os fatos que determinam o problema e, destes, quais são os mais importantes e que tem relação mais direta com o problema, e
3. Quais são as condições envolvidas e como isso afeta a vida das pessoas

NA PRÁTICA

Continuando com o nosso exemplo, na análise preliminar foi traçado o perfil dos usuários crônicos de BDZ que são em sua maior parte mulheres, casadas, fumantes, de baixa renda, com idade entre 50-71 anos e que apresentam ou já apresentaram algum transtorno ansioso. Após uma avaliação da equipe, identificamos que os fatos ou problemas que causam essa situação, na grande maioria dos casos, são o excesso de tempo ocioso, a solidão, a baixa autoestima e o pouco convívio social (relação direta com o problema). Além disso, as pessoas que fazem uso do medicamento alegam ter medo de parar de usá-los, pois consideram que ele traz certo conforto, e os próprios profissionais nunca se sentiram seguros para retirar o medicamento (condições envolvidas no problema).

Ainda que este medicamento traga certo conforto, seu uso crônico pode trazer uma série de problemas e efeitos colaterais futuros e, ainda, o medicamento não resolve os problemas de solidão, ociosidade, baixa autoestima, dentre outros. Ele apenas diminui os sintomas de ansiedade.

c) Traçando objetivos intermediários

De acordo com a análise dos fatos preliminares, devemos traçar outros objetivos que chamamos de “objetivos intermediários”. São esses que nos auxiliam para que possamos atingir nosso objetivo geral.

Os objetivos intermediários são obtidos mediante a administração de atividades que constituem passos para o sucesso do objetivo geral, como se fossem metas a serem cumpridas, a fim de alcançar um propósito.

NA PRÁTICA

Ainda no nosso exemplo, solidão, ociosidade, baixa autoestima, falta de socialização, que levam ao quadro de ansiedade, são os problemas intermediários, enquanto o problema principal é o consumo prolongado de BDZ. Trabalhar as questões de solidão, ociosidade, baixa autoestima, ansiedade, são passos-chave para chegar ao objetivo, que é dar maior autonomia a estas pessoas.

d) Identificando possíveis soluções e criando um grupo

Agora que já temos definido(s) qual(is) o(s) problema(s) e seus fatores envolvidos, temos que identificar **possíveis soluções** e, dentre estas, analisar como a formação de um grupo pode auxiliar no alcance do objetivo principal.

NA PRÁTICA

Para o caso do uso crônico de Benzodiazepínicos do bairro Santa Terezinha, a equipe identificou a necessidade de ampliar a escuta nas consultas. Mas, ainda assim, discutiram que, mesmo com mais atenção e trabalhando as individualidades de cada caso, não conseguiriam muito sucesso, pois a solidão, a ociosidade, a falta de socialização ainda poderiam permanecer. A formação de um grupo poderia trabalhar estas questões e inclusive a melhoria da autoestima e, conseqüentemente, diminuir os quadros de ansiedade.

Estas pessoas individualmente não tomariam a iniciativa de realizar encontros, pelo fato de não conhecerem as histórias uns dos outros, aliados ainda ao estado em que se encontram, que diminui qualquer tomada de iniciativa. Portanto, a equipe de saúde pode trabalhar na promoção do encontro dessas pessoas.

Mas vale uma ressalva. Muito cuidado para não criar uma estigmatização do grupo (por exemplo, grupo de ansiedade ou depressão). O convite deve ter um tom atrativo e positivo frente ao que se deseja.

Uma vez que a equipe analisa os problemas, estabelece objetivos gerais e objetivos intermediários para estes, é possível analisar se a criação de grupos ou a reconfiguração de grupos já existentes pode ser uma solução pertinente.

Ao avaliar que a criação de grupos é uma boa solução para o problema identificado, passa-se para a fase de planejamento do grupo propriamente dito e é isso que veremos com mais detalhes a partir de agora.

Veja como ficou a matriz de análise do problema identificado pela UBS do bairro Santa Terezinha e como a criação de um grupo do responder ao problema identificado pela equipe:

ANÁLISE DO PROBLEMA DA UBS SANTA TEREZINHA PARA POSSIVEL CRIAÇÃO DE UM GRUPO	
Problema principal	Uso indiscriminado e crônico de Benzodiazepínicos
Objetivos principais	<ul style="list-style-type: none"> • Reavaliar os casos de uso de benzodiazepínicos • Propor novas formas de aumentar a autonomia dos usuários
Perfil dos usuários crônicos de BDZ	São em sua maior parte mulheres, casadas, fumantes, de baixa renda, com idade entre 50-71 anos e que apresentam ou já apresentaram algum transtorno ansioso.
Fatos preliminares	<ul style="list-style-type: none"> • Excesso de tempo ocioso, • Solidão, a baixa autoestima, • Pouco convívio social, • Medo de parar de usar o medicamento pelo conforto que proporciona • Insegurança dos profissionais de saúde em retirar o medicamento
Objetivo intermediário	Trabalhar questões relacionadas à ociosidade, baixa autoestima e ansiedade.
Possíveis soluções	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar a escuta nas consultas dessas pessoas • Criar um grupo de mulheres para promover interação entre elas, melhorar a autoestima e propor atividades de interesse comum (grupo de promoção da saúde)

Aspectos importantes no planejamento de um grupo na ABS

O planejamento dos grupos é essencial para alcançar os objetivos estabelecidos. Sem o planejamento corremos o risco de dar “tiros às cegas”, e com o passar do tempo as pessoas podem se sentir desestimuladas e desistirem de participar do grupo.

Portanto, o planejamento sempre deve ser guiado pelos objetivos anteriormente definidos para a formação do grupo (geral e intermediários).

É importante que o planejamento das atividades seja pensado e sugerido também pelos participantes, não apenas pelos profissionais de saúde, afinal, é para eles que o grupo é desenvolvido. Reveja o material sobre Educação Popular em Saúde indicado anteriormente.

Antes de iniciar o planejamento das atividades com o grupo, no primeiro encontro é importante deixar claro os objetivos que se pretendem com a formação deste grupo e manter um clima amistoso e informal. Apesar de serem pessoas da mesma comunidade, vale uma breve apresentação de todos os convidados.

Vejamos alguns aspectos importantes no planejamento de grupo na Atenção Básica:

a) Definindo as atividades com o grupo

• **O que fazer?**

Discutir com os participantes o que pretendemos com a formação do grupo e discutir quais atividades e ações podem ser realizadas para atingir os objetivos e que sejam de interesse de todos.

NA PRÁTICA

No exemplo do grupo de uso crônico de Benzodiazepínicos, com ajuda da equipe para levantar a discussão, o grupo relata o desejo de dançar, de realizar atividades físicas e voluntárias. Observe que todas estas atividades apresentam relação com nossos objetivos intermediários.

• **O que é preciso para fazer?**

Uma vez definidas as atividades pelo grupo, devemos pensar nos recursos necessários para a realização destas atividades. Os recursos incluem tanto os humanos quanto os materiais.

O que necessitaremos em termos de recursos humanos – por parte da equipe de saúde e também dos participantes do grupo – dependerá sempre das atividades escolhidas e do tempo necessário para realizar estas atividades.

Os grupos voltados para educação em saúde necessitam de profissional de saúde para mediar as discussões. Já os grupos de promoção da saúde, ao longo do tempo, podem exigir menor tempo da equipe, pois a própria condução das atividades pode ser transferida para os participantes no sentido da corresponsabilização e da autonomia.

Em alguns casos, também podemos envolver outras pessoas para auxiliar no grupo, que pode ser, por exemplo, um profissional de Educação Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ou mesmo uma pessoa da comunidade que ensina dança de salão.

É de fundamental importância que vários membros da equipe de saúde estejam envolvidos na construção dos grupos, pois, para os participantes, isso demonstra a importância da atividade.

A equipe deve fomentar a participação das pessoas envolvidas no projeto e, por fim, aumentar a capacidade técnica, política e social dos participantes.

Lembre-se de que devemos preservar a autonomia do grupo. A intenção é que os participantes possam compartilhar conhecimentos e técnicas, a fim de gerar um empoderamento dos mesmos (CORREIA, 2009).

Em relação às instalações e aos recursos materiais, depende também das atividades escolhidas. O grupo deve fazer uma lista e ver o que já existe de disponível na unidade ou mesmo o que alguns participantes podem contribuir (por exemplo, música para o grupo de dança), e ainda solicitar auxílio para as secretarias do município (saúde, promoção social, educação, etc.).

A equipe deve se valer de todos os espaços disponíveis na comunidade, como praças, escolas, salões paroquiais, associações de bairro, casa dos participantes e a própria UBS.

- **Quando fazer?**

Logo no início é importante estabelecer um cronograma (calendário) das atividades. O horário de funcionamento do grupo deve ser preestabelecido (início, término, periodicidade e frequência). Essa definição deve considerar os objetivos que queremos atingir e a disponibilidade das pessoas.

Se o objetivo do grupo, como no caso do exemplo do Bairro Santa Terezinha, é promover a socialização das pessoas, diminuir a ociosidade, melhorar a autoestima, talvez um encontro semanal seja pouco. Além disso, devemos considerar o que foi planejado como atividade. Este mesmo grupo pode se encontrar para uma caminhada semanal, para um baile mensal, as atividades voluntárias duas vezes por semana. Tudo depende dos objetivos e do planejamento de atividades.

Já em relação à disponibilidade das pessoas, um grupo voltado para educação em saúde, seja para problemas crônicos ou de gestantes que acontece no horário comercial, dificilmente terá a participação dos que trabalham. Uma solução seria realizar o grupo após o expediente da UBS, e compensar dando folgas em outro momento para os funcionários envolvidos.

- **Quantas pessoas devem participar?**

O tamanho do grupo também deve ser decidido conforme os recursos disponíveis e o objetivo do grupo. Por exemplo, é possível que um grupo voltado para a promoção da saúde, que tem atividades de socialização ou voluntariado, tenha um número maior de participantes e é muito difícil estabelecer um limite e, neste caso, o bom senso deve prevalecer sobre as clássicas recomendações.

Já um grupo de educação em saúde não deve ultrapassar 15 pessoas para permitir uma participação efetiva de todas as pessoas, pois estamos falando de uma prática educativa dialogada e não uma palestra prescritiva.

Por exemplo, num grupo de pessoas que tem hipertensão, em vez de uma palestra sobre necessidade dos medicamentos, realização de dieta e atividade física, o grupo deve oportunizar que as pessoas relatem suas dificuldades ou formas de realizar o cuidado. Isso permite um enriquecimento e aprendizado do grupo.

Isso não quer dizer que essas informações não devam ser passadas, porém a proposta é ir além de “ensinar comportamentos para evitar riscos à saúde” (escovar os dentes, lavar as mãos, parar de fumar). A educação nos grupos tem como sua maior premissa possibilitar ao sujeito desenvolver suas máximas potencialidades.

Veja na matriz a seguir como a equipe da UBS do Bairro Santa Terezinha organizou as atividades do grupo:

DEFININDO AS ATIVIDADES DO GRUPO	
<p>O que fazer? (discutir junto com os participantes do grupo)</p>	<p>Grupo relatou o desejo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dançar, • Realizar atividades físicas, • Realizar atividades voluntárias.
<p>O que é preciso para fazer? (recursos necessários para a realização destas atividades)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dança: averiguar um local onde possa ser realizado um baile. • Atividade física: academia da saúde e educador físico do NASF. • Atividades voluntárias: pedir ajuda para a Assistente Social do NASF para identificar que tipo de atividade voluntária o grupo pode desenvolver que atenda á uma necessidade real do bairro.
<p>Quando fazer? (estabelecer um cronograma/calendário das atividades)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Caminhada semanal • Baile mensal • Atividades voluntárias duas vezes por semana
<p>Quantas pessoas devem participar? (Conforme os recursos disponíveis e o objetivo do grupo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Baile: depende do tamanho do local a quantidade de ingressos a serem distribuídos. • Trabalho voluntário: livre • Grupo de caminhada: até 25 pessoas para que o profissional de Educação Física possa dar a devida atenção a todos.

b) Utilizando Dinâmicas de grupo

Outra reflexão necessária é em relação aos limites de utilização das chamadas técnicas de dinâmica de grupo.

Os grupos são potencializadores de energias, pois pertencer a um exige considerações importantes a serem feitas. A mobilização de emoções nestes espaços é muito maior, porque nele o indivíduo se expõe muito mais.

Ou seja, nada do que se faz em grupo passa despercebido, tudo é significado por alguém. Por essa razão o profissional deve ser assertivo em suas escolhas de atividades.

Entretanto, por vezes, com a intenção de aumentar a participação, os profissionais de saúde valem-se de atividades interativas que nem sempre são adequadas, dado que, muitas vezes, mobilizam-se sensações e emoções em tais momentos sem que haja uma relação clara com as pessoas e os objetivos estabelecidos.

Dinamizar um grupo é prepará-lo para o que vai acontecer. Pode ser um momento de aquecimento em que a intenção é de que todos participem efetivamente como podem e sabem participar. É importante que seja utilizada uma atividade em que o participante desenvolva o sentimento de pertencimento.

Técnicas de Dinâmicas de grupo são, portanto, ferramentas que, quando mal utilizadas, podem causar grandes estragos emocionais e inclusive fazer com que alguém possa desistir de participar por se sentir exposto.

No entanto, se as utilizarmos com responsabilidade e adequadamente, são potencializadores de grandes transformações.



- O profissional pode fazer algumas perguntas para si mesmo antes de utilizar uma dinâmica de grupo:

- A atividade que eu escolhi tem relação com o conteúdo que quero trabalhar?
- O tempo que tenho vai dar para aplicar todas as etapas do desenvolvimento dessa atividade?
- A atividade não explorará as pessoas sem a autorização delas?
- A atividade que eu escolhi facilitará o processo de aprendizagem do grupo?
- Com essa atividade chegarei no objetivo que quero?
- Consigo dimensionar algumas reações que podem aparecer e o que vou fazer com elas?
- Estou preparado ou tenho a quem pedir ajuda se necessitar de apoio emocional no grupo?

Essas e outras perguntas podem servir para preparar o mediador/facilitador.

Logo, o aspecto mais importante da dinâmica é que ela esteja relacionada com o objetivo do grupo. É uma estratégia para que todos participem.

SAIBA MAIS

Existem materiais com dicas e exemplos de como utilizar técnicas de dinâmica de grupo na área da saúde, os quais podem ser consultados durante o planejamento das atividades, como:

- Revista *Adolescer*: para consultar exemplos de dinâmicas participativas que podem ser desenvolvidas em atividades educativas preventivas e terapêuticas com adolescentes, abordando temas como sexualidade, DST/AIDS, educação e paz, álcool e drogas na adolescência no link:

<http://www.abennacional.org.br/revista/apresentacao6.html#metodo>

- O documento do Ministério da Saúde “Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica” dá ideias de como trabalhar o tema “alimentação” na ABS e também dá dicas de técnicas e de como avaliar o grupo:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_metodologia_trabalho_alimentacao_nutricao_atencao_basica.pdf

- Ideias e Dicas para o Desenvolvimento de Processos Participativos em Saúde:

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/10/Ideias-Dicas-P-Participativos-2016-10-04-final-final.pdf>

c) Avaliando o grupo

O grupo já está formado e só o que precisamos é estabelecer medidas para determinar avanços e resultados – avaliação e controle. Devemos contar com mecanismos de medição regular do progresso do grupo (controle). Por fim, determinar os benefícios esperados ou a situação ao final do grupo depois de ter alcançado com êxito os objetivos.



- Como você costuma realizar a avaliação das atividades desenvolvidas? E de que forma você imagina que isso pode ser feito?

O processo de controle e avaliação vai desde a discussão das ideias iniciais durante as reuniões, lista de presença, síntese de opiniões e primeiras impressões do grupo, pontos falhos até correções (CORREIA, 2009).

Um bom parâmetro inicial que diz respeito à efetividade do grupo e pode ser facilmente aferido diz respeito ao número de pessoas que permaneceram participando por um período de tempo.

Pode-se estabelecer um prazo para realizar uma primeira avaliação e ela deverá ser coerente com o tempo de desenvolvimento das ações e também quanto ao aparecimento dos primeiros resultados, e eles devem ser relativos ao alcance do objetivo geral e intermediários.

NA PRÁTICA

No caso do grupo de pessoas que faziam uso de benzodiazepínicos, o objetivo geral era diminuir o uso destes medicamentos, portanto é possível neste caso mensurar quantitativamente a efetividade, ainda que não se possamos atribuir apenas ao trabalho do grupo seu resultado, pois pode estar relacionada aos esforços somados da assistência médica, psicológica, orientações, entre outras iniciativas que foram tomadas pela equipe. Já no que se refere aos objetivos intermediários, relacionados à solidão, à ociosidade, à baixa autoestima, podem ser avaliados por meio de uma conversa no próprio grupo, sobre a experiência que estão vivenciando.

Portanto, podemos e devemos utilizar tanto dados objetivos quanto subjetivos para avaliar o sucesso dessa atividade.

SAIBA MAIS

Para fazer uma revisão de tudo o que falamos sobre planejamento de grupos e atividades, sugerimos os seguintes materiais:

- Webpalestra “Trabalhando com grupos na ABS”. Disponível em:
<https://www.youtube.com/watch?v=dIjCHdbvpqA>
- Apostila “Trabalhando com Grupos na Estratégia Saúde da Família”, da Una-SUS SC.
Disponível em:
https://unarus.moodle.ufsc.br/file.php/54/Impresso_2106/EixoII_Modulo13_Unidadel.pdf

CONCLUSÃO

Neste tópico vimos como trabalhar efetivamente com grupos na ABS, que podemos resumir nos seguintes passos:

1. Definir qual é o problema principal e o objetivo sanitário.
2. Analisar os fatos preliminares
3. Traçar objetivos intermediários
4. Identificar possíveis soluções e criar um grupo
5. Planejar o grupo e seu funcionamento
6. Definir as atividades com o grupo
7. Utilizar dinâmicas de grupo
8. Avaliar o grupo

Agora você pode, junto com sua equipe, iniciar um processo de análise do trabalho desenvolvido e rever os problemas enfrentados em sua unidade de saúde para identificar se há possibilidade de criar novos grupos, adequar os já existentes ou mesmo extinguir um grupo.

Referências

- BITTAR, C.; LIMA, L. C. V. de. O impacto das atividades em grupo como estratégia de promoção da saúde na senescência. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 14, n. 4, p.101-118, 2011.
- BORGES, C. A. et al. Quanto custa para as famílias de baixa renda obterem uma dieta saudável no Brasil? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p.137-148, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.
- CAMPOS, M. A.; MUNARI, D. B.; LOUREIRO, S. R.; JAPUR, M. Dinâmica de grupo: reflexões sobre um curso teórico-vivencial. **Revista de Tecnologias na Educação**, Viçosa, v. 108, n. 21, p. 41-9, 1992.
- CARVALHO, C. C. **Gravidez na adolescência**: principais causas e consequências. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Governador Valadares, 2013. 27f.
- CLARO, R. M.; MONTEIRO, C. A. Renda familiar, preço de alimentos e aquisição domiciliar de frutas e hortaliças no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1014-20, 2010.
- CZERESNIA D.; FREITAS, C. M. de (Orgs). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências (on-line). 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. 229 p.
- CORREIA, E. J. **Planejamento e elaboração de projetos para grupos humanitários**. Série Nescon de informes técnicos –nº4. 2009.
- SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: Do império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.
- FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.743-752, 2009.
- FURLAN, P. G.; CAMPOS, G. W. S. Os grupos na Atenção Básica à Saúde. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 105-116.
- HARDEN, A.; BRUNTON, G.; FLETCHER, A.; OAKLEY, A.. Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrating controlled trials and qualitative studies. **BMJ**, London, v. 339, b4254 (1-12), 2009.

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

MENEZES, K. K. P. de; AVELINO, P. R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 124-130, 2016.

SANTOS, L. de M. dos; ROS, M. A. da; CREPALDI, M. A.; RAMOS, L. R. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 346-352, 2006.

SHERMAN, A. M. Social relations and depressive symptoms in older adults with knee osteoarthritis. **Social Science & Medicine**, New York, v. 56, p. 247-57, 2003.

SOARES, S. M.; FERRAZ, A. F. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 52-57, 2007.

TABASSUM, F.; MOHAN, J.; SMITH, P. Association of volunteering with mental well-being: a lifecourse analysis of a national population-based longitudinal study in the UK. **BMJ Open**, 6:e011327, 2016.

TORRES, H.C. et al. Capacitação de profissionais da atenção primária à saúde para educação em Diabetes Mellitus. **Revista Acta Paul Enfermagem**, São Paulo v. 23, n. 6, p. 751-756, 2010.

TOTMAN, R. **Causas Sociais da Doença**. São Paulo, Ibsa: 1982. 280 p.

WAITZKIN, H. **Medical Philanthropies**: The band-aid treatment? 1980. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.2326-1951.1980.tb01338.x/epdf>. Acesso em: 17 de setembro de 2017.

Capítulo 10

NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Thaís Titon de Souza
Maria Cristina Marino Calvo

Capítulo 10

Núcleos de Apoio à Saúde da Família

TÓPICO 1 – CONTEXTO DE IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Objetivo: Neste tópico, apresentaremos o contexto de implantação do NASF no âmbito da Atenção Básica no país.

Durante décadas, o sistema de saúde brasileiro esteve baseado em um modelo de atenção centrada na medicina especializada, desenvolvido no ambiente hospitalar e com uso crescente de tecnologia biomédica, com evidente desarticulação entre saberes e práticas essenciais para o atendimento das necessidades de saúde da população.

A partir do movimento de Reforma Sanitária Brasileira, a intenção de modificar esse panorama resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo consigo os princípios da universalidade, da equidade e da atenção integral. A Atenção Básica (AB) tornou-se a porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), operacionalizando-se especialmente por meio da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no país (SCOREL et al., 2007).

Equipes multidisciplinares denominadas equipes de Saúde da Família (equipes de SF) atuam com base em tecnologias de cuidado diversificadas e complexas, a fim de identificar e resolver demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância no território (BRASIL, 2012a). Alguns limites, entretanto, foram identificados para a efetivação da atenção em saúde conforme o esperado, como o desafio de ofertar cuidados contínuos e coordenados e pouca efetivação da integralidade da atenção, com limitações para avançar no sentido do trabalho interdisciplinar e em equipe (CAMPOS, 2003; HEIMANN et al., 2011).

Como uma estratégia para incrementar a capacidade da AB em prover serviços, coordenar o cuidado e favorecer a integração entre pontos de atenção, foram implantados em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF são equipes conformadas segundo as necessidades locais dentro de um rol de profissionais indicados e não inseridos nas equipes mínimas de SF que buscam integrar diferentes saberes e desenvolver práticas de saúde interdisciplinares na perspectiva da atenção integral e resolutiva na AB (BRASIL, 2008).

SAIBA MAIS

O número de equipes de SF vinculado a cada NASF depende da modalidade implantada, podendo variar de no mínimo uma a no máximo nove equipes adscritas. Por meio da Portaria no 3.124, de 28 de dezembro de 2012, disponível em – http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html é possível conhecer os parâmetros e os critérios para implantação dos NASF Federais Modalidades I, II e III.

A criação do NASF é resultado de debate anterior no âmbito do Ministério da Saúde, em 2005, em que se propunha a implantação de Núcleos de Atenção Integral de Saúde da Família (NAISF), privilegiando-se o conceito da integralidade no atendimento direto à população por diferentes categorias profissionais em detrimento ao de apoio (GUTIÉRREZ, 2013).

O NAISF previa a inclusão de outras categorias à ESF, podendo ser incorporados em diferentes modalidades de configuração os seguintes profissionais: nutricionista, profissional de educação física, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, farmacêutico e fonoaudiólogo (JAIME, 2006). O acesso de usuários deveria ocorrer por meio das equipes de SF ou de outros serviços de saúde, uma vez que estava inserido na Estratégia Saúde da Família, compartilhando o mesmo território de atuação.

Em uma lógica diferenciada, a proposta atual define o NASF como uma equipe de apoio às equipes de SF, consideradas referência para o cuidado de certa população em um território definido. Dentre dezenove categorias profissionais, sua conformação deve ser definida a partir das necessidades de saúde do território e das principais dificuldades das equipes apoiadas para a produção do cuidado (BRASIL, 2014). Seu processo de trabalho deve ser organizado com base no referencial teórico-metodológico do apoio matricial, considerado uma “metodologia de trabalho, um conjunto de conceitos sobre o ‘como fazer’ o trabalho interprofissional, tanto em equipes quanto em redes de atenção à saúde (exercício da função apoio), em cogestão, de maneira compartilhada” (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015, p. 31).

A presença de diferentes formações profissionais na AB e um alto grau de articulação entre elas são, com efeito, consideradas essenciais e devem permitir o compartilhamento de ações e responsabilidades e, progressivamente, a ampliação dos campos de competência a partir dos diferentes núcleos de saber envolvidos. Assim, espera-se aumentar a capacidade de cuidado de toda a equipe, a partir de uma organização que pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais para um processo centrado no usuário (BRASIL, 2012a).

Essa mudança, entretanto, não deve acontecer naturalmente. O trabalho em saúde tradicionalmente ocorre de maneira parcelada, fixando os profissionais em uma determinada etapa do cuidado com pouca ou nenhuma integração (FRANCO et al., 1997 apud CAMPOS, 2003). Historicamente, são insuficientes os arranjos organizacionais, de relações e práticas profissionais e de gestão no que se refere ao trabalho interdisciplinar, insuficiência considerada obstáculo para a consolidação do trabalho integrado entre NASF e equipes apoiadas (GIL, 2006).

CONCLUSÃO

Com a finalidade de esclarecer sobre as diretrizes para implantação e para organização do trabalho entre estas equipes, tomando como base uma relação colaborativa, espera-se contextualizar os leitores sobre o contexto de implantação do NASF a fim de norteá-los, nos tópicos a seguir, a respeito das premissas de atuação do NASF e de questões relativas à sua organização. Desejamos a aplicação dos conhecimentos no cotidiano dos serviços de saúde, de modo que se revertam em melhor atenção aos usuários do SUS.

TÓPICO 2 - ASPECTOS CONCEITUAIS RELACIONADOS AO NASF

Objetivo: Neste tópico, pretendemos apresentar aspectos conceituais que norteiam o trabalho do NASF no sentido de consolidar sua integração às equipes de SF apoiadas, ampliando a capacidade de resposta à maior parte dos problemas de saúde da população na Atenção Básica.

Para compreender a proposta do NASF, é preciso considerar a complexidade que envolve os processos de adoecimento e produção do cuidado, compreendido como uma ação integral que entende a saúde como o direito de ser diferente e de ter essas diferenças respeitadas (PINHEIRO, 2007). Tal compreensão exige uma abordagem complexa e multifacetada, envolvendo diferentes serviços e profissionais de saúde, além de outros setores relacionados às problemáticas encontradas.

Historicamente, entretanto, tem sido um desafio a construção de modelos de atenção que considerem essa realidade e se desenvolvam de maneira coerente com os princípios e as diretrizes do SUS. A visão reduzida dos usuários e das possibilidades de intervenções resulta, frequentemente, em menor capacidade para lidar a partir da abordagem integral da atenção.

É preciso, portanto, considerar a saúde a partir de seu conceito ampliado e a produção do cuidado em uma perspectiva intersetorial e interdisciplinar, de maneira a buscar a resolubilidade desejada, entendida como a “resposta satisfatória que o serviço de saúde fornece ao usuário quando busca atendimento a alguma necessidade de saúde” (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011, p. 350).

Neste sentido, o NASF, em conjunto com a ESF, deve contribuir para superar a lógica especializada e medicalizadora do cuidado e da gestão em saúde, avançando para a atenção integral (BRASIL, 2008; ANJOS et al., 2013; CAMPOS et al., 2014; MOURA; LUZIO, 2014).

O modelo de atuação preconizado, portanto, está pautado na clínica ampliada, buscando evitar a fragmentação do cuidado a partir da consolidação dos preceitos da integralidade e da interdisciplinaridade que, por sua vez, dão base à proposta do apoio matricial (BRASIL, 2009).

Entendida como o princípio do SUS que “mais conduz o desafio de realizar os valores de justiça, democracia e efetividade do acesso à saúde”, a integralidade induz à reflexão do que e como deve ser feito para a garantia da universalidade da atenção e de sua resolubilidade (AYRES, 2009, p. 13-4).

A interdisciplinaridade, por sua vez, tem suas raízes na consideração da complexidade envolvida e na consequente necessidade de desenvolver diversas formas de pensar e agir sobre problemas e demandas identificadas no trabalho em saúde. A atuação interdisciplinar caracteriza-se pela inter-relação e pela influência mútua entre as diversas dimensões de saberes e práticas, resultando em “ações conjuntas, integradas e inter-relacionadas, de profissionais de diferentes procedências quanto à área básica do conhecimento” (ZANNON, 1993, p. 16).

Um dos principais fatores que dificultam a consolidação destes preceitos no trabalho das equipes é a formação dos profissionais de saúde, que prioriza conhecimentos técnicos e atuação individual em relação ao coletivo, constituindo-se em obstáculo para sua aplicação prática (NECKEL et al., 2009). Além disso, os processos de competição entre as categorias profissionais, de posição defensiva e de segurança econômica, assumem papel fundamental como limitantes para sua consolidação (VILELA; MENDES, 2003).

Em contrapartida, o desenho conceitual do NASF prevê a ruptura com este modo de operar o trabalho no âmbito da Atenção Básica. Para isso, baseia-se no apoio matricial, desenvolvido por meio de duas dimensões que se materializam como vertentes práticas da operacionalização dos princípios de interdisciplinaridade e da integralidade da atenção: **técnico-pedagógica**, que produz apoio educativo para e com as equipes de SF; e **assistencial**, envolvendo ações clínicas diretamente realizadas com os usuários (BRASIL, 2014).

NA PRÁTICA

- A dimensão técnico-pedagógica envolve as ações de desenvolvimento de competências e educação permanente junto às equipes de SF. Tais ações configuram-se como momentos de trocasaberesquepodemocorreremreuniõesdeequipe,reuniõesnacomunidade, discussões de casos e temas, atividades conjuntas em grupos, atendimentos individuais em conjunto, etc. Caracteriza-se como uma possibilidade de ampliação do campo de conhecimento da equipe de SF a partir do núcleo de saber de cada profissional do NASF. Pode-se materializar, por exemplo, no atendimento conjunto entre o assistente social e o cirurgião-dentista para orientar o acesso a benefícios sociais, na discussão de caso entre o psiquiatra e o médico da equipe de SF sobre o esquema medicamentoso mais indicado para um usuário portador de esquizofrenia, ou por meio de outras ações que promovam a educação permanente da equipe de referência pelo cuidado.
- Já na dimensão assistencial considera-se que, em determinadas situações, será necessária a ação específica do profissional de apoio, por exemplo, por meio do acesso de usuários ao grupo de caminhadas coordenado pelo profissional de educação física ou à consulta individual com o psicólogo do NASF. Nesses casos, deve-se manter a coordenação do cuidado pela equipe de referência, o que significa que o acesso do usuário aos profissionais do NASF deve ser regulado pela equipe de SF, com o desenvolvimento de ações pactuadas entre os profissionais envolvidos no cuidado e na garantia da devolutiva sobre as ações realizadas às equipes apoiadas.

Considerado, dentre outros aspectos, um arranjo de integração assistencial que busca reduzir a fragmentação, contribuir para a regulação em saúde e ser um instrumento de integração clínica entre profissionais, o NASF deve, portanto, fortalecer a singularização na análise e na execução de intervenções clínicas e sanitárias (CUNHA; CAMPOS, 2011; ZEPEDA, 2013). Para isso, além dos aspectos já destacados, outras premissas devem ser consideradas, tais como:

- **Integra a Atenção Básica:** suas ações devem ser desenvolvidas neste âmbito de atenção e estar baseadas em seus princípios e diretrizes;
- **Seu modelo de atuação diverge do modelo ambulatorial** porque não se constitui como um serviço de especialistas na Atenção Básica, mas como uma equipe que deve trabalhar de maneira integrada às equipes de SF;
- **Seu processo de trabalho é dependente do processo de trabalho das equipes apoiadas e de abertura mútua para atuação integrada:** é visível a importância das equipes de SF para a consolidação do apoio matricial conforme preconizado. Sua organização e compreensão sobre o novo modelo de relação e atenção influenciam diretamente a atuação dos profissionais de apoio. Por sua vez, os profissionais do NASF devem se dispor a dividir conhecimentos e se esforçar para planejar e avaliar frequentemente as ações com as equipes apoiadas, fomentando a manutenção da referência pelo cuidado junto às equipes de SF. Portanto, a consolidação do apoio matricial é dependente da relação estabelecida, sem negar, entretanto, a influência da própria organização dos serviços de saúde e o direcionamento das gestões municipais.
- **Trabalha em uma lógica que promova corresponsabilização** pelas ações de saúde em conjunto com as equipes vinculadas. Desta forma, NASF e equipes de SF devem compartilhar a responsabilidade pelos usuários e territórios adscritos, em vez de transferi-la.

CONCLUSÃO

Conclui-se, por fim, que o trabalho integrado entre NASF e equipes apoiadas tem como base as premissas da integralidade da atenção, da interdisciplinaridade em saúde e da corresponsabilização em suas ações, resultando em uma abordagem pautada na clínica ampliada a partir da atuação sob a ótica do apoio matricial.

Mudanças de questões profundamente estruturadas nos serviços, nas instituições de ensino e nas relações interpessoais e sociais são necessárias para atender aos aspectos conceituais que dão corpo à proposta operacional do NASF na Atenção Básica.

Entretanto, ainda que existam inúmeros desafios, avanços podem ser alcançados no sentido de consolidar sua prática conforme recomendado. “Flexibilidade, proatividade, resiliência, respeito, vínculo e comprometimento são atitudes fundamentais aos profissionais do NASF, face às dificuldades vivenciadas na implantação de um novo modelo de cuidado em saúde” (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010, p.95).

TÓPICO 3 - TRABALHO INTEGRADO ENTRE NASF E EQUIPES APOIADAS

Objetivo: Neste tópico, buscaremos compreender questões que norteiam a atuação integrada entre NASF e equipes apoiadas, tomando como ponto de partida os aspectos conceituais apresentados.

Para colocar em prática os aspectos operacionais que norteiam sua atuação, NASF e equipes de SF trabalham de maneira colaborativa, oferecendo cuidado para cada situação singular, segundo as necessidades identificadas (BRASIL, 2014). Priorizam, portanto, a pactuação e a corresponsabilização pelo cuidado para efetivar a clínica ampliada, inclusive no que se refere às ações assistenciais do apoio matricial.

Assim, ao identificar necessidades ou dificuldades para o cuidado dos usuários sob sua responsabilidade sanitária, as equipes de SF pactuam estratégias de apoio com o NASF, promovendo uma integração que aumente sua capacidade de cuidado, amplie o escopo de ofertas da Atenção Básica e auxilie a articulação com outros pontos de atenção nas RAS (BRASIL, 2014). A integração, portanto, se materializa por meio do “compartilhamento de problemas, da troca de saberes e práticas entre os diversos profissionais e da articulação pactuada de intervenções” (BRASIL, 2014, p.17).

A existência de diferentes lógicas de organização de trabalho entre NASF e equipes apoiadas pode dificultar esta relação: enquanto existe uma grande demanda por atendimentos direcionada às equipes de referência, o trabalho do NASF recomenda discussão, pactuação e fazer em conjunto, demandando disponibilidade e tempo dos envolvidos (LANCMAN et al., 2013).



Palavra do Professor: *Esse descompasso pode gerar resistências e conflitos relacionados ao trabalho colaborativo e à mudança de modelo de atenção proposta. Além disso, os profissionais de saúde não estão acostumados a pensar e agir interdisciplinarmente, tampouco foram formados para essa atuação, ainda que seja uma diretriz importante do SUS. Temos, assim, dificuldade em compartilhar os problemas e, principalmente, as estratégias para sua solução.*

Em consequência, são necessários ajustes nos processos de trabalhos e ações de ambas as equipes, uma vez que são indissociáveis e interdependentes. É preciso romper com a ambiguidade prática do NASF, onde, ao mesmo tempo em que se apresenta como uma potência para a qualificação da AB por meio da atuação integral e interdisciplinar, tem se revelado agente de conservação da fragmentação do trabalho, por operar, em geral, com baixo grau de comunicação e integração entre as profissões envolvidas (PEREIRA, 2011).

As necessidades dos usuários devem servir como eixo norteador das ações e, independentemente da dimensão do apoio matricial relacionada, a equipe apoiada deve compreender as implicações que as propostas e as ações do profissional de apoio produzirão, em vez de apenas encaminhar o usuário ao NASF, buscando alinhar o cuidado por ela própria oferecido a tais propostas (BRASIL, 2009).

Por outro lado, o profissional de apoio deve se esforçar para aumentar a capacidade de resolução dos problemas de saúde pela equipe de SF. Desta forma, há potencialidade para iniciar a construção de uma nova forma de responsabilidade, que passa a ser compartilhada.

Para a concretização deste modelo de produção de cuidado, são necessárias práticas democráticas e dialógicas que integrem os diferentes saberes e as diferentes ações. Sua consolidação exige não apenas compromisso dos gestores municipais, como dos próprios profissionais de saúde, adotando uma postura de abertura para desenvolver uma nova relação.

A utilização de estratégias que envolvam as duas dimensões do apoio matricial deve subsidiar as ações a serem desenvolvidas para um cuidado de maior qualidade e resolubilidade (BRASIL, 2009). A depender das necessidades e demandas levantadas com cada equipe vinculada, o NASF pode, por exemplo, apoiá-la na análise e no planejamento de intervenções oportunas ou diretamente na realização de ações assistenciais com os usuários por meio de atendimentos individuais ou em grupos (BRASIL, 2014).

As atividades dependerão da configuração de cada território sob responsabilidade das equipes de SF, das necessidades e dos problemas existentes, bem como das competências dos profissionais apoiados (BRASIL, 2014). Esse conjunto de fatores deve ser considerado para que se procure alcançar certo grau de equilíbrio entre as ações assistenciais e técnico-pedagógicas, que também pode variar de acordo com cada categoria profissional que compõe o NASF.

Ressalta-se que a educação permanente é considerada parte do processo de apoio ofertado, assim como os atendimentos específicos dos profissionais do NASF, reconhecendo-os como um recurso que pode ser indispensável para aumentar a compreensão e a resolubilidade de casos na AB (SILVA et al., 2012). É preciso atentar, entretanto, para que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família não assuma o papel de atenção secundária, o que dificulta a atuação para além de sua função assistencial nas RAS.

NA PRÁTICA

Existem múltiplas possibilidades de executar o trabalho do NASF, partindo-se da premissa de que as ações deverão ser reguladas e pactuadas com as equipes de SF. Para isso, os problemas/situações devem ser discutidos, realizando-se seu diagnóstico e pactuando-se as ações que deverão ser efetuadas. A partir daí, os profissionais devem manter contato sobre o caso/situação, buscando redefinir e repactuar ações, conforme necessário. Portanto, o NASF não recebe encaminhamentos da equipe de SF, mas decide em conjunto o que fazer em cada situação. Isso deve ser aplicado tanto em atendimentos individuais quanto em outras demandas da equipe, como na realização de grupos.

Por exemplo, no caso de necessidade de atendimento individual, pode-se definir que será realizado pelo profissional do NASF (como em um atendimento individual de nutrição para uma criança com diagnóstico nutricional de obesidade grave), pelo próprio profissional da equipe de SF com apoio do NASF por meio da educação permanente da equipe (por exemplo, com o nutricionista estimulando o enfermeiro a orientar uma dieta fracionada para promover o emagrecimento de uma pessoa que apresenta diagnóstico nutricional de sobrepeso) ou por meio do atendimento conjunto entre o profissional do NASF e da equipe de SF (ambos os profissionais atendendo, em conjunto, o mesmo usuário/família).

CONCLUSÃO

Partindo-se, portanto, das necessidades dos usuários, independentemente das características de implantação, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família devem trabalhar de maneira integrada e colaborativa com as equipes apoiadas, considerando as duas dimensões do apoio (assistencial e técnico-pedagógica) na organização de seu processo de trabalho.

TÓPICO 4 - ESTRUTURAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DO NASF

Objetivo: Instrumentalizar profissionais e gestores de saúde para a organização do processo de trabalho do NASF, tomando-se como princípios os aspectos conceituais e práticos discutidos nos tópicos anteriores.

Tomando-se como horizonte, então, a lógica de atuação descrita, imagine que um NASF esteja iniciando o seu trabalho ou precise readequar sua organização para atuar na lógica preconizada. Por onde poderia começar?

Inicialmente, para organizar o processo de trabalho do NASF no sentido colaborativo e integrado às equipes de SF, é necessária reflexão sobre como criar um novo jeito de se relacionar baseado no compartilhamento de saberes e práticas, incluindo o sentido do apoio matricial. Para tanto, sugere-se que sejam realizados espaços de discussão, como rodas de conversa entre profissionais do NASF e das equipes vinculadas, reuniões de matriciamento ou reuniões das próprias Unidades Básicas de Saúde (UBS), contando com apoio da gestão municipal sempre que necessário (BRASIL, 2014).

Os temas podem variar de acordo com as características regionais e as experiências já vivenciadas em cada local, podendo englobar, por exemplo, o cardápio de ações desenvolvidas pelo NASF (compartilhadas com as equipes vinculadas e/ou específicas, inserção em ações de rotina das equipes de SF, etc.) e discussões de casos considerados difíceis e/ou que podem ser manejados com suporte do NASF, entre outros (BRASIL, 2014).

Além disso, a definição de aspectos norteadores para a efetivação da atenção compartilhada, preferencialmente documentados por escrito e construídos conjuntamente com participação da gestão municipal, considerando-se a realidade de cada serviço, pode facilitar o desenvolvimento do trabalho na lógica preconizada. Tais definições devem ser de conhecimento de todos os envolvidos, inclusive dos usuários do SUS, e podem englobar diferentes aspectos relacionados ao apoio matricial, tais como:

- Responsabilidades, papéis e limites de cada um dos envolvidos;
- Agenda de reuniões e outras atividades colaborativas;
- Fluxos de comunicação entre equipes de SF e NASF, incluindo contato presencial regular e formas de comunicação direta com cada profissional para situações inesperadas que possam ocorrer na ausência desse profissional na UBS, como telefone e e-mail;
- Fluxos para encaminhamentos externos às equipes de SF direcionados aos profissionais do NASF (como encaminhamentos de hospitais ou estabelecimentos privados de saúde);
- Ações a serem desenvolvidas (lista de ofertas) com cada uma das equipes de referência, bem como público prioritário;
- Critérios norteadores para a efetivação da atenção compartilhada, incluindo aqueles para priorização dos casos para apoio e formulação/execução de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS);
- Protocolos ou roteiros clínicos para utilização pela equipe de referência em situações comuns;
- Manejo das listas de espera;
- Temas para educação permanente das equipes apoiadas; e
- Outros.

A pactuação de aspectos norteadores para a efetivação do apoio matricial, como os sugeridos, deve promover um alinhamento de entendimentos e expectativas e facilitar a comunicação entre NASF e equipes de SF. Portanto, é de suma importância, mas, vale ressaltar, deve ser considerada com certa flexibilidade no cotidiano dos profissionais da AB, a fim de ajustar-se à dinamicidade das necessidades e demandas vivenciadas localmente nos serviços de saúde.

Outro aspecto importante diz respeito ao reconhecimento do território adscrito pelos profissionais do NASF, considerando-se que seu processo de trabalho deve ser pautado na construção compartilhada do cuidado e na corresponsabilização junto às equipes de SF (BRASIL, 2014).

É indicada a análise dos territórios sob sua responsabilidade sanitária em conjunto com as equipes vinculadas, a fim de diagnosticar a situação de saúde local. Dessa forma, objetiva-se identificar as situações de saúde e as condições do viver de uma determinada população, em um dado lugar, localizando problemas e necessidades e revelando potencialidades locais, por meio da análise dos determinantes e condicionantes de saúde. Tem-se, então, a possibilidade de realizar o planejamento em saúde, utilizando-se os dados do território como subsídios para a tomada de decisões.

As informações dos territórios de todas as equipes vinculadas ao NASF podem ser consolidadas para identificação da área de abrangência do NASF, considerando todo o território adscrito a esta equipe, ou seja, a somatória das áreas adscritas a todas as equipes apoiadas. Seu reconhecimento pode permitir a identificação de necessidades mais prevalentes e/ou correlacionadas entre os territórios das diferentes equipes de SF, fornecendo subsídios para o planejamento e a programação de ações integradas da equipe NASF.

A organização da agenda dos profissionais do NASF também é fator importante para maior ou menor integração às equipes apoiadas e adequação às necessidades de saúde da população. Para que seja organizada de maneira coerente com a lógica de trabalho preconizada, deve-se considerar:

- Foco no território sob sua responsabilidade (o que significa foco no território específico de cada equipe de SF vinculada e, ao mesmo tempo, foco sobre o território integrado do NASF);
- Inclusão de momentos de apoio a cada uma das equipes apoiadas, considerando-se:
 - Realização de ações interdisciplinares, compartilhadas e colaborativas, com ênfase na troca de conhecimento e nas responsabilidades mútuas;
 - Desenvolvimento de atividades específicas do profissional do NASF (definidas a partir das demandas e necessidades reguladas pelas equipes vinculadas, pactuadas previamente e considerando que a coordenação do cuidado continua sendo da ESF);
- Existência de períodos para planejamento, programação, registro e análise das ações realizadas.

SAIBA MAIS

As atividades que constam na agenda dos profissionais do NASF devem refletir o caráter do apoio matricial que embasa as ações desenvolvidas por esses profissionais. Para facilitar a elaboração da agenda, sugerimos a leitura das páginas 46 a 52 do Caderno de Atenção Básica do NASF no 39. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf. Neste material, é possível visualizar recomendações para sua elaboração, a descrição de atividades que podem integrá-la e exemplos de configuração de agendas do NASF por modalidade implantada.

A fim de organizar sua agenda, posteriormente à definição dos momentos periódicos de encontro com as equipes de SF apoiadas, o profissional do NASF pode identificar dias em potencial para a realização de ações conjuntas/compartilhadas nas UBS (por exemplo, dias de grupos desenvolvidos pelas equipes de SF em que poderia participar conjuntamente, dias de atendimentos do médico e/ou do enfermeiro para realização de ações conjuntas ou dias de visitas domiciliares das equipes).

Em seguida, pode, então, definir dias para ações assistenciais específicas (atendimentos e grupos específicos), considerando que o acesso dos usuários deverá ser realizado a partir de pactuação prévia com as equipes de SF. Tais pactuações poderão ocorrer nos espaços de encontro para discussão de casos e construção de projetos terapêuticos (como as reuniões de matriciamento) ou a partir de critérios previamente estabelecidos conjuntamente.

O último passo é a pactuação da agenda com equipes apoiadas e gestão municipal ou coordenação do NASF. A pactuação com as equipes tem o objetivo de aumentar o comprometimento de ambas as partes, uma vez que determinadas ações do NASF dependerão também das equipes de SF para acontecer. Da mesma forma, a aproximação da gestão municipal com as atividades desenvolvidas cotidianamente contribui para a realização de um apoio mais efetivo para sua estruturação e consolidação.

Por exemplo, cabe à gestão, em conjunto com os profissionais do NASF, articular e mediar condições e estrutura para que possam desenvolver suas atividades específicas (atividades assistenciais diretas) dentro da UBS (para que exista, por exemplo, um consultório disponível, equipamentos necessários, etc.).

Além das considerações sobre a própria agenda de atividades já levantadas, outros mecanismos ou ferramentas podem ser utilizados para promover a integração entre NASF e equipes apoiadas. Algumas delas foram discutidas no Capítulo 3, como a clínica ampliada, o Projeto Terapêutico Singular, o genograma e o ecomapa. O trabalho com grupos e os atendimentos compartilhados também são levantados como intervenções que podem ser realizadas em seu cotidiano (BRASIL, 2014).



- Como podemos decidir quais ferramentas utilizar ou quais ações desenvolver? Para essa definição, precisamos lembrar que, tendo como foco os usuários do SUS, são suas necessidades ou as necessidades das comunidades atendidas que devem subsidiar essa decisão, além de considerar as possibilidades de atuação das equipes NASF e SF envolvidas com a produção do cuidado.

NA PRÁTICA

Tomemos como exemplo a identificação de alta prevalência de depressão em idosos em uma comunidade. Esses idosos poderiam ser direcionados ao psicólogo para atendimento individual ou ao grupo específico de Psicologia. Outra possibilidade seria que os profissionais da SF, em conjunto com o NASF, desenvolvessem ou buscassem parcerias com diferentes setores da sociedade para oferta de atividades de convivência a esse público, como trabalhos manuais, prática de atividade física, lazer, aulas de dança, música ou canto, etc.



Palavra do Professor: É importante colocar que ambas as ações podem ser válidas e sua pertinência deve ser avaliada segundo a realidade local e os resultados que se pretende alcançar. Na situação relatada, sendo um diagnóstico comunitário, possivelmente o psicólogo não teria disponibilidade de atender a todos os idosos identificados com depressão e, dessa forma, a proposta do grupo poderia trazer melhores resultados à comunidade, além de promover o trabalho conjunto entre as equipes envolvidas.

Independente da dimensão do apoio oferecida pelos profissionais do NASF, o sentido do apoio matricial deve permear todas as ações realizadas, seja ela uma consulta conjunta ou um atendimento específico do profissional do NASF ou, ainda, uma discussão de caso ou tema. Em todas as ações, a relação entre o NASF e a equipe de SF deve se dar por meio do compartilhamento de saberes e da construção coletiva, a partir de cada realidade vivenciada e da necessidade identificada, o que torna esse um processo interdisciplinar por natureza.

As pactuações realizadas podem ser guiadas e acompanhadas por meio de diferentes mecanismos de organização para registro e devolutiva do que foi realizado nas reuniões de matriciamento. São alguns exemplos desses mecanismos os roteiros semiestruturados para discussão de casos (que buscam qualificar essa ação para além do seu repasse), as listas de acompanhamento de casos compartilhados e as planilhas de monitoramento de solicitação de apoio. A seguir, são apresentadas algumas possibilidades de desenhos desses instrumentos:

1) Roteiros para discussão de casos:

As discussões de caso entre profissionais da equipe NASF e das equipes de SF podem ser consideradas extremamente importantes para o aumento da resolubilidade da AB, para organização de fluxos entre os diferentes profissionais e serviços que constituem o SUS, qualificando o acesso dos usuários, e para educação permanente das equipes apoiadas. Servem, também, para promover a coordenação do cuidado por estas equipes, possibilitando pactuações constantes entre os profissionais.

O Guia de Matriciamento em Saúde Mental sugere que todo o profissional que faz matriciamento considere um roteiro para discussão de casos clínicos com as equipes matriciadas (CHIAVERINI et al., 2011). Propomos adaptações no roteiro sugerido, conforme disposto a seguir:

- a) Motivo do matriciamento;
- b) Informações sobre a pessoa, a família e o ambiente, incluindo configuração familiar (sugere-se o uso de genograma e de ecomapa), vida social (participação em grupos, em instituições e rede de apoio social) e situação econômica;
- c) Problema apresentado no atendimento (na visão da pessoa ou família, opiniões de outros e da equipe que realiza o acompanhamento) e sua história (fator desencadeante, manifestações sintomáticas, evolução);
- d) Estratégias e ações já desenvolvidas pelo usuário e pela equipe de SF na oferta de cuidado;
- e) Resultados já alcançados e não alcançados, mas esperados, pela equipe e pelo usuário/família;
- f) Definição do plano terapêutico de maneira conjunta entre NASF e equipe de SF.

NA PRÁTICA

Veja um exemplo para utilização deste roteiro:

a) Motivo do matriciamento: a equipe de SF identifica como necessária a discussão do caso de João, 44 anos, em decorrência do atual quadro de depressão e isolamento social em se encontra.

b) Informações sobre a pessoa, a família e ambiente, vida social e situação econômica: João é solteiro, nunca se casou. Depois do falecimento do pai, há cerca de 2 anos, tem sentido desânimo, frequentemente relatado aos familiares. Há 1 ano, deixou de trabalhar como vendedor em uma loja de materiais de construção e atualmente é dependente da mãe, Maria, que recebe dois salários mínimos de aposentadoria. Nesse período, também deixou de participar dos campeonatos de futebol aos finais de semana e dos bailes que acontecem com frequência no centro comunitário do bairro.

Além da mãe, moram na casa de alvenaria de 5 cômodos, a irmã Laura (portadora de HIV e que trabalha atualmente como cozinheira), a sobrinha Carmen, desempregada, e seus 3 filhos, que estudam em uma escola pública durante a manhã e participam de um projeto social no contraturno das aulas. Conta que, com frequência, se incomoda com o barulho dos mesmos em casa. Refere ter um bom relacionamento com os irmãos, principalmente com Vilson, mas que tem pouco contato com ele. Não gosta de falar sobre a morte do pai. Diz não ter vontade de sair de casa.

c) Problema apresentado no atendimento: a equipe identifica que o quadro depressivo de João é o principal problema a ser trabalhado, reforçando que o mesmo não sai de casa há vários meses. Para a mãe, Maria, a morte do pai foi o fator que provocou a tristeza do filho. Destaca também que o fato de o mesmo não estar trabalhando no momento traz muitos transtornos, já que a renda familiar é insuficiente para o sustento de todos. João diz não entender o que acontece, apenas não tem mais vontade de continuar a viver como antes, tem desejo de mudar, mas não vê como.

d) Estratégias e ações já desenvolvidas pelo usuário e pela equipe de SF na oferta de cuidado: há cerca de 6 meses, além da visita mensal do ACS, médica e enfermeiro da equipe tem se revezado para o visitarem em domicílio. Foram receitados medicamentos para o tratamento da depressão e tem-se incentivado o usuário a retomar suas atividades rotineiras.

e) Resultados já alcançados e não alcançados, mas esperados, pela equipe e pelo usuário: nesse período, o usuário conseguiu retornar ao convívio dos amigos no jogo de futebol da comunidade. Espera-se que possa retomar outras atividades cotidianas, como o emprego.

f) Definição do plano terapêutico:

- Acordada visita domiciliar conjunta entre psicóloga do NASF e enfermeiro ou médica para uma aproximação inicial. A proposta é ofertar o acompanhamento psicológico regular, a fim de buscar trabalhar questões envolvidas com o quadro relatado;
- Acordada discussão da abordagem medicamentosa atualmente prescrita com o psiquiatra do NASF;
- Acordada a realização de uma reunião familiar organizada pelo assistente social do NASF, convidando aqueles que moram com João e Vilson, irmão próximo ao mesmo, a fim de buscar com a família ações a serem realizadas;
- Incentivar a ressocialização do usuário a partir das atividades que lhe são prazerosas e buscar com ele projetos para mudança de emprego, se esse for seu desejo. Sendo necessária qualificação profissional, articular com outros setores, como educação e assistência, para a realização de cursos profissionalizantes;
- Reavaliar o plano terapêutico mensalmente em reunião de matriciamento.

Além desse roteiro, sugere-se também a utilização de outro, mais simplificado, a fim de facilitar a organização da discussão de casos entre NASF e equipes de SF:

- a) Solicitar à equipe um resumo do histórico (o que está acontecendo? qual o problema ou necessidade?) e das estratégias e ações já desenvolvidas (o que já foi feito na tentativa de resolver o problema?);
- b) Questionar à equipe o que mais poderia ser feito no caso em questão (o que mais se pensa em fazer?);
- c) Colocar novas possibilidades de ações para o cuidado a partir do olhar específico das categorias profissionais do NASF;
- d) Definir com a equipe de SF as ações que serão desenvolvidas (que ações desenvolveremos? Quem ficará responsável? O que será necessário? Qual o nosso prazo?);
- e) Aproveitar o momento para discutir questões gerais sobre a problemática do caso em questão (sempre que você ver isso, considere ou observe ou experimente...), buscando aumentar a capacidade da equipe de SF para lidar com a situação levantada.

NA PRÁTICA

Veja um exemplo para utilização deste roteiro:

a) Resumo do histórico e das estratégias já desenvolvidas: a cirurgiã-dentista Joana traz o caso de Camila, de 1 ano e 6 meses, para discussão em equipe. Relata que acompanha a criança desde o nascimento e que a mesma apresenta cáries com recorrência. Já orientou a mãe em relação à escovação e para não oferecer doces à criança, mas não observou mudanças na condição clínica de Camila. Refere ter observado no prontuário da criança que a mesma apresenta diagnóstico nutricional de sobrepeso para a idade.

b) Levantamento com a equipe sobre o que mais poderia ser feito na situação: a profissional solicita acompanhamento pelo nutricionista e pela pediatra do NASF. A médica da equipe sugere que seja agendada uma consulta prévia com ela ou com a enfermeira da área, uma vez que a criança faltou às consultas agendadas no último ano.

c) Levantamento e definição de novas possibilidades de ações:

- A equipe NASF reforça a importância da identificação da situação e das orientações já realizadas, estimulando a consulta prévia da criança com demais profissionais da ESF.
- Fica acordado o agendamento de uma consulta com a enfermeira da área, levantando-se mais informações sobre a situação familiar, social e alimentar da criança.
- Na reunião de matriciamento do próximo mês, o caso voltará a ser discutido, a fim de identificar outras estratégias para a produção do cuidado. A equipe NASF sugere que, se necessário, pode-se pensar na realização de uma consulta conjunta entre enfermeira ou cirurgiã-dentista da equipe e nutricionista ou pediatra do NASF.

d) Educação permanente da equipe apoiada:

- Como estratégia de educação permanente da equipe, a nutricionista sugere que, quando identificada uma situação como a relatada, sejam levantadas com a família informações que possam ajudar a equipe a compreendê-la melhor. Por exemplo, é válido identificar se a criança frequenta ou não a creche, quais refeições faz em casa, quem cuida da criança, quem oferece as guloseimas a ela, quais os significados dessa oferta na família, qual a sua relação com os alimentos, a que tipos de alimentos a família tem acesso, etc. Sugere que as orientações sejam realizadas observando-se o contexto e reforçando-se que, se desejada pela família, a oferta desses alimentos deve ser realizada ocasionalmente. Destaca também a importância de buscar alternativas para modificar os hábitos familiares para uma alimentação mais saudável e adequada para a idade.
- O pediatra do NASF reforça que, em situações como essas, os profissionais podem utilizar materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde para as orientações, como os 10 passos para uma alimentação saudável de crianças menores de 2 anos e o Guia alimentar para crianças menores de dois anos.

Além desses dois exemplos, podemos, ainda, pensar que a proposta de elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares pode se configurar em uma espécie de roteiro para discussões de caso na medida em que trabalha com quatro momentos (BRASIL, 2009):

- a) Diagnóstico;
- b) Definição de metas;
- c) Divisão de responsabilidades;
- d) Reavaliação.

2) Listas de acompanhamento de casos compartilhados:

Outra questão que pode ser abordada nas reuniões de matriciamento é o gerenciamento conjunto de casos entre NASF e SF, que pode ser realizado por meio da elaboração e da utilização de listas de acompanhamento de casos compartilhados. As listas devem estar disponíveis a todos os profissionais envolvidos, promovendo comunicação sobre usuários acompanhados pelo NASF após pactuação com as equipes de SF com a possibilidade de aprofundamento das informações sobre as ações realizadas por meio da consulta ao prontuário dos usuários atendidos.

Portanto, constituem-se como um instrumento facilitador para identificação dos casos em acompanhamento compartilhado com o NASF, fornecendo mais subsídios para planejar, organizar, monitorar resultados e coordenar as ações de cuidado. Para sua utilização, sugerimos:

- Elaborar a lista de acompanhamento compartilhado de casos por equipe de SF apoiada;
- Elaborar a lista a partir dos nomes dos usuários acompanhados, em vez de listas por profissionais do NASF (portanto, usuário-centradas e não profissionais-centradas);
- Disponibilizar a lista em todos os consultórios da Unidade Básica de Saúde, por exemplo, por meio de compartilhamento em rede no caso de Unidades informatizadas (sugerimos disponibilizar a cada equipe de SF apenas a lista de usuários sob sua responsabilidade sanitária);
- Orientar que todos os profissionais do NASF registrem as ações realizadas (de forma sintética, pois o aprofundamento das informações poderá ser realizado com acesso ao prontuário) – lembrando-se, sempre, de resguardar informações sigilosas e manter um registro ético das informações compartilhadas;
- Definir um profissional da equipe de SF para gerenciamento da lista (profissional responsável por incentivar os demais a registrarem suas ações e por identificar situações que devam ser levadas para discussão de casos);
- Definir como responsabilidade dos profissionais do NASF também a identificação de situações que devam ser levadas para discussão de casos, mesmo que não trazidas pelo profissional que gerencia a lista. Destacamos que a instituição deste ou de outros mecanismos de devolutiva dos casos acompanhados pelo NASF às equipes de referência é importante, pois contribui para uma melhor gestão terapêutica e, conseqüentemente, fortalece as equipes de SF para a coordenação do cuidado.

NA PRÁTICA

Veja um exemplo para elaboração de listas de acompanhamento de casos compartilhados entre NASF e equipes apoiadas:

Lista de Acompanhamento de Casos Compartilhados*						
Equipe de SF:		NASF:		UBS:		
Nome do usuário (por ordem alfabética)	Data de nascimento	Data de início da intervenção	Profissional	Situação do acompanhamento	Discutir com equipe SF	
Ana da Silva	17/10/1959	10/08/2017	Nutricionista Luana	Em atendimento individual	X	
Carlos de Souza	10/02/1954	03/03/2017	Psiquiatra Clarice	Faltou consulta conjunta com enfermeira da equipe de SF		
		02/04/2017	Fisioterapeuta João	Em atendimento individual		
		10/09/2017	Assistente social Marília	Em acompanhamento no grupo de famílias	X	
Evelise Cristina	19/09/1983	20/05/2017	Fonoaudiólogo André	Faltou consulta individual		
		30/03/2017	Psicóloga Sandra	Em atendimento individual		
		18/09/2107	Farmacêutico Daniel	Em acompanhamento no grupo de diabéticos insulino dependentes	X	
Karina Albuquerque	24/08/2012	20/08/2017	Pediatra Mirele	Em atendimento individual	X	
		07/07/2017	Nutricionista Luana	Em atendimento individual conjunto com médico da equipe de SF		
Larissa de Almeida	06/02/1986	27/08/2017	Psicóloga Sandra	Faltou grupo de psicoterapia	X	
		02/06/2017	Geriatra Luiza	Faltou consulta individual		
Nison de Oliveira	10/03/1946	03/09/2017	Fonoaudiólogo André	Em atendimento individual		
		29/08/2017	Fisioterapeuta João	Faltou grupo de fisioterapia	X	

*Informações fictícias.

3) Planilhas de monitoramento das solicitações de apoio:

Além das listas de acompanhamento de casos compartilhados construídas por equipe NASF, cada profissional pode organizar planilhas para o monitoramento das solicitações de apoio realizadas pelas equipes de SF, constando minimamente:

- a) Data da solicitação de apoio (ou da discussão de caso);
- b) Nome completo do usuário e data de nascimento ou número do Cartão Nacional de Saúde;
- c) Contato do usuário;
- d) Motivo do matriciamento;
- e) Ação realizada.

Tais planilhas devem ser preenchidas pelo profissional do NASF a partir das discussões realizadas com as equipes de SF, podendo ser utilizadas para o monitoramento dos casos acompanhados. Além disso, permite acompanhar os principais tipos de situações em que é solicitado o apoio, subsidiando ações de educação permanente direcionadas às próprias equipes apoiadas, e o tempo entre a solicitação e a oferta do apoio pelo NASF. Nesse caso, recomenda-se que sejam organizadas por equipe de SF vinculada, facilitando a obtenção de dados referentes aos usuários sob sua responsabilidade sanitária nos momentos de discussão de caso com o profissional de apoio.

NA PRÁTICA

Veja um exemplo para elaboração de planilhas de monitoramento das solicitações de apoio ao NASF:

Planilha de monitoramento de solicitação de apoio – Nutricionista Luana						
Unidade Básica de Saúde:			Equipe de SF:			
Data da solicitação de apoio	Nome do usuário	Data de nascimento	Contato do usuário	Motivo do matriciamento	Ação realizada	
03/04/2017	Carlos da Silva	17/10/1959	Número de telefone	Obesidade III, dislipidemia, ansiedade	Consulta individual em 05/05/2017	
12/04/2017	Evelise de Souza	10/02/1954	Número de telefone	HAS, hiperuricemia, sobrepeso	Consulta conjunta com médico em 28/04/2017	
12/04/2017	Ana Cristina Pereira	19/09/1983	Número de telefone	Anorexia	Consulta individual em 20/05/2017	
15/05/2017	Marina Albuquerque	24/08/2012	Número de telefone	Diabetes insulino dependente	Consulta conjunta com enfermeiro em 10/06/2017	
18/05/2017	Luan de Almeida	06/02/1986	Número de telefone	Sobrepeso	Educação permanente equipe SF em 01/06/2017	
05/06/2017	Mateus de Oliveira	10/03/1946	Número de telefone	Obesidade I, DM	Grupo de Alimentação Saudável em 03/07/2017	
07/07/2017	Laura Marin	19/01/2017	Número de telefone	Introdução de alimentos	Consulta conjunta com cirurgião-dentista em 12/07/2017	
19/07/2017	José Laurindo	02/08/1951	Número de telefone	Intolerância à lactose	Educação permanente equipe SF em 30/07/2017	

*Informações fictícias.

Reforçamos que as reuniões de matriciamento são os espaços privilegiados para a realização de pactuações entre NASF e equipes apoiadas, incluindo discussões de caso. Ou seja, é prioritariamente nesses momentos em que são problematizadas as situações, determinadas e avaliadas as propostas de intervenção, justificando-se a importância de que todos os profissionais do NASF realizem encontros regularmente com todas as equipes vinculadas.



Palavra do Professor: Além do cuidado em garantir pontos de contato periódicos com todas as equipes apoiadas, é importante consolidar também o trabalho em equipe NASF. Desta forma, os profissionais de apoio podem pactuar agendas de atividades entre equipe NASF para integração das ações desenvolvidas, permitindo, por exemplo, a otimização de espaços de apoio às equipes de SF e atenção direta aos usuários das UBS. Essa articulação pode contribuir para a configuração do NASF como equipe de apoio e não apenas como diferentes profissionais isolados em seus núcleos disciplinares que atuam sob a lógica de apoio matricial.

O NASF, entendido como um núcleo ou unidade central que agrupa diferentes profissionais, dificulta a interdisciplinaridade, pois pressupõe um agrupamento de profissionais que trabalham desarticuladamente. Em consequência, seria mais sensato pensarmos no NASF trabalhando em equipe, ou seja, de maneira articulada com o objetivo de oferecer um apoio de maior qualidade às equipes vinculadas.

Para que seja possível essa organização, é essencial que a gestão municipal institucionalize a existência e a ocorrência periódica de espaços de encontro e discussão entre os profissionais que o compõem (recomendamos uma reunião ao menos quinzenal entre os profissionais do NASF).

Tais espaços devem ser utilizados como momentos de articulação entre a equipe NASF, possibilitando o debate de assuntos pertinentes às UBS e equipes de SF. Pode-se levantar dificuldades e potencialidades do trabalho integrado, trocar experiências e, inclusive, propor ações de educação permanente para as equipes vinculadas e para o próprio NASF, articuladas com áreas estratégicas da Secretaria Municipal de Saúde, por exemplo.

É importante estar claro que, com essa integração em equipe, o NASF não nega a necessidade de realização de um planejamento em saúde articulado com o planejamento das equipes de SF, mas considera que possui responsabilidade sobre um território maior, que integra o território de todas as equipes vinculadas, e que a organização de seu processo de trabalho também é diferenciada.

Um olhar qualificado em equipe pode, por exemplo, contribuir para identificar situações que exijam maior atenção por parte desses profissionais nas ações de educação permanente com determinadas equipes de SF. Ou seja, uma visão mais ampliada do NASF pode facilitar a identificação das necessidades mais prevalentes e/ou urgentes das equipes apoiadas, auxiliando a organização do processo de trabalho dos próprios profissionais do NASF por meio de ações de suporte técnico pedagógico e assistencial propriamente dito.

Outra questão que pode facilitar a organização do processo de trabalho do NASF, inserida na proposta de sua organização como equipe, é o monitoramento e a avaliação das ações desenvolvidas, oferecendo feedback constante no intuito de subsidiar o planejamento de ações.

Para isso, é necessário que as ações realizadas sejam registradas em instrumentos próprios da Atenção Básica que especifiquem as ações desenvolvidas por essa equipe. Além disso, o registro das intervenções deve ser realizado em instrumentos utilizados pelas equipes de SF (como prontuários e atas de grupos), englobando todas as etapas das atividades, desde o seu planejamento até sua avaliação.

A partir do registro, o monitoramento de demandas mais frequentes trazidas pelas equipes de SF, os tipos de apoio mais demandados (atendimentos individuais específicos, atendimentos coletivos, visitas domiciliares, ações compartilhadas, discussão de casos ou temas, etc.) e o percentual de atendimento da demanda observada podem ser monitorados e avaliados pelo NASF.

A partir daí, por exemplo, é possível trabalhar temas específicos com as equipes no sentido de aumentar sua capacidade em lidar com situações mais comuns e/ou simples que sejam passíveis de uma intervenção anterior à intervenção específica do profissional do NASF ou de outros pontos de atenção, promovendo o aumento da resolubilidade da AB.

No Instrumento de Avaliação Externa para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2013a), recomenda-se, também, que o NASF avalie o efeito de suas ações nas equipes apoiadas por meio de diferentes indicadores ou sinalizadores que considerem as duas dimensões do apoio matricial. São exemplos: o número de encaminhamentos realizados de forma equivocada ou desnecessária para a atenção especializada, o número de solicitações de atendimentos desnecessariamente direcionadas ao NASF, indicadores de saúde da população do território, dentre outros.

SAIBA MAIS

Atualmente, recomenda-se o e-SUS AB como instrumento de registro das ações do NASF. Para saber mais, acesse o documento “E-SUS Atenção Básica – CDS: Manual para Preenchimento das Fichas”. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_cds.pdf

CONCLUSÃO

O modo como os profissionais do NASF organizam seu trabalho apresenta potencial para favorecer sua integração às equipes apoiadas. Neste sentido, a definição e a pactuação de aspectos norteadores de sua agenda, a ação sobre a área de abrangência do NASF, a utilização de diferentes instrumentos que contribuam para o trabalho colaborativo e para o monitoramento dos resultados das ações realizadas pode contribuir para produzir ações mais efetivas, a fim de promover o cuidado integral e alcançar maior resolubilidade na Atenção Básica.

Destacamos que muitas são as possibilidades para implantação e para consolidação do NASF como instrumento de fortalecimento da Atenção Básica e de modificação da realidade sanitária no Brasil. Esperando favorecer uma prática em saúde que promova maior colaboração entre os envolvidos para a produção do cuidado, realizamos uma contextualização do NASF e apresentamos caminhos possíveis para a organização de seu processo de trabalho.

Desejamos, por fim, que essa discussão contribua para a efetivação de um trabalho compartilhado na AB, promovendo a corresponsabilização e a integralidade do cuidado e, conseqüentemente, mais qualidade na atenção aos usuários do SUS.

Referências

ANJOS, K. F.; MEIRA, S. S.; FERRAZ, C. E. O. et al. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672-80, 2013.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 11-23, 2009.

BRASIL. **Portaria GM/MS n. 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Lex: Diário Oficial da União, Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF**: Caderno de atenção básica n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. **Portaria GM/MS n. 3124**, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Lex: Diário Oficial da União, Brasília, 2012b.

BRASIL. **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você**: Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. **E-SUS Atenção Básica**: Sistema com Coleta de Dados Simplificada. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica no 39** – Núcleos de Apoio à Saúde da Família – volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-84, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; FIGUEREDO, M. D.; JÚNIOR, N. P. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 983-95, 2014.

CHIAVERINI, D. H. et. Al (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva, 2011.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em **Saúde. Saúde Soc.** São Paulo, v. 20, n.4, p. 961-70. 2011.

SCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MAGALHÃES DE MENDONÇA, M. H. et. al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 21, n. 2, p.164-76, 2007.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1171-81, 2006.

GUTIÉRREZ, A. C. Perspectivas de mudanças de modelo na Atenção Básica a partir do NASF. In: **XIX Fórum Permanente de Atenção Básica/ SES RJ.** Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiPiLTiqa_WAhUCNSYKHaeiBj4QFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.informacaoemsaude.rj.gov.br%2Fdocman%2Fatencao-a-saude%2Fconsolidado-dos-foruns%2F8863-perspectivas-de-mudanca-de-modelo-na-atencao-basica-adriana-coser-xix-forum%2Ffile.html&usg=AFQjCNHfIUU0ISuODYgchuYwikPxaL8ajA. Acesso em: 17 de setembro de 2017.

HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C.; BOARETTO, R. C. Atenção Primária em Saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2877-87, 2011.

JAIME, F. **Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família (NAISF).** Outubro/2006. Disponível em <https://faustojaimewordpress.com/2006/10/13/nucleos-de-atencao-integral-na-saude-da-familia-naisf/>. Acesso em: 17 de setembro de 2017.

LANCMAN, S.; GONÇALVES, R. M. A.; CORDONE, N. G. et. al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 5, p. 867-75, 2013.

MOURA, R. H.; LUZIO, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 973-86, 2014.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos NASF. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-6, 2010.

NECKEL, G. L.; SEEMAN, G.; EIDT, H. B. et. al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1463-72, 2009.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 229-38, 2015.

PEREIRA, K. G. **Conflitos éticos no processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família de um município de Santa Catarina/SC**. 2011. 142 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC, 2007. p. 15-28.

ROSA, R. B.; PELEGRINI, A. H. W.; LIMA, M. A. D. S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 345-51, 2011.

SILVA, A. T. C.; AGUIAR, M. E.; WINCK, K. et. al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-84, 2012.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 525-31, 2003.

ZANNON, C. M. L. C. Desafios à psicologia na instituição de saúde: interdisciplinaridade e inserção social na assistência à criança hospitalizada. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 13, n. 1-4, p. 16-21, 1993.

ZEPEDA, J. E. S. **Construção de modelo de avaliação da integração dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na Atenção Primária**. 2013. 102 p. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

Capítulo 11

ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

Luiz Gustavo Teixeira Pinto

Capítulo 11

Espiritualidade e Saúde

TÓPICO 1 – HISTÓRIA, SER HUMANO, ESPIRITUALIDADE E EDUCAÇÃO MÉDICA

Objetivo: Neste tópico, vamos localizar a evolução da relação entre saúde e espiritualidade no tempo histórico, e por fim os distanciamentos e as aproximações com a formação médica.

O homem e o sagrado

Desde os tempos mais remotos da humanidade, o ser humano vem vivenciando a espiritualidade e a religiosidade para compreender o significado de sua presença no mundo e para enfrentar as mais diversas adversidades de sua existência (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001). Estudos em paleoantropologia apontam que povos pré-históricos já apresentavam características como culto e sepultamento ou algum ritual de passagem.

No período paleolítico já se faziam enterros intencionais, especialmente com bens particulares, sendo uma das primeiras formas detectáveis de prática religiosa/espiritual (NORENZAYAN; SHARIFF, 2008).

O paleoantropólogo Philip Lieberman sugere que isto pode significar uma preocupação pelos mortos que transcende a vida diária. Por volta de 100 mil anos atrás, povos da África do Sul, na caverna de Blombos, faziam uso do ocre para criar desenhos geométricos, criando os primeiros sinais amplamente reconhecidos de comportamento simbólico (NORENZAYAN; SHARIFF, 2008), conforme Figura 23.

Figura 23. Bloco de Ocre.



Fonte: Site National Geographic Portugal - Nº166 Janeiro 2015. Disponível em: <https://nationalgeographic.sapo.pt/79-edicoes/166/347-primeiros-artistas>

O indício mais antigo de prática relacionada à religião do homem e mulher pré-histórico é o sepultamento. A prática da inumação revela uma preocupação com a vida após a morte. Isso é mais ressaltado ainda nos detalhes de preparação e adereços encontrados em inúmeras sepulturas. Por exemplo, o ocre vermelho salpicado em cadáveres é universalmente encontrado, podendo ser substituto ritual do sangue, símbolo da vida.

A posição que o corpo é encontrado também é coberta de significado. Ele é virado para o leste, marcando a intenção de tornar o destino da alma solidário com o curso do Sol, portanto a esperança de um renascimento. E também é posto em forma fetal, tendo a terra, no caso a cova, o simbolismo do útero.

Na Grécia antiga, com o advento da medicina hipocrática, o ser humano tentou racionalizar essas crenças e práticas, retirando-as do mundo mítico e criando um sistema que pudesse entender de forma racional o impacto que atitudes, crenças, hábitos, ambientes e ou ervas causavam no organismo humano. Platão combinava ciência com elementos espirituais, enfatizando a necessidade de tratar a “alma” bem como o corpo físico (REALE, 2012).

Os terapeutas de Alexandria que viviam na região do atual Egito, durante o século I D.C., já demonstravam a preocupação com a saúde do corpo, entendendo-a como efeito da saúde da alma, identificando a origem dos males físicos nos hábitos de comportamento e valores morais. “Viam” as doenças orgânicas como consequências dos desequilíbrios da alma. A ira, o ódio, a inveja, a cobiça, as fobias, a tristeza, a desorientação do desejo, o apego ao prazer, a inconformação e a ignorância, entre outras coisas, eram tidos como a origem das doenças em geral, procurando-se orientar o comportamento, tendo em vista a manutenção da saúde integral, de corpo e de alma (LELOUP, 2007).

A associação entre espiritualidade e cuidados em saúde perpassou toda Idade Média, Moderna e mesmo a Idade Contemporânea, nas quais a religião, de certa forma, controlou o exercício da Medicina. Todavia, no século XVIII, com a evolução da nossa espécie e com a contribuição das inúmeras áreas do conhecimento, e em especial a Filosofia, e principalmente o movimento chamado Iluminismo, inicia um processo de distanciamento gradativo da relação entre espiritualidade e os cuidados em saúde. Tal dicotomia atinge seu ápice a partir do século XVIII, com a afirmação de um estilo de pensamento racionalista para entender os fenômenos que circundam a existência humana, em especial, a saúde da pessoa.

O materialismo promissório da ciência cartesiana e sua complicação

Para compreender o significado de espiritualidade e sua relação no processo saúde-doença, torna-se necessário entender historicamente de que forma se estruturou o estilo de pensamento do profissional da área de saúde sobre os conceitos de cuidado e de saúde.

O atual modelo de cuidado em saúde, orientado para a assistência à doença e não à pessoa, valorizando predominantemente apenas aspectos biológicos e excluindo a complexidade da pessoa multidimensional e do que a envolve, centrado e amparado pela tecnologia e pelo complexo industrial-farmacêutico é reconhecido como Modelo Flexneriano, como discutido nos capítulos anteriores.

Abraham Flexner, em 1910, estruturou, sob influência capital do complexo médico-industrial norte-americano, a reforma das faculdades de Medicina nos Estados Unidos da América por meio de um modelo reducionista e pouco reflexivo (PAGLIOSA, 2008).



Palavra do Professor: Demais determinantes, tais como os aspectos psicossociais, a comunidade na sua história e organização, o ecoambiente e a espiritualidade, não eram considerados para o cuidado à saúde, assim como não eram valorizados nem percebidos no processo de saúde-doença. Tais posturas eram do ponto de vista teórico-metodológico notoriamente positivistas, apontando como único conhecimento seguro o científico, mediante a observação, a experimentação, a verificação e a reprodução.

Esta concepção flexneriana que influenciou todo o Ocidente também estruturou o modelo de ensino e de assistência médica previdenciária brasileira na década de 1940, expandiu-se na década de 1950, orientando ainda a organização dos hospitais universitários de nosso país (SILVA JUNIOR, 2007).

Com o aparecimento da psicanálise de Freud, especialmente as Ciências Biológicas, as quais embasam grande parte da Medicina, ratificou-se um processo de cisão entre duas áreas do conhecimento que sempre caminharam juntas: a Medicina e a espiritualidade (REALE, 2012).

Por outro lado, psiquiatras e psicanalistas, como Carl Gustav Jung e Viktor Frankl, apresentavam contrapontos interessantes valorizando a dimensão espiritual em suas experiências profissionais como terapeutas de pacientes com transtornos mentais.

SAIBA MAIS

Assistam aos dois vídeos indicados a seguir para aprofundar nossa discussão:

• Jung e a espiritualidade. Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=K-dWmZbBlb4>

• Entrevista com Viktor Frankl: a descoberta de um sentido no sofrimento. Disponível em

<https://www.youtube.com/watch?v=ryQj4BlfImE>

Apesar das enormes conquistas impulsionadas pela reforma sanitária brasileira e pela VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, culminando com a criação do Sistema Único de Saúde do Brasil e desenhando um novo modelo de atenção à saúde mais equânime e integral, a formação curricular do profissional de saúde brasileiro continuou limitada nesses aspectos ampliados do cuidado, permanecendo ainda muito influenciada pela disseminação do modelo (científico) flexneriano, sendo, portanto, um entrave para a evolução da assistência integral à saúde da pessoa.



Palavra do Professor: *O método de ensino baseado em evidências científicas, relacionando estatísticas e doenças (e não centrado na pessoa), ainda é o modelo atual e hegemônico de ensino médico e das demais áreas da saúde no Brasil. Nosso método de aprendizado reducionista impossibilita e desvaloriza a percepção de sentidos frente à complexidade da pessoa, reduzindo-a apenas às bases fisiopatológicas e estatísticas reprodutíveis e verificáveis.*

As posturas eram do ponto de vista teórico-metodológico notoriamente positivistas, apontando como único conhecimento seguro o científico, mediante a observação, a experimentação, a verificação e a reprodução. A arte foi substituída pela ciência, sepultando de vez aspectos intrínsecos complementares fundamentais na formação da boa prática médica integral, tais como a percepção e a valorização da subjetividade do ser humano.

Deste modo, nosso método de aprendizado reducionista e até a atualidade reverberado nas escolas médicas impossibilita e desvaloriza a percepção de sentidos frente ao sofrimento humano.



- Seu currículo de graduação contemplou alguma disciplina ou atividade relacionada à reflexão sobre a relação entre saúde e espiritualidade? Quais as suas experiências sobre essa temática durante a graduação ou mesmo na prática profissional?

Se, por um lado, nossa ciência médica se desenvolveu através dessa “tecnologia dura” e, sem dúvidas, trouxe inúmeros benefícios para a humanidade, tais como novas drogas para tratamento de enfermidades, que até então eram fatais, e mesmo conhecimento tecnológico para procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos, imagens radiográficas cada vez mais precisas, contribuindo inclusive para a longevidade da nossa espécie humana; por outro lado, desvalorizou o ser humano na sua complexidade de Ser multidimensional, reduzindo-o ao patológico.

Em 1999, uma Resolução publicada na emenda da Constituição de 07 de abril de 1999, da Organização Mundial de Saúde, propôs incluir o âmbito espiritual no conceito multidisciplinar de saúde, que agrega ainda aspectos físicos, psíquicos e sociais (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG, 2006), o que se caracteriza como um avanço na compreensão da multidimensionalidade constituinte da pessoa e a da importância na abordagem integral como profissionais da área da saúde no processo do adoecer.

CONCLUSÃO

Ao longo da história, a relação entre saúde e espiritualidade apresentou aproximações e distanciamentos, mediados pelo contexto social de cada período histórico. Apesar da hegemonia biologicista, cada vez mais a espiritualidade tem ganhado espaço nas discussões da área da saúde.

TÓPICO 2 - O SENTIDO DO CUIDADO INTEGRAL E A DIMENSÃO ESPIRITUAL

Objetivo: Neste tópico vamos apresentar os conceitos de espiritualidade e religiosidade, e compreender a importância da dimensão espiritual no cuidado em saúde.

O cuidado é uma relação intersubjetiva que se desenvolve em um tempo contínuo, e que, além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para negociação e para a inclusão do saber e das necessidades do outro (PINHEIRO; MATTOS, 2005).

Conceito: Cuidado integral em saúde: não é apenas um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico, mas uma ação integral que possui significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde, como o “direito de ser”, e pensar este direito de ser na saúde é ter “cuidado com as diferenças dos que são portadores não somente de doenças, mas de necessidades específicas (PINHEIRO; MATTOS, 2005).

E, além disto, é garantir o acesso a outras práticas terapêuticas, permitindo a participação ativa da pessoa na decisão acerca da melhor tecnologia médica a ser por ela utilizada (ANDRADE, 2002).

O modelo biomédico atual que orienta o conjunto das profissões em saúde, ao se apoiar nos meios diagnósticos para evidenciar lesões e doenças, afastou-se do ser humano sofredor como totalidade viva, e permitiu que o diagnóstico substituísse a atenção e o cuidado integral à saúde. Entretanto, mais do que o diagnóstico, as pessoas desejam se sentir cuidadas e acolhidas em suas demandas e necessidades (ANDRADE, 2002).

A integralidade pode ser entendida como uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde do Brasil, por meio de uma forma de política organizacional de práticas e serviços de saúde e também percebida como uma atitude profissional (MATTOS, 2001). É neste último aspecto que se ressalta a importância da integralidade no cuidado da pessoa.



- Mas afinal o que é espiritualidade? E a religiosidade, não é a mesma conceituação?

Conceito: Espiritualidade pode ser entendida como aquilo que traz propósito à vida das pessoas. Uma propensão humana que busca significado à existência por meios que transcendem o tangível, a qual pode ou não incluir uma participação religiosa (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001).

É um fenômeno que se explica no real e evoca a ciência para poder compreendê-lo. A percepção espiritual da realidade dá à pessoa uma dimensão mais ampla de significados para os eventos da vida diária e pode reorganizar subjetivamente suas experiências.

Para Viktor Frankl, esta percepção de sentido transcendente no cotidiano é a força motriz da existência humana, podendo ser atingida por meio da religião, ou mesmo da meditação, arte, contato com a natureza, sofrimento e relacionamentos afetivos (FRANKL, 2000).

Paul Tillich, importante teólogo do século XX, afirma que “Deus é imanente ao mundo como seu fundamento criativo permanente e transcendente ao mundo pela liberdade. Tanto a divindade infinita quanto a liberdade humana finita tornam o mundo transcendente para Deus e Deus transcendente para o mundo” (TILLICH, 2005).

Conceito: Já **Religiosidade** é o aspecto institucional da espiritualidade, relacionada com crenças, rituais, escritas e símbolos (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG, 2006). Uma forma dogmática, podendo inclusive ser distorcida por forças socioeconômicas, culturais e políticas (STEINHAUSER et al., 2006).

Muito embora alguns autores vejam a distinção entre religiosidade e espiritualidade como desnecessária, a espiritualidade é considerada mais primordial, pura e diretamente relacionada com a alma.

Assim, pode-se notar que alguns indivíduos demonstram um alto grau de espiritualidade sem pertencer a uma religião instituída, outros têm sua espiritualidade fundamentada na religião, e existem ainda aqueles que se vinculam às relações sociais da religião, expressando, frequentemente, laços étnicos e familiares.

O termo espiritualidade começou a receber maior atenção da Medicina na última década e não há mais dúvida da importância dos aspectos religiosos ou espirituais no cuidado dos pacientes, embora ainda haja questionamentos a respeito de como acessar a dimensão espiritual do ser humano e em que consiste o bom “cuidado espiritual” (WILLIAMS, 2006).

Relacionando espiritualidade com cuidado em saúde na prática médica, percebe-se que os pacientes querem ser tratados como pessoas, e não como doenças, e serem observados em sua totalidade, incluindo aspectos físico, emocional, social e espiritual (OKON, 2005).

CONCLUSÃO

A espiritualidade no seu sentido mais amplo tem importância real no cuidado em saúde, representando uma ampliação do conceito de integralidade.

TÓPICO 3 - ABORDANDO QUESTÕES ESPIRITUAIS NA PRÁTICA CLÍNICA

Objetivo: Neste tópico vamos apresentar alguns instrumentos que incluem a espiritualidade na prática médica e demonstrar sua importância no cuidado integral.

A relação entre espiritualidade e saúde

A necessidade de uma percepção ampliada de ser humano urge na atualidade, pois estamos vivendo numa era de distorção intensa de valores morais e éticos, pouca solidariedade, forte individualismo, desamor, consumo irreflexivo e competitividade inconsequente.

As relações sociais provocadas pelo consumo chegam a tal ponto que todas as relações passam a ser reduzidas às relações de consumo. Inclusive as mais profundas relações afetivas – amizades, namoros, casamentos. O outro, diante do eu, passa agora a ser tomado também como objeto de consumo, útil enquanto oferece satisfação, e dispensável ao fim da utilidade.

As relações humanas dos indivíduos que se constroem pelo consumo acabam sendo, como eles próprios, imagem do consumo, e acabam por gerar uma fluidez, uma fragilidade cada vez mais acentuada nos relacionamentos humanos (BAUMAN, 2006).

NA PRÁTICA

“ Um olhar integral – Nem tudo é culpa do Helicobacter Piloni”. Há pouco mais de 1 ano atendi no ambulatório de clínica médica uma profissional da área de saúde, dedicada e competente em suas funções, devido à dispepsia. Percebi em seu olhar uma angústia profunda durante a coleta da história clínica. Tinha seus trinta e poucos anos, gostava da profissão e atuava em grandes emergências e resgates na BR 101, tabagista e etilista social, solteira, sem filhos e sem doenças prévias significativas. Negava perda de peso, assim como outros “sinais de alarme”. Após seguir toda a abordagem semiológica tradicional e não “encontrar” nenhum sinal ou sintoma digno de nota, propus medidas comportamentais em relação à alimentação e ao tabagismo, além de uma prova terapêutica com inibidor de bomba de próton por 2 semanas e, se não tivéssemos êxito, progrediríamos a investigação com exames complementares e endoscópico. Essa foi uma abordagem biologicista baseada em evidências científicas, concordam? Apesar de não abrir mão desse conhecimento científico baseado em evidências matemáticas/epidemiológicas, tenho hábito de aprofundar para outras dimensões constituintes da pessoa. E isso não tem em *guidelines*!!! Tem na sensibilidade, tem na intencionalidade, tem no afeto e na atenção. Isso é um olhar integral! Portanto, “lancei a seguinte questão: - Ana (nome fictício), percebi em seu olhar uma angústia profunda. Além da sua queixa digestiva, existe algo a mais que lhe traz sofrimento? B I N G O!!!!

Agora a consulta começou de verdade! Choro compulsivo, e ao mesmo tempo uma alegria de pode falar da injustiça (por ela entendida), de ter sido realocada de suas funções assistenciais para funções burocráticas no hospital em que trabalhava e ter seu salário redimensionado. Além disso me confidenciou sua homossexualidade e a dificuldade que seu pai tinha de respeitar suas escolhas... Nosso vínculo começava de forma intensa, pois ela percebia que eu tinha um interesse maior do que resolver sua dispepsia “ponta do iceberg”. Bem-vindos à apresentação de uma pessoa cujo processo do adoecer foi multidimensional. Notem que as relações sociais, trabalho, renda, família, nesse caso influenciaram de modo significativo o surgimento do sintoma. Por mais que eu não tenha diretamente como intervir em sua relação trabalhista ou em sua família, tal oportunidade de discutir possibilidades e se mostrar um profissional de saúde atento e solidário às suas questões potencializam em muito a chance de sucesso terapêutico. Discutimos sobre possibilidades e estratégias para o enfrentamento, leituras, aumentar o contato com a natureza (praticava stand up), meditação, além da receita da medicação referida por duas semanas. Pensei comigo: Vou erradicar a *Helicobacter Piloni* dessa vez com Viktor Frankl (o livro) e seu sentido no sofrimento! Percebam que a dimensão espiritual pode ser “acessada” nessa anamnese a partir de um sofrimento e seu enfrentamento, desenvolvendo práticas pessoais de transcendência (no caso da paciente maior contato com a natureza) e mesmo resiliência para a situação adversa. Essa abordagem não é prescritiva, como o inibidor de bomba de prótons que ela recebeu para sua dispepsia, mas um convite a um despertar profundo e individual, para que consiga superar sua adversidade.

SAIBA MAIS

Assista ao vídeo “Estratégias para vida” de Bauman, para aprofundar seus conhecimentos sobre esse assunto: <https://www.youtube.com/watch?v=lyhOBYoBnsU>

Na área da saúde e especificamente durante a assistência médica temos a grande oportunidade de não somente diagnosticar e tratar patologias, mas também prevenir e promover saúde.



Palavra do Professor: *É um momento de interação especial entre pessoas que precisam se inter-relacionar de maneira profunda – um encontro de quem precisa de auxílio e de quem, a priori, tem conhecimentos específicos para acolher, auxiliar e aconselhar. Para que essa relação aconteça, precisamos ter um olhar profundo sobre o cuidar da pessoa, perceber não apenas a expressão física de suas queixas, mas também valorizar o psíquico (sentimentos, emoções, intuições, razões), suas crenças, valores, significados e propósitos de vida, enfim, sua espiritualidade, como uma maneira de ser diante dos desafios da vida no processo saúde-doença.*

Para isso, além de tempo adequado para um acolhimento solidário, temos que ter as premissas de uma boa relação médico-paciente: atenção, intenção e amor ao próximo. Quando não estamos aptos a perceber a complexidade do ser humano multidimensional em seus aspectos de significados e propósitos, sua maneira de reconhecer seu processo de saúde-doença e sua capacidade de recuperação, perdemos oportunidades de realmente auxiliar na essência do processo patológico.

Contudo, a contemporaneidade tem renovado seu interesse no assunto e, cada vez mais, pesquisas na área da saúde são conduzidas para validar a importância dessa interface Medicina, saúde e espiritualidade.

No final da década de 1980, epidemiologistas norte-americanos relacionaram práticas espirituais/religiosas com indicadores de saúde, percebendo de forma inédita que entre os praticantes religiosos, por meio de orações e/ou cultos religiosos, havia melhora na qualidade de vida, longevidade, menos doença física e mental (KOENIG, 2012).

É verdade que muitas dessas associações podem ser explicadas por outras variáveis já reconhecidamente impactantes no modus operandi da saúde, como menor consumo de álcool e drogas, maior apoio social, maior prática de exercícios físicos, entre outros. Entretanto, tem-se verificado que mesmo esses fatores ou estilos de vida têm sido influenciados por diretrizes religioso-espirituais (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG, 2006).

O termo espiritualidade começou a receber maior atenção da Medicina na última década e não há mais dúvida da importância dos aspectos religiosos ou espirituais no cuidado das pessoas, embora ainda haja questionamentos a respeito de como acessar a dimensão espiritual do ser humano (LUCCHETTI, 2010).

Na área da pesquisa médica, as principais publicações de relevância em periódicos indexados com elevados níveis de evidência estão, entre outras, nas áreas de cuidados paliativos em oncologia, na síndrome da imunodeficiência adquirida e na saúde mental.

SAIBA MAIS

Assista ao vídeo “A morte é um dia que vale a pena viver” da médica Ana Claudia Quintana Arantes gravado para o TEDxFMUSP. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ep354ZXKBEs>

Pesquisas na área de neurociências vêm desvelando o eixo psico-neuro-endócrino-imunológico e sua relação com o altruísmo, a compaixão, a solidariedade, a amorosidade, o enfrentamento (*coping*) religioso/espiritual e bem-estar, ou mesmo resposta imunológica reacional ao estresse.

NA PRÁTICA

O poder da compaixão e do perdão como efeito positivo sobre o sistema imune foi observado por McClelland et al. (1988). Ele estudou 70 estudantes que foram assistir a um filme de Madre Tereza de Calcutá e comparou com outros 62, que assistiram a um sobre o triunfo dos aliados na II Grande Guerra. Foram dosadas as imunoglobulinas A salivares (IgA) nos dois grupos. Os resultados mostraram que havia aumento significativo da IgA salivar nos estudantes que assistiram ao filme de Madre Tereza em relação ao grupo que assistiu ao filme de guerra. Eles sugerem que há uma ativação positiva do sistema imune. Um segundo estudo feito, medindo-se os efeitos da visualização das curas de Madre Tereza, mostrou aumento da IgA e da regulação positiva do sistema imune.

SAIBA MAIS

Leia esse artigo “The effect of motivational arousal through films on salivary immunoglobulin” na íntegra acessando o link a seguir:

<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08870448808400343>



- Tais publicações já não são mais novidades entre produções científicas de relevância internacional. Será que estamos entrando na era da “Medicina baseada em espiritualidade”?

SAIBA MAIS

Assista ao vídeo “A biologia da crença”, de Bruce Lipton, e reflita sobre esta questão.

Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=FJQGC1GBHSY>

Relacionando espiritualidade e cuidado em saúde na prática médica, percebemos que os pacientes querem ser tratados como pessoas, e não como doenças, e serem observados em sua totalidade, incluindo aspectos físico, psíquico, social e espiritual (WILLIAMS, 2006).

A partir desta visão ampliada de que o processo saúde-doença perpassa dimensões biofísicas, psíquicas, espirituais e socioculturais, precisamos criar, de forma inovadora, métodos de acessar e, principalmente, valorizar a espiritualidade, fazendo com que nosso cuidado à pessoa seja realmente integral.

Alguns destacados pesquisadores na área médica, entre eles Harold Koenig e Christina Puchalski, recentemente validaram escalas de como e quando acessar informações relevantes sobre a espiritualidade/religiosidade, relacionando-as com a saúde, não somente entre pessoas enfermas, mas também entre profissionais assistenciais da área da saúde (LUCCHETTI, 2010).

SAIBA MAIS

Acesse o artigo que traz o instrumento na íntegra em:
<http://www.amemg.com.br/wp-content/uploads/2012/01/Espiritualidade-na-pr%C3%A1tica-cl%C3%ADnica-o-que-o-cl%C3%ADnico-deve-saber.pdf>

As dificuldades não são poucas, pois existem conflitos de entendimento, crenças distintas e muita resistência entre os próprios profissionais de saúde, professores, alunos, médicos e mesmo de algumas pessoas enfermas sobre quando acessar, como acessar, por que acessar, e se essa abordagem do cuidado em saúde ampliado realmente trará benefícios ao paciente (FORTIN, 2004; KING, 2004).

Tais dúvidas podem se relacionar ao desconhecimento e, como o telescópio para Copérnico iniciar a elaboração teórica do heliocentrismo, a compreensão da espiritualidade, a sua pesquisa e a aplicação poderão ser instrumento para trazer enormes contribuições à saúde e ao bem-estar do ser humano.

A espiritualidade e a formação médica

Em relação ao ensino médico, uma disciplina na formação médica que fomente a discussão sobre espiritualidade e sua relação com o processo saúde-doença é inexistente nos currículos obrigatórios dos médicos no Brasil, como já abordamos anteriormente (LUCCHETTI, 2010). Isso nos causa perplexidade quando pensamos sobre a humanização do cuidado integral à pessoa.



Palavra do Professor: *Tão essencial quanto perceber a influência da espiritualidade no cuidado de condições patológicas, é compreender a maneira como esse assunto poderá ser abordado durante a formação do graduando em Medicina e demais áreas da saúde.*

Os Estados Unidos da América perfazem a maior fonte de literatura científica a respeito de educação médica em espiritualidade, o que é um reflexo do grande número de escolas que já veem na espiritualidade um tema a ser discutido durante a graduação.

Segundo a Associação Médica Americana, em 1992 apenas 2% dos cursos de Medicina norte-americanos disponibilizavam uma disciplina que oferecia aos médicos graduandos temas relacionados com a espiritualidade. Em 2004 esse número cresceu para 67%. Os métodos de ensino utilizados nesses programas incluem palestras sobre o tema, discussões em pequenos grupos, leituras e aplicações de questionários (KING, 2004; HULL, 2001). No Reino Unido, 59% das escolas médicas já oferecem algum tipo de curso relacionado à espiritualidade (NEELY, 2008).

Já no Brasil, apesar de ser um dos maiores países religiosos do mundo, pouquíssimas escolas médicas oferecem cursos sobre a interface Medicina/espiritualidade. Menos de 10% das aproximadamente 180 Faculdades de Medicina no Brasil abordam o tema nos currículos médicos (LUCCHETTI, 2010).

Esta dicotomia de pensamentos e necessidades entre os profissionais da área da saúde de formação biologicista estrita, e de pessoas que valorizam sua religiosidade/espiritualidade, merece ser pesquisada na tentativa de entender o que impede a ampliação do olhar do cuidador frente ao ser humano em sua multidimensionalidade.

No Brasil, a Universidade Santa Cecília, localizada em Santos/São Paulo, foi a pioneira em 2002, incluindo em seu currículo médico optativo disciplinas que tratam da saúde e da espiritualidade, seguida da Universidade Federal do Ceará, somente em 2006.

Em anos posteriores, Universidade de São Paulo, do Rio Grande do Norte e do Triângulo Mineiro completaram o cenário atual de instituições que oferecem a discussão do assunto em nível acadêmico de graduação médica, sendo todas as disciplinas abordadas no currículo optativo (DANTAS, 2007).



Palavra do Professor: *A resistência na introdução de cursos sobre espiritualidade no currículo médico não é somente pela escassez de estudos nacionais sobre o assunto, mas também pelo estilo de pensamento biologicista e fragmentado, predominante entre os docentes e profissionais da área da saúde que atuam na formação profissional.*

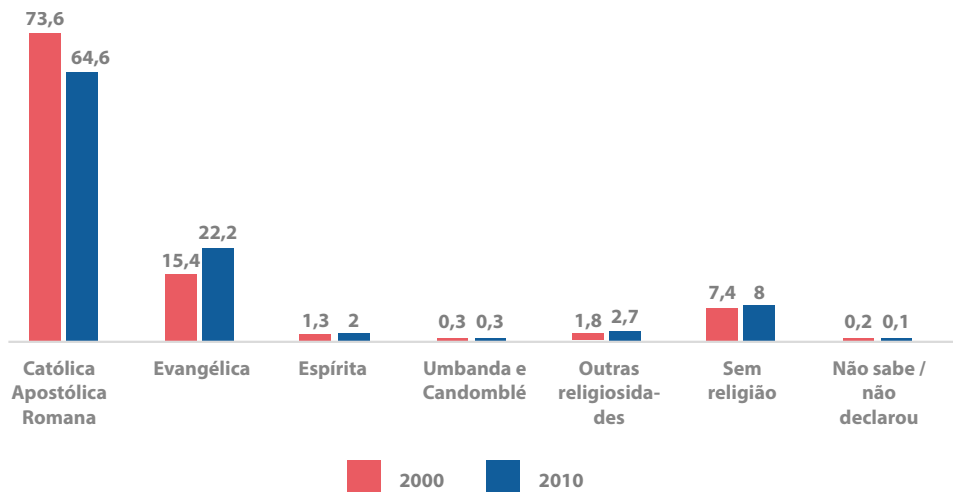
A dicotomia aparentemente existente entre a Medicina, ciência objetiva, e a espiritualidade e a dimensão subjetiva do ser humano, torna a maioria dos médicos formados, no tradicional modelo flexneriano, pouco receptivos a aceitar e lidar com questões metafísicas de seus pacientes.

Pesquisas realizadas entre a população geral e médicos norte-americanos estudando crenças e o comportamento religioso/espiritual relacionando-os com a assistência médica foram desenvolvidas nesta última década, revelando que 95% das pessoas acreditam em Deus, 77% acreditam que os médicos devem considerar as suas crenças espirituais, 73% acreditam que devam compartilhar as suas crenças religiosas com o profissional médico e 66% demonstram o interesse de que o médico pergunte sobre a sua espiritualidade. No entanto, apenas 10% a 20% relataram que os médicos discutiram a espiritualidade com elas (OKON, 2005; LARSON, 2000). Muitos médicos dizem que se sentem desconfortáveis ao falar sobre assuntos religiosos/espirituais, ou que não tem tempo para lidar com isso.

Outros não consideram os assuntos espirituais como parte de seu trabalho, não entendem por que deveriam ser, não sabem como e nem quando introduzi-los, e sequer imaginam quais seriam os resultados caso os incluíssem (ANAYA, 2002; COWAN, 2003; MARR, 2007).

Porém, não há como negar a importância da crença para o brasileiro, conforme demonstra a figura 24, o que inegavelmente afeta seus modos de andar a vida. Em consequência, na lógica de integralidade, isso deve fazer parte do diálogo nos encontros entre profissionais e pacientes.

Figura 24. Classificação percentual dos grupos religiosos e comparação dos censos de 2000 e 2010.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000/2010.

Na literatura médica, em cuidados paliativos e saúde mental, o tema religiosidade e espiritualidade ganha bastante importância e destaque. O papel da espiritualidade em pacientes com câncer ou portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida é revisto, ressaltando os domínios do significado da esperança, do amor e dos relacionamentos. Avaliações e intervenções espirituais destacadas para a promoção do conforto e a diminuição da dor foram: a vontade de escutar, a atenção e a aceitação (MARR, 2007; NEWSHAN, 1998).

Há atualmente uma tendência na formação de modelo multidisciplinar envolvendo aspectos espirituais no tratamento da dor no câncer, discutindo o papel de vários profissionais das áreas da saúde, tais como psicólogos, enfermeiros, oncologistas, psiquiatras, capelães e religiosos, em que cada um desempenha um papel específico, relacionando-se com a pessoa enferma (MARR, 2007).

Esta nova etapa do conhecimento científico reconhece a espiritualidade na abordagem integral no cuidado do ser humano, por meio de uma visão auto-organizativa, relacionando-a ao sentido do viver no mundo e ao processo saúde-doença, desvelando-se a partir de um movimento da expressão legítima da criatividade natural do ser humano, em toda a sua complexidade multidimensional.



Palavra do Professor: *A atitude de um médico que, diante de uma pessoa, busca prudentemente reconhecer para além das demandas explícitas relacionadas às necessidades de ações de saúde, como as relacionadas ao diagnóstico precoce e à redução de fatores de risco; mas, também, a uma valorização da experiência de significado e de sentido dessa pessoa frente ao sofrimento, ilustra um sentido de integralidade no cuidado da pessoa profundamente ligado aos ideais da Medicina integral.*

NA PRÁTICA

“Um olhar integral – Quando menos é mais!”: outro caso que marcou minha carreira de médico clínico assistencial recentemente. Aos meus cuidados foi internado um jovem de 23 anos portador de tumor cerebral que já havia feito, sem sucesso, o tratamento oncológico por meio de neurocirurgia, radioterapia e quimioterapia nos últimos 8 meses e, devido a convulsões e rebaixamento de consciência, foi admitido em nosso hospital. Quando bato a porta e entro no quarto, encontro sua mãe lhe acariciando o rosto com a mão direita e com a mão esquerda segurando um terço. Eram pouco mais de 7:30 da manhã e o quarto ainda estava em penumbra, quando me aproximo e, em silêncio, percebo o enorme carinho tanto quanto o sofrimento de ver seu filho diante da finitude irreversível. Me apresento e converso sobre a situação clínica de seu filho, percebo a mãe resiliente, diferentemente do pai que chega em seguida. Explico que cuidaremos de seu filho com muito carinho e mesmo sabendo que a doença oncológica está em franca progressão, temos algo a oferecer. Temos um suporte clínico para mantê-lo sem convulsões, sem dor e sem sofrimento físico por meio de analgesia com opioides e sedativos, assim como anticonvulsivantes. Demais medidas, naquele momento, seriam fúteis e prolongariam seu sofrimento. O pai, chorando, me perguntou: - Por que aconteceu isso conosco? Um filho tão bondoso... e morrerá tão jovem!! Imediatamente pensei em meus dois filhos e o abracei. Falei ainda abraçado que iria cuidar do filho dele com muito respeito e carinho. Perguntei ao casal se gostariam de oferecer algum “suporte espiritual” naquele momento, pois imaginei que eram religiosos pela cena inicial. A mãe disse que seu filho participava de um grupo de orações com outros jovens. Apesar de nosso hospital não oferecer um serviço de capelanía, solicitei ao chefe da enfermagem que autorizasse o grupo de jovens subir e realizar um apoio espiritual. Nos dois dias seguintes, apesar do agravamento da doença, seus pais, um pouco mais confortados, disseram que essa oportunidade fez a diferença em seus corações e que, apesar da dor, seu filho estava recebendo o melhor que poderíamos oferecer. E assim seguimos o cuidado diário até que na semana anterior da redação deste capítulo ocorreu o falecimento do jovem paciente. Neste caso a espiritualidade, tanto da família quanto do próprio paciente, era vivida por meio da religiosidade, o que de certa forma facilita a compreensão para alguns quando ofereci um “suporte espiritual”. Além disso, o olhar profissional precisa extrapolar a relação médico-paciente e ampliar para relação familiar e mesmo equipe interdisciplinar de saúde assistencial, as quais também se mobilizam e sofrem com o processo de finitude. Esta experiência de aproximar a dimensão espiritual (e, nesse caso, religiosa) entre todos da equipe foi altamente positiva, fortalecendo vínculo e sentido de pertencimento.

A complexidade do objeto da saúde exige recriar a atuação dos profissionais de vários campos do conhecimento que atuam na área saúde, especialmente os médicos, já que a complexidade do ser humano não é redutível à organização da atenção em determinado nível, mas sim a uma necessidade de percepção ampliada da pessoa em todas as suas dimensões (física, psíquica, espiritual e sociocultural), por meio de ações interdisciplinares no cuidado integral.

CONCLUSÃO

Nossa intenção foi, a priori, trazer a você, leitor, uma oportunidade de compreensão do cuidado integral à saúde da pessoa, baseado em evidências científicas e amparado pelo compromisso com a vida. Na atualidade, nossa sociedade clama por um olhar mais amoroso e fraterno e na área da saúde não é diferente. Temos a oportunidade de conciliarmos a ciência com a arte. A arte de perceber, de tocar, de ser solidário e desenvolver compaixão, enfim, AMAR! A dimensão espiritual, em sua subjetividade, relaciona-se com o sagrado para cada um de nós e precisa ser vivida em nossos corações, independente se somos religiosos ou não.

Apesar de tanto desenvolvimento técnico-científico, nunca se percebeu tanto a angústia coletiva na qual nossa sociedade se afunda a cada dia, com tanta desesperança, consumo irreflexivo, competitividade e violência de inúmeras formas de expressão. Tanto na formação quanto na prática profissional estamos buscando ampliar esse olhar para as dimensões constituintes da pessoa. Muitas vezes, a “ponta do iceberg”, a organificação do processo saúde-doença, já aprendemos a identificar e temos ferramentas para tratar esse desequilíbrio, porém precisamos desenvolver e valorizar as outras dimensões que, de modo profundo, influenciam nossa saúde. Precisamos inclusive encontrar sentido em nossas próprias escolhas de sermos profissionais da área de saúde, porque assim como Frankl (2000) em seu livro em busca de sentido, refere: - Quem tem um porquê suporta quase qualquer como! Precisamos estar sempre atentos ao nosso “Eu profundo”, que nos move em direção a uma satisfação e alegria pelo amor à vida.

Referências

ANAYA, C. J. Religion and health. **Mayo Clinical Proceedings**. 77, p. 600-601, 2002.

ANDRADE, M. M. **A vida comum**: espaço, cotidiano e cidade na Atenas Clássica. Rio de Janeiro: Eduff, 2002.

BAUMAN, Z. **Vida Líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

COWAN, J. D.; BURNS, D.; PALMER, T. W.; SCOTT, J., FEEDBACK, E. A palliative medicine program in a community setting: 12 points from the first 12 months. **American Journal of Hospice and Palliative Care**, Thousand Oaks, v. 20, n. 6, p. 415-433, 2003.

DANTAS FILHO, V. P.; SÁ, F. C. Ensino médico e espiritualidade. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 273-280, 2007.

FORTIN, A. H.; BARNETT, K.G. Medical School Curricula in Spirituality and Medicine. **JAMA**, Boston, v. 23, p. 2883, 2004.

FRANKL, V. E. **Man's search for meaning**. Boston: Houghton Mifflin, 2000.

HULL, S. K.; DILALLA, L. F.; DORSEY, J. K. Student Attitudes toward Wellness, Empathy, and Spirituality in the Curriculum. **Academic Medicine**, New México, v. 76, n. 5, p. 520, 2001.

KING, D. E.; BLUE, A.; MALLIN, R.; THIEDKE, C. Implementation and Assessment of a Spiritual History Taking Curriculum in the First Year of Medical School. **Teaching and Learning in Medicine**, Illinois, v. 16, p. 64-68, 2004.

KOENIG, H. G.; COHEN, H. J.; GEORGE, L. K.; HAYS, J. C.; LARSON, D. B.; BLAZER, D. G. et al. Attendance at religious services, interleukin-6 and other biological parameters of immune function in older adults. **International Journal of Psychiatry Medicine**, Thousand Oaks, v. 27, n. 3, p. 233-250, 1997.

KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M.; LARSON, D. B. **Handbook of religion and health: A Century of Research Reviewed**. New York: Oxford University Press, 2001.

KOENIG, H.G. **Medicina, religião e saúde**: O encontro da ciência e da espiritualidade. Porto Alegre: L&PM, 2012.

LARSON, D.B.; KOENIG, H.G. Is God good for your health? The role of spiritual in medicine care. **Cleveland Clinical Journal of Medicine**, Cleveland, v. 67, n. 2, p. 80-84, 2000.

LELOUP, J.Y. **Cuidar do ser**. Filon e os Terapeutas de Alexandria. Petrópolis: Vozes, 2007.

LUCCHETTI, G.; GRANERO, A. Integration of spirituality courses in Brazilian medical schools. **Medical Education**, New Jersey, v. 44, p. 527-530, 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H.G. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality. **Social Science & Medicine**, New York, v. 63, n. 4, p. 843-5, 2006.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MARR, L.; BILLING, J.A.; WEISSMAN, D.E. Spiritual training for palliative care fellows. **Journal of Palliative Medicine**, New York, v. 10, n. 1, p. 169-177, 2007.

NEWSHAN, G. Transcending the physical: spiritual aspects of pain in patients with HIV and/or cancer. **Journal of Advanced Nursing**, New Jersey, v. 28, p. 1236-1241, 1998.

NEELY, D.; MINFORD, E.J. Current status of teaching on spirituality in UK medical schools. **Medical Education**, New Jersey, v. 42, p. 176-182, 2008.

NORENZAYAN, A.; SHARIFF, A. F. The origin and evolution of religious prosociality. **Science**, New York, v. 322, p. 58-62, 2008.

OKON, T. R. Spiritual, religious, and existential aspects of palliative care. **Journal of Palliative Medicine**, New York, v. 8, n. 2, p. 392-414, 2005.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/IMS/UERJ-Abrasco, 2005.

PAGLIOSA, L. F; DA RÓS, M.A. O Relatório Flexner: Para o bem ou para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-498, 2008.

REALE, G. **Corpo, alma e saúde**: O conceito de homem de Homero a Platão. São Paulo: Paulus, 2002.

STEINHAUSER, K. E.; VOILS, C. I.; CLIPP, E. C.; BOSWORT, H. B.; CHRISTAKIS, N. A.; TULSKY, J. A. Are you at peace? One item to probe spiritual concerns at the end of life. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 166, n. 1, p. 101-105, 2006.

SILVA JUNIOR, A. et al. Modelos Assistenciais em Saúde: Desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C. et al. (Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007.

TILLICH, P. **Teologia Sistemática**. 6. ed. São Leopoldo: Sinodal, 2005.

WILLIAMS, A. L. Perspectives on spirituality at the end of life: a meta-summary. **Palliative Support Care**, Cambridge, v. 4, n. 4, p. 407-417, 2006.

PÓS-FÁCIO

Prof.^a Maria Cristina Marino Calvo

O Núcleo Telessaúde de Santa Catarina ampara as equipes de Atenção Básica no estado desde 2007, com a missão de atender as demandas de educação permanente e de apoio clínico-assistencial em saúde, por meio da tecnologia digital.

Os serviços de Teleconsultoria, Telediagnóstico, Tele-educação e Segunda Opinião Formativa são suportados por com uma equipe qualificada, de quase 100 colaboradores, que trabalham na oferta e no aprimoramento das ações, produtos e serviços requisitados por gestores e profissionais da rede pública de saúde em todos os municípios catarinenses.

A cobertura e a abrangência de serviços que atingimos em dez anos de atuação somente foram possíveis pelas importantes parcerias que nos auxiliaram nessa missão. A elaboração desse livro é um exemplo concreto de uma parceria que contribuirá especialmente na oferta de cursos a distância pelo Núcleo Telessaúde.

Os capítulos deste livro foram elaborados a partir das especificidades dos objetos de aprendizagem pensados para a educação a distância, com linguagem clara e direta, de leitura interativa e atraente.

A integração dos autores com o Núcleo Telessaúde Santa Catarina buscou garantir que os conteúdos desenvolvidos no livro realmente auxiliem as equipes de Atenção Básica na problematização de suas práticas e na transformação do processo de trabalho, com consequentes qualificação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Assim, este livro, além de promover a reflexão crítica dos leitores, sustentará a qualificação dos profissionais da Atenção Básica por meio da oferta de minicursos organizados pelo Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina a partir de seus capítulos.

Socializando o conhecimento por diferentes mídias, com múltiplos parceiros, diferentes olhares e inserções, buscamos apoiar os inúmeros profissionais de saúde que, todos os dias, atuam em nosso sistema público de saúde e anseiam por garantir sua qualidade, com responsividade às necessidades da população brasileira.

