

Universidade Federal do Maranhão
UNA-SUS/UFMA

Cadernos de Saúde da Família

Saúde e Sociedade

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira
Claudio Vanucci Silva de Freitas
Deborah de Castro e Lima Baesse
Eurides Florindo de Castro Júnior
Judith Rafaelle Oliveira Pinho
Paola Trindade Garcia



SAÚDE E SOCIEDADE

Universidade Federal do Maranhão
UNA-SUS/UFMA

SAÚDE E SOCIEDADE

São Luís



2015



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof. Dr. Natalino Salgado Filho

Reitor

Prof. Dr. Antonio José Silva Oliveira

Vice-Reitor

Prof. Dr. Fernando de Carvalho Silva

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

Prof.^a Dr.^a Nair Portela Silva Coutinho

Diretora do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira

Diretor

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Ricardo Zimbrão Affonso de Paula; Prof. Dr. Osvaldo Ronaldo Saavedra Mendez;

Prof. Dr. Jadir Machado Lessa; Prof.^a Dr.^a Arlene de Jesus Mendes Caldas;

Prof.^a Dr.^a Mariléia Santos Cruz da Silva; Bibliotecária Gilvane Carvalho Ferreira;

Prof.^a Dr.^a Mônica Teresa Costa Sousa

Projeto de design

Eurides Florindo de Castro Júnior

Hudson Francisco de Assis Cardoso Santos

Marcio Henrique Sá Netto Costa

Normalização

Edilson Thalison da Silva Reis

Revisão de texto

Fábio Allex

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

Saúde e sociedade / Paola Trindade Garcia et al. (Org.). - São Luís: EDUFMA, 2015.

82 p. : il. (Cadernos de Saúde da Família n. 1)

ISBN 978-85-7862-451-4

1. Saúde e sociedade. 2. Atenção Básica à Saúde. 3. SUS/saúde pública. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Oliveira, Ana Emília Figueiredo de. II. Freitas, Claudio Vanucci Silva de. III. Baesse, Deborah de Castro e Lima. IV. Castro Júnior, Eurides Florindo de. V. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. VI. Garcia, Paola Trindade. VII. Título.

CDU 614.2

Impresso no Brasil

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte deste livro pode ser reproduzida, armazenada em um sistema de recuperação ou transmitida de qualquer forma ou por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia, microfilmagem, gravação ou no outro, sem permissão do autor.

INFORMAÇÃO SOBRE OS AUTORES

Ana Emília Figueiredo de Oliveira: Graduada em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF), especialização em Radiologia Odontológica e Endodontia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), mestrado e doutorado em Radiologia Odontológica pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e pós-doutorado/professora visitante pela Universidade da Carolina do Norte, em Chapel Hill - EUA. É professora associada do Departamento de Odontologia I, professora dos programas de pós-graduação em Odontologia e em Saúde do Adulto e da Criança da UFMA, coordenadora da Universidade Aberta do SUS da Universidade Federal do Maranhão (UNA-SUS/UFMA) e do Provac/UFMA. Como pesquisadora, atua principalmente nos seguintes temas: tecnologia e inovação em educação na saúde, repercussões das alterações bucais sobre a saúde da mulher e Atenção Primária à Saúde.

Claudio Vanucci Silva de Freitas: Graduado em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), com especialização em Implantodontia pela Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas (APCD/SJC) e mestrado em Odontologia pela UFMA. Doutorando do programa de pós-graduação em Odontologia da UFMA e integrante do Núcleo Pedagógico da Universidade Aberta do SUS da Universidade Federal do Maranhão (UNA-SUS/UFMA), na função de supervisor de conteúdo. Atua principalmente em Saúde Coletiva, cirurgia oral, implantes dentários, próteses sobre implantes e periodontia.

Deborah de Castro e Lima Baesse: Graduada em Pedagogia pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), com especialização em Supervisão Educacional pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas), especialização em Psicopedagogia pelo Instituto Sedes Sapientiae, mestrado em Educação pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), mestrado profissional em Pedagogia Profissional pelo Instituto Superior Pedagógico para La Educación Técnica y Profesional. É discente do programa de pós-graduação em Ciências Médicas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e docente do Departamento de Educação I da UFMA, atuando no ensino, pesquisa e extensão em gestão de projetos sociais e educacionais, nas áreas de educação, informação e saúde, e desenvolvimento social e comunitário.

Eurides Florindo de Castro Júnior: Graduado em Comunicação Social – Publicidade e Propaganda pela Universidade Ceuma, Especialista em Gestão de Negócios pelo IBMEC-RJ e é mestrando do Programa Pós-Graduação em Design da Universidade Federal do Maranhão - PPGDG-UFMA. Atualmente é Coordenador Adjunto da Universidade Aberta do SUS da Universidade Federal do Maranhão UNASUS/UFMA. Possui experiência em Gestão Educacional na modalidade presencial e a distância, Gestão de Negócios, Gerenciamento de Tecnologias e Hipermídias e é membro do grupo de pesquisa Tecnologia e Inovação em Educação na Saúde – SAITE registrado no CNPQ.

Judith Rafaelle Oliveira Pinho: Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão, especialização em Estatística (UEMA), Gestão Pedagógica (UFMG), Docência do Ensino Superior (UFMA), Odontologia em Saúde Coletiva (UNB), mestrado e doutorado em Saúde Coletiva (UFMA). Fellow Faimer Brasil - 2015. Membro do núcleo pedagógico da UNA-SUS/UFMA, atuando na área de ensino na saúde, epidemiologia, bioestatística, metodologia da pesquisa e informática em saúde.

Paola Trindade Garcia: Graduada em Fisioterapia (Faculdade Santa Terezinha - CEST), especialização em Metodologias Ativas (IEP - Sírío Libanês), especialização em Saúde da Família (Faculdade Santa Terezinha - CEST) e em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (UFMA), Residência Multiprofissional em Saúde (Hospital Universitário - UFMA) e mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). É doutoranda do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva (UFMA) e professora do curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão. Possui experiência profissional na área de Saúde Coletiva e em Fisioterapia, com ênfase na Atenção Básica à Saúde e afins. Experiência em educação à distância e em metodologias ativas. Atualmente é docente da Universidade Federal do Maranhão, coordenadora de design instrucional da UNA-SUS/UFMA e tutora do curso de especialização em Educação Permanente em Saúde.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	COMO ENTENDER A SAÚDE?	15
2.1	O que é saúde?	15
2.2	Cultura, saúde e sociedade	21
2.3	E o que determina a saúde?	23
2.3.1	Intervenções sobre os DDS	25
2.4	Um outro olhar sob o processo saúde-doença	26
	REFERÊNCIAS	31
3	O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SUS	33
3.1	Modelos de Atenção à Saúde	33
3.2	Sistema Único de Saúde (SUS)	38
3.3	Marco regulatório do SUS	43
	REFERÊNCIAS	46
4	A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	49
4.1	Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: há diferenças?	49
4.2	A Estratégia Saúde da Família	55
4.3	Princípios, diretrizes e especialidades da Estratégia Saúde da Família	57
4.4	Atribuição dos profissionais da equipe de Saúde da Família	61
	REFERÊNCIAS	66
5	AÇÕES DE FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA	67
5.1	Apoio Matricial e equipe de referência	67
5.2	Núcleos de Apoio em Saúde da Família	69
5.3	Equipe de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais	72
5.4	Consultório na Rua	73
5.5	Programa Academia da Saúde	75
5.6	Atenção Domiciliar no âmbito do SUS (programa Melhor em Casa)	76
5.7	Saúde na Escola	77
5.8	Brasil Sorridente	78
	REFERÊNCIAS	81

PREFÁCIO

Saúde não significa a mesma coisa para todas as pessoas, não se trata de uma compreensão de caráter universal. O conceito de saúde é uma resultante de fatores políticos, econômicos, sociais, ambientais e culturais que se organizam de forma específica em cada sociedade. Portanto, conhecer a conjuntura em que esses fatores se organizam possibilita entender como se produzem sociedades mais saudáveis ou menos saudáveis.

No âmbito da Saúde da Família, para que os objetivos de atenção integral, vínculo e corresponsabilização entre os profissionais de saúde e a população sejam alcançados, é necessário que o entendimento indissociável de saúde e sociedade perpassasse as ações das equipes. Conhecer os diferentes modos de perceber a realidade e o contexto em que se inscrevem nas comunidades e territórios, fundamenta a escolha das estratégias adequadas e oportunas de Atenção à Saúde.

Prof.^a M.^a Regimarina Soares Reis

1 INTRODUÇÃO

O livro “Saúde e Sociedade” tem como objetivo discutir os diferentes modelos de Atenção à Saúde, contextualizados no processo de construção do SUS e nas práticas da Estratégia Saúde da Família. Em acréscimo, busca-se evidenciar a estreita relação entre saúde e sociedade na organização do sistema de saúde, nos serviços ofertados e nos processos de trabalho dos profissionais.

Esta obra é composta por quatro capítulos, a saber: **“Como entender a saúde?”**, que trata do contexto da concepção de saúde; **“O processo de construção do SUS”** com a análise da construção e das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS); **“Atenção Básica à Saúde”**, com o objetivo de identificar as possibilidades e estratégias de organização da Atenção Básica; e **“Estratégias de apoio às Equipes de Saúde da Família”**, abordando a identificação das principais ações e estratégias da Atenção Básica à Saúde.

Trata-se, portanto, de uma contribuição aos estudos da consolidação do SUS enquanto política social, cujo caminho metodológico é composto por textos e atividades formativas que instigam o leitor à problematização permanente sobre a realidade na qual está inserido.

Ementa: modelos conceituais em saúde, a organização social e sua influência no processo saúde-doença, a construção do SUS no contexto das políticas públicas, Atenção Primária à Saúde, Atenção Básica à Saúde e a Estratégia Saúde da Família.

2 COMO ENTENDER A SAÚDE?

Paola Trindade Garcia, Eurides Florindo de Castro Júnior, Deborah de Castro e Lima Baesse

O objetivo deste capítulo é a compreensão do contexto da concepção de saúde. Pretende-se realizar uma discussão ampliada e anticartesiana para além de modelos conceituais engessados e hierarquizados que buscam explicar o conceito de saúde, o processo saúde-doença e suas interfaces. Os fenômenos da saúde e da doença são compreendidos como processos sociais, históricos, complexos, orgânicos, conflitantes, dependentes e incertos e constituem bases para discussões sobre saúde, cultura e sociedade.

2.1 O que é saúde?

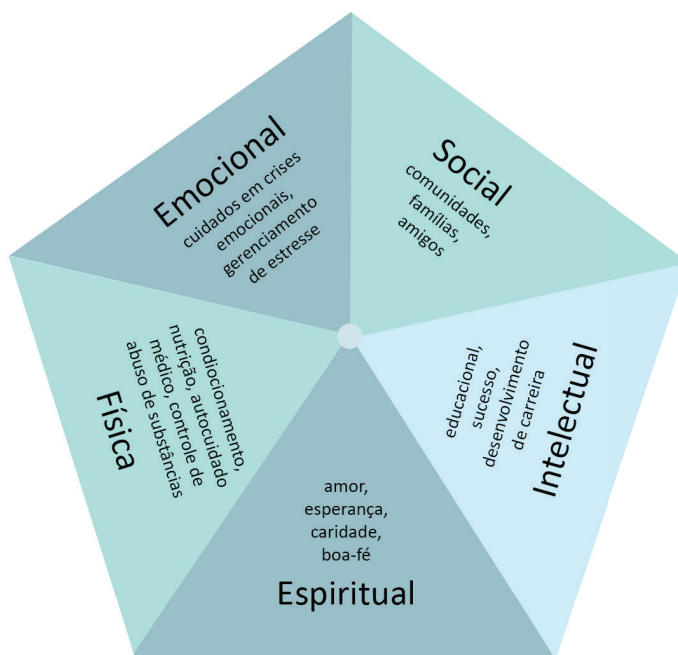
Do ponto de vista etimológico, ‘saúde’ em português, ‘salud’ em castelhano, ‘salut’ em francês e ‘salute’ em italiano possuem a mesma derivação: *salu*. Proveniente do latim, esse termo designava o atributo principal dos inteiros, intactos, íntegros. Observando a etimologia da palavra, percebe-se que seu significado não contempla a complexidade de sua significância (ALMEIDA FILHO, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Essa definição, até avançada para a época em que foi realizada, é, no momento, irreal, ultrapassada e unilateral (SEGRE; FERRAZ, 1997).

Provavelmente isso se deva ao fato de que a saúde constitui um objeto complexo, referenciado por meio de conceitos (pela linguagem comum e pela filosofia do conhecimento), apreensível empiricamente (pelas ciências biológicas e, em particular, pelas ciências clínicas), analisável (no plano lógico, matemático e probabilístico, pela epidemiologia) e perceptível por seus efeitos sobre condições de vida dos sujeitos, pelas ciências sociais e humanas (ALMEIDA FILHO, 2011).

Alguns grafismos buscam representar o conceito de saúde considerando uma visão mais holística, a exemplo tem-se a figura abaixo que representa as dimensões da saúde integral.

Figura 1- Dimensões da saúde integral.



Fonte: ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O que é Saúde?** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. (Coleção Temas em Saúde).

Várias dimensões e facetas do conceito de saúde podem ser encontradas e reconhecidas por diversos autores representativos de diversas escolas de pensamento. O quadro abaixo ilustra elementos para construção conceitual do que seja saúde:

Quadro 1 – Dimensões conceituais sobre saúde.

Saúde como fenômeno
Atributo, fato, função orgânica, estado vital individual ou situação social, definido negativamente como ausência de doenças e incapacidades ou positivamente como funcionalidades, capacidades, necessidades e demandas.
Saúde como metáfora
Construção cultural, produção simbólica ou representação ideológica, estruturante da visão de mundo de sociedades concretas.
Saúde como medida
Avaliação do estado de saúde, indicadores demográficos e epidemiológicos, análogos de risco, competindo com estimadores econométricos de salubridade ou carga de doença.
Saúde como valor
Tanto na forma de procedimentos, serviços e atos regulados e legitimados, indevidamente apropriados como mercadoria, quanto na forma de direito social, serviço público ou bem comum, parte da cidadania global contemporânea.
Saúde como práxis
Conjunto de atos sociais de cuidado e de atenção a necessidades e carências de saúde e qualidade de vida, conformadas em campos e subcampos de saberes e práticas institucionalmente regulados, operados em setores de governo e de mercados, em redes sociais e institucionais.

Fonte: Almeida Filho, Naomar de. **O que é Saúde?** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. (Coleção Temas em Saúde).

A saúde, como experiência “subjetiva”, é silenciosa, geralmente não é percebida em sua plenitude. Na maioria das vezes, é identificada apenas quando a doença surge. É uma experiência de vida, vivenciada no âmago do corpo individual. Considerando esses aspectos gerais, revela-se fundamental para o profissional de saúde a compreensão do que seja saúde para cada usuário, família e comunidade acompanhados por ele. Essa compreensão pode tornar-se linha guia para desenvolvimento de ações no território.

REFLETINDO!

Como você define saúde? Você considera possível defini-la por meio de um recorte único?

O que significa ter saúde para as famílias do seu território? E o que significa estar doente?

A saúde deve ser entendida em sentido mais amplo, como componente da qualidade de vida. Sendo assim, não consiste em um “bem de troca”, mas em um “bem comum”, um bem e um direito social, em que cada um e todos possam ter assegurados o exercício e a prática do direito à saúde. Essa viabilidade acontece a partir da aplicação e utilização de toda a riqueza disponível, conhecimentos e tecnologias desenvolvidas pela sociedade nesse campo, adequados às suas necessidades, abrangendo promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças. Em síntese: saúde como componente e exercício da cidadania.

Pensando de maneira mais “objetiva”, a saúde é uma questão que tem ocupado o centro das atenções de muitas pessoas, governos, empresas e comunidades. Além de corresponder a um ‘estado da vida’, isto é, a um modo de levar a vida, a saúde compõe um setor da economia em que se produzem bens e serviços. Essas discussões trazem questões relativas a

condicionantes e determinantes de saúde como fatores envolvidos no processo saúde e doença da contemporaneidade.

DETERMINANTES	CONDICIONANTES
Condições de vida	Estilo de vida
Condições materiais necessárias à subsistência, relacionadas à nutrição, à habitação, ao saneamento básico e às condições do meio ambiente.	Formas social e culturalmente determinadas de vida que se expressam no padrão alimentar, no dispêndio energético cotidiano no trabalho e no esporte, em hábitos como fumo, consumo de álcool e lazer.

A sociedade espera que o setor da saúde cuide das pessoas e da população mediante ações individuais e coletivas, intervindo nos determinantes e condicionantes dessa área. Na medida em que a saúde tem sido reconhecida não apenas como a ausência de doença, o propósito almejado é que as pessoas possam ter uma vida com qualidade.

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

Encarar a saúde apenas como ausência de doenças conduz a um quadro repleto não só das próprias doenças, como de desigualdades, insatisfação dos usuários, exclusão, baixa qualidade e falta de comprometimento profissional. Nesse sentido, procuram-se modelos assistenciais em saúde e/ou sistemas de saúde que contemplem e atendam às necessidades atuais das pessoas.

PARA SABER MAIS:

A Saúde e seus determinantes sociais, de autoria de Paulo Marchiori Buss e Alberto Pellegrini Filho, publicado na *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

VAMOS PRATICAR?

A partir do exemplo presente no quadro 2, construa um quadro real, utilizando informações da área adscrita de sua equipe de Saúde da Família. O objetivo é elencar uma situação verdadeira na qual você possa intervir a partir da identificação de determinantes e condicionantes de saúde presentes na comunidade onde suas atividades são desenvolvidas.

Quadro 2 – Exemplo de ação contra dependência ou uso abusivo de álcool.

Determinantes	Nível de intervenção	Empoderamento da comunidade	Intervenções
Estilo de vida	Proximal	Ação pessoal	Educação em saúde/ Programa Saúde na Escola; inserir essa temática na linha de cuidado da Saúde Mental
Redes sociais e comunitárias	Intermediário	Organização da comunidade	Identificar grupos vulneráveis na comunidade; identificar os hábitos e padrões de consumo de álcool
		Desenvolvimento de grupos de apoio	Estímulo a criação de grupos de alcoólicos anônimos
Condições de vida e trabalho		Construção de parcerias	Intervenções na comunidade para redução do consumo abusivo; parcerias com assistência social, educação, setor privado e outros

Determinantes	Nível de intervenção	Empoderamento da comunidade	Intervenções
Condições socioeconômicas, culturais e ambientais	Distal	Ação social e política	Intervenções de geração de renda e emprego na comunidade; fechamento de bares na madrugada; proibição da condução de veículos após consumo de bebidas alcoólicas; proibição de vendas de bebidas a jovens; aumento de impostos sobre bebidas

Fonte: PELLEGRINI FILHO, Alberto. **Atenção Primária de Saúde e Determinantes Sociais da Saúde**. Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre DSS, CEPI-DSS/ENSP/FIOCRUZ, 20[?]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/pdf/apresentacao_pellegrini.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2015

2.2 Cultura, saúde e sociedade

A preocupação com a saúde definitivamente incorporou-se ao cotidiano da sociedade. No entanto, ainda hoje, nem sempre todos os problemas de saúde são vistos dentro do sistema formal de cuidado à saúde.

Segundo Oliveira (2002), calcula-se que 70% a 90% dos episódios de doença são manejados fora desse sistema, por autocuidado ou busca de formas alternativas de cura, ou seja, o modelo biomédico é apenas um entre tantos sistemas disponíveis no “mercado” da saúde. Considerando esses aspectos, os elementos culturais aparecem com força nesse cenário, e para o profissional de saúde, sobretudo aquele inserido na Atenção Básica, o conhecimento e compreensão de tais elementos é fundamental.

A palavra cultura deriva do verbo latino colere, que significa “cultivar”, “criar”, “honrar”, “tomar conta” e “cuidar”. Foi empregada

inicialmente no fim do século 11, para indicar o cuidado dos homens com os deuses (culto), bem como o cuidado dos homens com a natureza (agricultura) (SILVA et al., 2008).

Considera-se cultura um amplo conjunto de conceitos, símbolos, valores e atitudes que modelam uma sociedade, abrangem o que se pensa, faz-se e tem-se como membros de um grupo social. Envolve aspectos que levam gerações para serem constituídos, impregnando as formas de agir e compreender o mundo dos grupos sociais (MÜLLER et al., 2008).

Aos profissionais de saúde interessa, sobretudo, respeitar valores, comportamentos e compreender os aspectos culturais que caracterizam seu território de trabalho. Na Atenção Básica, essas questões são mais evidentes e a compreensão dos valores culturais presentes nas famílias e na comunidade em geral é fundamental para nortear parte das ações de saúde, mediar conflitos terapêuticos e potencializar ferramentas sociais. As identidades sociais e pessoais, os rituais, as cerimônias, as práticas populares e os papéis nas comunidades devem ser identificados, compreendidos e respeitados.

A doença é uma experiência que não se limita apenas à alteração biológica, porém esta propicia particularidades para uma construção cultural, em um processo concomitante. Por exemplo, uma determinada pneumonia bacteriana pode ser causada pelo mesmo agente infeccioso em todo o mundo, com alterações fisiopatológicas equivalentes em diversos indivíduos. No entanto, a forma de tratamento, o sistema de saúde disponível e, sobretudo, a percepção que a pessoa acometida terá sobre a sua doença variam enormemente entre eles (OLIVEIRA, 2002).

Portanto, a cultura oferece instrumentos para atuação de qualquer profissional da saúde, bem como os usuários dos serviços apresentam comportamentos e pensamentos singulares quanto à experiência da doença, além de noções particulares sobre saúde e terapêutica. Tais

conjunturas não advêm das diferenças biológicas, mas sim das diferenças socioculturais, uma vez que a cultura determina essas singularidades. Igualmente, sustenta-se que as questões inerentes à saúde e à doença devem ser pensadas a partir de contextos socioculturais específicos.

A complexidade da vida contemporânea, caracterizada pelas mudanças globalizadas, somada à transição demográfica e à difusão de novos hábitos e padrões de comportamento, alterou as condições e a qualidade de vida da população, causando mudanças no perfil das doenças e agravos à saúde.

Essas mudanças também se refletem na transição epidemiológica brasileira, persistindo, de um lado, as doenças que emergem e/ou reemergem, como as infectocontagiosas, e, de outro, a predominância de condições crônicas frequentemente referidas como doenças e agravos não transmissíveis. Esse é o cenário que vivenciamos nos serviços de saúde hoje, e, dessa forma, os profissionais de saúde devem estar atentos a essas mudanças de hábitos, costumes e valores e direcionar suas ações ao combate desses agravos e mazelas da sociedade moderna, buscando oferecer condições de melhoria da saúde e da qualidade de vida da população (CÂMARA et al., 2012 apud UCHOA, 1994).

2.3 E o que determina a saúde?

“A saúde relaciona-se, então, à forma pela qual o sujeito interage com os eventos da vida. Essa forma é construída ao longo da existência, desde a tenra infância” (COELHO & ALMEIDA FILHO, 2003).

Já está posto pela literatura que a saúde é determinada por diversos fatores, que cada indivíduo pode ter uma forma diferente de compreender a saúde, e isso vai depender também do meio social ao qual o indivíduo está inserido. O trecho citado acima exemplifica bem esse conceito.

Determinantes sociais de saúde (DSS) expressam um conceito atualmente de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS incluem fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/ raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2013).

Krieger (2001) introduz um elemento de intervenção, ao definir os DSS como fatores e mecanismos por meio dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados a partir de ações baseadas em informação.

Virchow, um dos mais destacados cientistas vinculados a essa teoria, entendia que a “ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social”, que as condições econômicas e sociais exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença e que tais relações devem ser submetidas à pesquisa científica (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2013).

REFLETINDO!

Considerando uma doença de alta prevalência em sua área de atuação, identifique e analise seus determinantes sociais. Quais os principais campos de intervenção para incidir sobre os determinantes econômicos e sociais das doenças de maior prevalência de sua área?

2.3.1 Intervenções sobre os DDS

Buscar uma rede de causalidade para as condições de saúde é uma alternativa interessante para qualquer tipo de planejamento. Veja a figura abaixo:

Figura 2 - Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead.



Fonte: Adaptado de: BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006>. Acesso em: 21 abr. 2013.

O presente modelo esquematiza os mecanismos pelos quais as interações entre as condições sociais implicam nas desigualdades em saúde, desde sua etapa mais individual até as condições econômicas, culturais e ambientais que predominam em uma sociedade.

No âmbito individual, consideram-se algumas características como idade, gênero e fatores genéticos que influenciam a saúde do indivíduo. Em nível imediatamente superior, situam-se os fatores relacionados ao comportamento e estilo de vida, que contribuem para a exposição diferencial a fatores de risco à saúde, como hábitos alimentares e

sedentarismo. O próximo nível demonstra a influência das interações estabelecidas na sociedade e na comunidade disponibilizadas por meio de redes comunitárias e de apoio, serviços sociais, de lazer e de segurança. Essas redes expressam o nível de coesão social e constituem-se em elemento fundamental para a saúde da sociedade.

No nível a seguir estão as condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, que colocam as pessoas em desvantagem social pelo maior grau de exposição ao desemprego, à alimentação inadequada, às habitações insalubres, ao menor acesso aos serviços públicos, entre outros.

O último nível aponta as condições econômicas, culturais e ambientais, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização. Esses macrodeterminantes agem sobre todos os outros, pois o padrão de vida alcançado por grupos específicos determina a escolha da moradia, do trabalho, das interações sociais e dos hábitos alimentares, com repercussões sobre a saúde (GEIB, 2012).

IMPORTANTE!

Geib (2012) aponta que no contexto dos DSS, os comportamentos muitas vezes ultrapassam o limiar das responsabilidades individuais, podendo ser considerados parte dos determinantes sociais quando são fortemente influenciados por informações, propagandas, pressão dos pares, possibilidade de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer.

2.4 Um outro olhar sob o processo saúde-doença

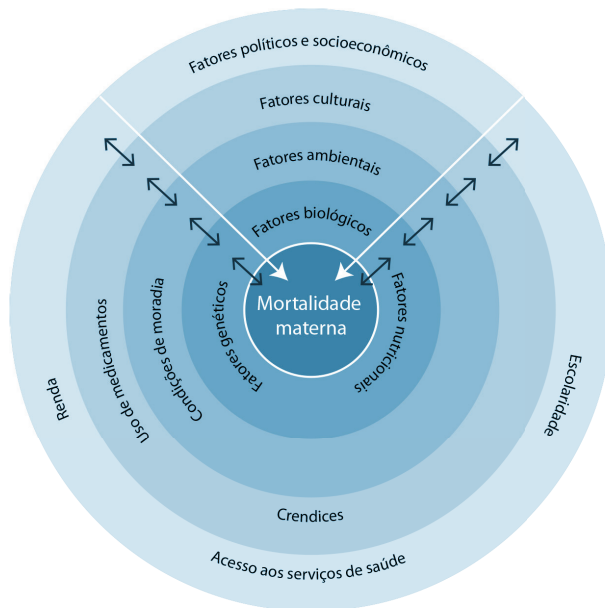
A busca da saúde é tema do pensar e do fazer humano que data de tempos imemoriais. A luta contra a dor, o sofrimento, a incapacidade

e, sobretudo, contra a morte sempre mobilizou as energias humanas, as suas capacidades racionais, as suas emoções, para explicar e assim intervir nesses fenômenos, sempre fugazes em seu hibridismo de manifestações objetivas e sensações subjetivas (CARVALHO; BUSS, 2008).

Apesar de todos os conceitos estabelecidos sobre saúde e doença, sabe-se que eles, ao longo dos anos, têm sido compreendidos ou enfrentados de acordo com as diversas formas de existir das sociedades, expressas nas diferentes culturas e formas de organização. Eles dependem do entendimento que se tem do ser e de sua relação com o meio em que está inserido. Esse entendimento varia de acordo com a cultura de cada lugar e do contexto histórico. Por tudo isso, a conceituação de saúde se faz tão difícil de ser fixada, uma vez que está condicionada ao momento histórico e às condições concretas e peculiares de existência.

Da perspectiva de determinação causal, pode-se dizer que o processo saúde-doença representa o conjunto de relações e variáveis que produz e condiciona o estado de saúde e doença de uma população, o qual se modifica em diversos momentos históricos e de desenvolvimento científico da humanidade. Portanto, não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (BARROS, 2002).

Figura 3 - Modelo de determinação causal para mortalidade materna.



Fonte: MARQUES, Consuelo Penha (Org.). **Redes de atenção á saúde**: a Rede Cegonha. São Luís: UFMA/UNA-SUS, 2015.

Ao compreender-se que o corpo humano não é um produto genérico isolado, pois existe em relação com outros seres em um dado contexto social, cultural e político, entende-se que, para um profissional cuidar de um indivíduo, é necessário considerar algumas questões pertinentes ao vínculo 'saúde-doença-adoecimento-sociedade': as condições de vida impostas e os estilos de vida escolhidos pelos próprios indivíduos. A primeira situação diz respeito à esfera pública, na qual nem sempre aquele que precisa de cuidados médicos consegue interferir sem a participação do poder público; a segunda localiza-se no mundo privado, em que o indivíduo define a melhor forma de utilizar-se da própria vida.

Muitos estudos revelam que os comportamentos de uma população diante de seus problemas de saúde, incluindo a utilização dos serviços médicos disponíveis, são construídos a partir da percepção de saúde

dessa população, a qual se ergue a partir de seu contexto sociocultural. O conhecimento prévio dessa percepção de saúde da comunidade, que determina o pensar e o agir da população perante o processo saúde-doença, é fundamental para eficiência das ações de assistência e educação em saúde (CÂMARA, 2012).

O trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) requer uma base epidemiológica em que o fenômeno “saúde-doença” deve ser compreendido e revisitado muitas vezes no decorrer da prática. Os profissionais da ESF são atores sociais responsáveis pela democratização do conhecimento do processo saúde-doença.

REFLETINDO!

Ao identificar os processos envolvidos, as peculiaridades e singularidades do processo saúde-doença dos usuários de sua área adscrita, é possível classificá-los em um grupo geral? Quais são os determinantes e os condicionantes de saúde mais frequentes na comunidade em que você está desenvolvendo suas atividades?

AGORA É COM VOCÊ!

Que tal realizar uma entrevista com uma parteira, uma “rezadeira” ou um “curandeiro” de sua área adscrita, com a seguinte questão norteadora: como se dá a busca pela resolução dos problemas de saúde? Note a riqueza cultural presente nos resultados da pesquisa e as concepções do processo saúde-doença das famílias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste capítulo, você pôde conhecer não só os conceitos de saúde (saúde como fenômeno, metáfora, medida, valor e práxis), mas também como os fatores biológicos, culturais, econômicos e políticos podem interagir de forma a determinar ou não a existência de doenças. É válido, ainda, que você possa refletir em como adequar sua prática profissional aos costumes, crenças e valores das pessoas.

É importante lembrar sobre a inexistência de um protocolo, pois é o que deve ser considerado diante de vicissitudes culturais determinantes, ao contrário do que se anseia nos processos de trabalho sistematizados e tecnicistas na área da saúde. Entretanto, há um olhar sensível a fim de compreender as necessidades do ser humano como um todo, complexo e não como um órgão ou doença.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. (Coleção Temas em Saúde).
- BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde soc.**, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006>. Acesso em: 21 abr. 2013.
- CÂMARA, Ana Maria Chagas Sette et al. Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, jan./mar. 2012.
- CARVALHO, Antonio Ivo de; BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 141-166.
- GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Determinantes Sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 123 -133, jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 dez. 2014.
- KRIEGER, N. A Glossary for social epidemiology. **J. Epidemiology Community Health**, n. 55, p. 693-700, 2001.
- MÜLLER, C. P.; ARAUJO, V. E.; BONILHA, A. L. L. Possibilidade de inserção do cuidado cultural congruente nas práticas de humanização na atenção à saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 9, n. 3, p. 858-65, 2008.
- OLIVEIRA, F. A. Anthropology in healthcare services: integrality, culture and communication, **Interface Comunic, Saúde, Educ**, v. 6, n. 10, p. 63-74, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v6n10/06.pdf>>. Acesso em: 1 mai. 2015.
- PELLEGRINI FILHO, Alberto. **Atenção Primária de Saúde e Determinantes Sociais da Saúde**. Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre DSS, CEPI-DSS/ENSP/ FIOCRUZ, 20[?]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/pdf/apresentacao_pellegrini.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2015.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, Oct. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016>. Acesso em: 1 mai. 2015.

SILVA, Rose Mary Costa Rosa Andrade. Cultura, saúde e enfermagem: o saber, o direito e o fazer crítico-humano. **Rev. Eletr. Enf.** v. 10, n. 4, p. 1165-71, 2008. Disponível em: <www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n4/pdf/v10n4a30.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2013.

3

O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SUS

Ana Emília Figueiredo de Oliveira, Paola Trindade Garcia, Claudio Vanucci Silva de Freitas

O objetivo deste capítulo é que você possa analisar o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), afinal há um amplo debate sobre qual seria o modelo de atenção ideal para organizar a rede de atenção à saúde no Brasil, e viabilizar, na prática, as diretrizes do SUS.

Esse sistema representa o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Ele é constituído por um conjunto de princípios e diretrizes, que faz parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado em garanti-lo. Em sua estrutura organizacional e decisória, são aglutinados espaços e ferramentas para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde.

3.1 Modelos de Atenção à Saúde

A proposta de um sistema de saúde formulado para considerar a prevalência de problemas de saúde e do território, na disposição e no funcionamento dos serviços de saúde, ainda é um desafio para o Sistema Único de Saúde, apesar de o texto constitucional e a legislação complementar conterem diretrizes explícitas nessa direção, como hierarquização, regionalização e integralidade da atenção (DAWSON, 1964).

Segundo Paim (2012), um sistema de serviços de saúde é formado por componentes e funções, a saber:

Infraestrutura	Organização	Gestão	Financiamento	Prestação da atenção
----------------	-------------	--------	---------------	----------------------

Na prestação da atenção, abrigam-se as noções de modelo de atenção ou modelo assistencial, referindo-se ao cuidado, à assistência, à intervenção, às ações ou às práticas de saúde.

O modelo de Atenção à Saúde refere-se ao modo como são organizadas suas ações em uma dada sociedade, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais, ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade (PAIM, 2011).

De forma bastante esclarecedora, as autoras da publicação “Modelos de Atenção e a Saúde da Família”, Marcia Valeria G. C. Morosini e Anamaria Dí Andrea Corbo, discorrem sobre os modelos de Atenção à Saúde adotados e desenvolvidos no Brasil em diferentes momentos da história. E assim, afirmam:

No início da República, por exemplo, sanitaristas, guardas sanitários e outros técnicos organizaram campanhas para lutar contra as epidemias que assolavam o Brasil no início do século, como febre amarela e peste. A partir da década de 1930, a política de saúde pública estabeleceu formas mais permanentes de atuar, com a instalação de centros e postos de saúde para atender, de modo rotineiro, a determinados problemas. Para isso, foram criados alguns programas, como pré-natal, vacinação, puericultura, tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis e outros. Contudo, essa assistência baseava-se em saberes tradicionais da biologia e da “antiga” epidemiologia (MOROSINI; CORBO, 2007).

O modelo de medicina voltado para a assistência da doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital, nas especialidades

médicas e no uso intensivo de tecnologia, é chamado modelo flexneriano, em referência a Flexner, cujo relatório, em 1911, fundamentou a reforma das faculdades de medicina nos EUA e Canadá.

Esta concepção estruturou a assistência médica previdenciária na década de 1940, expandindo-se à década de 1950. Já na década de 1970 há evidências da insuficiência do modelo hegemônico, por apresentar uma série de limites. Destacamos a pouca efetividade diante de problemas de saúde advindos com a urbanização. Doenças psicossomáticas, neoplasias, violência, doenças crônico-degenerativas e novas doenças infecciosas desafiavam a abordagem centrada em características individuais e biológicas do adoecer (MOROSINI; CORBO, 2007).

De acordo com as referidas autoras, o raciocínio clínico categórico, biomédico teve de enfrentar indivíduos com sintomas difusos e descontextualizados, levando os profissionais de saúde a lançar mão frequentemente, e sem crítica, de instrumentos e exames cada vez mais complexos e caros para diagnosticar doenças, em detrimento do cuidado aos doentes, o que gerou altos custos aos já existentes. Esse cenário aprofundou-se em um quadro de iniquidade na distribuição da oferta e dos benefícios do sistema de saúde. Mesmo apresentando fortes sinais de insuficiência na prestação de serviços de saúde no Brasil e também em outros países e, mesmo nos dias atuais, ainda é possível identificar ações centradas nesse modelo, dito “modelo hegemônico”.

Para esse cenário, Morosini e Corbo (2007) relatam que era preciso lançar mão de propostas alternativas eficientes e de baixo custo que contemplassem as necessidades de saúde da população. Em todo o mundo, a ideia mais difundida foi a de modelos centrados na Atenção Básica de Saúde, o que teria resultado, igualmente, na difusão de conteúdos da medicina comunitária.

Desde o início, porém, essa proposta foi alvo de uma polarização de debates. Havia os que destacavam os aspectos de simplificação e racionalização, caracterizando a medicina comunitária como uma intervenção médica pobre para os pobres, e havia aqueles que viam a proposta como uma estratégia racionalizadora, importando-se com o acesso de toda a população aos reais avanços tecnológicos na saúde. No Brasil, no fim da década de 1970, essa proposta foi encarada por grupos de oposição ao governo militar como estratégia para redemocratizar a política e levar assistência à saúde à população em geral (MOROSINI; CORBO, 2007).

Assim, a partir da década de 1980, Morosini e Corbo (2007) tornam claro que diversos movimentos foram organizados em prol de uma assistência à saúde universal e que suas articulações e intenções culminaram no grande movimento de Reforma Sanitária e posteriormente na promulgação da Constituição Federal, a qual proporcionou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

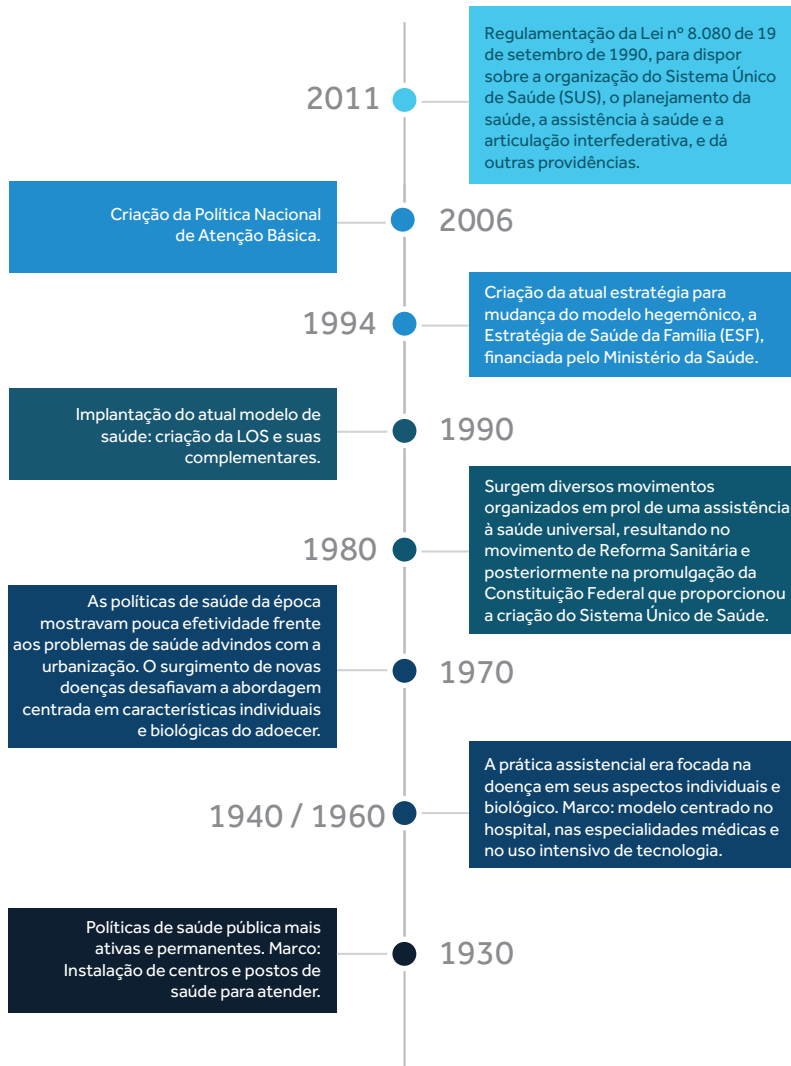
Em meados da década de 1990, após muitas relutâncias e até mesmo entraves governamentais ao processo de implantação do SUS, foi estabelecida uma estratégia para mudança do modelo hegemônico, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), financiada pelo Ministério da Saúde. A disseminação dessa estratégia e os investimentos na chamada rede básica de saúde ampliaram o debate em nível nacional e trouxeram novas questões para a reflexão.

Sabe-se que atualmente é possível falar em integralidade, humanização e qualidade da atenção, segundo os valores de compromisso com a produção de atos de cuidar de indivíduos, coletivos, grupos sociais, meio, coisas e lugares. Embora muitas formas de modelagem permaneçam intactas, parece estar emergindo um novo modo de tematização das estratégias de atenção e gestão do SUS e de formação dos profissionais de saúde pela Educação Permanente em Saúde (MOROSINI; CORBO, 2007).

REFLETINDO!

Como você define o modelo de Atenção à Saúde atual? Quais pontos de potencialidades? Quais pontos de desafios? Quais ajustes você proporia?

Mostra-se abaixo o resumo dos principais marcos históricos da saúde pública no país:



3.2 Sistema Único de Saúde (SUS)

A atual conformação do sistema público de saúde, universal, íntegro e gratuito, começou a ser construída com o processo de redemocratização do país e antes de sua criação pela Constituição de 1988. O evento mais marcante dessa construção foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 17 a 21 de março de 1986. Essa promoção, precedida por uma série de conferências prévias estaduais e municipais, contou com expressiva participação da sociedade e a conclusão tornou-se referência para os integrantes, balizando as mudanças que se seguiram.

Após toda essa trajetória, o SUS consiste atualmente em um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, abrangendo desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.

O Movimento da Reforma Sanitária, contrário ao modelo de saúde considerado desestatizante, curativo e centralizador, surge nos anos 80, congregando acadêmicos ligados à saúde pública, profissionais da saúde e setores da sociedade. A Constituição incorpora sua visão de saúde como direito social e dever do Estado. São definidas pelo texto constitucional as principais características do SUS: universalidade, gratuidade, integridade, organização descentralizada, prioridade das atividades preventivas sem prejuízo das atividades de assistência, participação popular, financiamento público das três esferas de governo e participação da iniciativa lucrativa e filantrópica de modo auxiliar (BRASIL, 2010).

Desde a derrocada do regime militar, o Brasil vive uma extraordinária experiência de reformas e redefinição do seu sistema público de saúde (GIOVANELLA et al, 2008). Para dar materialidade à política de saúde, a Constituição instituiu o Sistema Único de Saúde, definido na Lei nº 8.080, de 1990, como: “Conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados

por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”.

Nessa definição estão incluídos:

1. Atividades dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, voltadas para a promoção de saúde e prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos e doenças.
2. Serviços prestados no âmbito ambulatorial, hospitalar e nas unidades de apoio diagnóstico e terapêutico geridos pelos governos (quer seja pelo governo federal, quer seja pelos governos estaduais ou municipais), bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar.
3. Ações de distintas complexidades e custos, que variam desde aplicação de vacinas e consultas médicas nas clínicas básicas (clínica médica, pediatria e ginecologia – obstetrícia) até cirurgias cardiovasculares e transplantes.
4. Intervenções ambientais no seu sentido mais amplo, incluindo as condições sanitárias nos ambientes onde se vive e se trabalha, na produção e circulação de bens e serviços, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental.
5. Instituições públicas voltadas para o controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados e equipamentos para a saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 435).

Os princípios e diretrizes do SUS estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde são: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência, igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, integralidade da assistência, participação da comunidade e descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo. No quadro abaixo você observa a síntese dos princípios e diretrizes mais importantes do SUS, destacando os direitos dos cidadãos e deveres do Estado.

Quadro 1 – Síntese dos princípios e diretrizes do SUS.

Princípios e diretrizes do SUS	Direitos dos cidadãos	Deveres do Estado
Universalidade no acesso e igualdade na assistência	<ul style="list-style-type: none"> • Igualdade de todos às ações e aos serviços necessários para promoção, proteção e recuperação da saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia de ações e serviços necessários a toda a população, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, independentemente da natureza das ações envolvidas, da complexidade e do custo do atendimento.
Integralidade na assistência	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços resolutivos, preventivos e curativos, individuais e coletivos, de diferentes complexidades e custos, que reduzam o risco de doenças e agravos e proporcionem o cuidado à saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia de condições de atendimento adequadas ao indivíduo e à coletividade, de acordo com as necessidades de saúde, tendo em vista a integração das ações de promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. • Articulação da política de saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferenças áreas cujas ações tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida das pessoas.

Participação da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Participação na formulação, na fiscalização e no acompanhamento da implantação de políticas de saúde nos diferentes níveis de governo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia de espaços que permitam a participação da sociedade no processo de formulação e implantação da política de saúde. • Transparência no planejamento e na prestação de contas das ações públicas desenvolvidas.
Descentralização, regionalização e hierarquização de ações e serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso a um conjunto de ações e serviços, localizados em seu município e próximos à sua residência ou ao seu trabalho, condizentes com as necessidades de saúde. • Atendimento em unidades de saúde mais distantes, situadas em outros municípios ou estados, caso isso seja necessário para o cuidado à saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia de um conjunto de ações e serviços que supram as necessidades de saúde da população e apresentem elevada capacidade de resposta aos problemas apresentados, organizados e geridos pelos diversos municípios e estados brasileiros. • Articulação e integração de um conjunto de ações e serviços, de distintas naturezas, complexidades e custos, situados em diferentes territórios político-administrativos.

Fonte: NORONHA, José de Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiane Vieira. O Sistema Único de Saúde- SUS. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 442-443.

REFLETINDO!

Quais os desafios associados à regionalização e hierarquização do SUS, considerando-se as desigualdades na distribuição territorial dos serviços de saúde do Brasil?

Atualmente, o SUS é responsável pela atenção, cuidado e vigilância à saúde, exercidos em todas as suas dimensões e níveis, do individual ao coletivo, da atenção primária à especializada. Com a implantação e implementação do SUS, o direito à saúde deixou de ser privilégio dos contribuintes da previdência para se estender a todos os cidadãos, ocorrendo, dessa forma, uma responsabilização do Estado por garantir esse direito.

Para ilustrar essa dimensão, veja o seguinte dado: no ano de 2010, a rede ambulatorial do SUS estava constituída por aproximadamente 56.642 unidades, sendo realizados, em média, 350 milhões de atendimentos ao ano. Essa assistência estende-se da atenção básica até os atendimentos ambulatoriais de alta complexidade (BRASIL, 2010).

VALE A PENA COMPARAR:

Antes do SUS	Com o SUS
<ul style="list-style-type: none">• Centralização dos recursos e do poder na esfera federal.	<ul style="list-style-type: none">• Descentralização dos recursos, poder e responsabilidades nas três esferas.
<ul style="list-style-type: none">• Ações voltadas para a atenção curativa e medicamentosa.	<ul style="list-style-type: none">• Ações voltadas para prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde.
<ul style="list-style-type: none">• Serviços exclusivos para contribuintes.	<ul style="list-style-type: none">• Serviços para todos.
<ul style="list-style-type: none">• Ausência da participação da comunidade.	<ul style="list-style-type: none">• Controle social.
<ul style="list-style-type: none">• Modelo de atenção à saúde voltado apenas para a doença.	<ul style="list-style-type: none">• Novo modelo de atenção à saúde – ampliado, voltado para saúde e qualidade de vida.

Constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública, o SUS está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas, atuando em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. No entanto, não atua isoladamente na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da saúde, a previdência e a assistência social.

Ao SUS cabe a tarefa de promover e proteger a saúde, garantindo atenção qualificada e contínua aos indivíduos e às coletividades, de forma equitativa. Dentre outros aspectos, objetiva melhorar a qualidade de atenção à saúde da população, romper com o passado de descompromisso e irracionalidade técnico-administrativa e servir de orientação ao trabalho do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde.

3.3 Marco regulatório do SUS

Poder regulamentar é a prerrogativa conferida à administração pública de editar atos gerais para complementar as leis e possibilitar sua efetiva aplicação. Seu alcance é apenas de norma complementar à lei; não pode, pois, a administração, alterá-la a pretexto de estar regulamentando-a. Se o fizer, cometerá abuso de poder regulamentar, invadindo a competência do Legislativo (MOREIRA, 2011).

Após 21 anos, a Lei nº 8.080/90 foi regulamentada. Mas para que serve essa regulamentação?

O Decreto nº 7.508/11 regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. A partir dele há várias definições que até então estavam confusas, principalmente no âmbito da gestão (Brasil, 2011):

I - Região de saúde

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

Acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

III - Portas de entrada

Serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS.

IV - Comissões Intergestores

Instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS.

V - Mapa da saúde

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

VI - Rede de Atenção à Saúde

Conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

VII - Serviços especiais de acesso aberto

Serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial.

VIII - Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com os conteúdos apresentados nesta unidade, você pôde resgatar os conhecimentos sobre os principais modelos de atenção à saúde, praticados no Brasil e processos históricos que culminaram na Reforma Sanitária brasileira e posteriormente na construção do SUS. Esses resgates históricos ajudam a refletir sobre o contexto cultural e político do país e como isso pôde influenciar nas maneiras de ver e fazer a saúde da população brasileira.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Caderno de Atenção Básica nº 27) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab27>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

_____. _____. _____. Ministério da Saúde. **Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011**: regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 20 abr. 2013.

DAWSON, B. **El futuro de los servicios médicos y afines**. Washington, D. C.: Organización Panamericana de Saúde, 1964. (Publicação n. 93).

MOREIRA, Alexandre Magno Fernandes. **Poder Regulamentar**. Disponível em: <http://ww3.lfq.com.br/public_html/article.php?story=20110118231013562&mode=print>. Acesso em: 10 dez. 2014.

MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria Dí Andrea. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007.

NORONHA, José de Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiane Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2008, p. 435-472.

PAIM, Jairnilson Silva. O futuro do SUS. **Cadernos de Saúde Pública** (ENSP. Impresso), v. 28, p. 612-612, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafíos para la Salud Colectiva en el siglo XXI**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2011.

Leitura complementar:

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira de; VIEIRA, Carlos Alberto Lisboa. **Distritos sanitários**: concepção e organização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. v. 1. (Série Saúde & Cidadania). Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2948>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde soc.**, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

_____. _____. _____. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997. 36 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C. (Org.). **Modelos de Atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007.

MÜLLER, C. P.; ARAUJO, V. E.; BONILHA, A. L. L. Possibilidade de inserção do cuidado cultural congruente nas práticas de humanização na atenção à saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 9, n. 3, p. 858-65, 2008.

STEDILE, Nilva Lúcia Rech; DALPIAZ, Ana Kelen. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. In: Jornada Internacional de Políticas Públicas, 5., São Luís. **Anais...** Maranhão: UFMA, 2011. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_REFLEXAO SOBRE ALGUMAS DE SUAS PREMISAS.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2013.

4

A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Paola Trindade Garcia, Judith Rafaelle Oliveira Pinho, Claudio Vanucci Silva de Freitas, Ana Emília Figueiredo de Oliveira

O objetivo deste capítulo é que você possa identificar as possibilidades e estratégias de organização da Atenção Básica. Isso poderá otimizar o trabalho da ESF e levar assistência à população até então à margem dos serviços de saúde. Esteja atento aos conceitos apresentados, a fim de compreender como deve ser a implantação das estratégias e quais as ações integradas são partes fundamentais para o sucesso de todas as ações já discutidas e que ainda iremos debater.

4.1 Atenção Básica, Atenção Primária à Saúde: há diferenças?

Constantemente deparamo-nos com os termos Atenção Básica à Saúde (ABS) e Atenção Primária à Saúde (APS), mas será que estas nomenclaturas possuem realmente acepções diferentes?

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como uma estratégia de organização da atenção à saúde que deve ser capaz de responder à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades; esse processo deve ser de forma regionalizada, contínua e sistematizada (MATTA; MOROSINI, 2009).

Já a Atenção Básica à Saúde caracteriza-se por um “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento,

a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (BRASIL, 2012).

Assim, temos: atenção primária refere-se a um conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas, que no Brasil, durante o processo de implementação do SUS, passou a ser denominado de Atenção Básica à Saúde. Nos dias atuais, a Atenção Primária à Saúde é considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham como foco o usuário-cidadão (GIOVANELLA et al., 2008).

REFLETINDO!

Com a leitura desses dois conceitos, você é capaz de traçar uma diferença?

A Atenção Primária à Saúde é um termo que pode implicar em diversas interpretações. Resumidamente, é possível traçar dois significados: cuidados ambulatoriais na porta de entrada e como política de reorganização do modelo assistencial de forma seletiva ou ampliada. Isso significa que essa terminologia pode ser entendida como uma forma de primeiro contato do paciente com o serviço de saúde; nos países europeus essa prática ocorre em serviços não especializados, destinados a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população (GIOVANELLA, 2008).

Por outro lado, a APS pode ser traduzida pela existência apenas de programas com objetivos restritos para cobrir determinadas necessidades de grupos populacionais em extrema pobreza, com recursos de baixa densidade tecnológica e sem possibilidade de acesso aos níveis secundário

e terciário, correspondendo a uma tradução restrita dos objetivos preconizados, em Alma Ata, em 1978, para a Estratégia de Saúde Para Todos no Ano 2000 (GIOVANELLA, 2008).

IMPORTANTE!

No intuito de evitar que a prática da APS no Brasil fosse traduzida como uma assistência sem recursos tecnológicos para os mais pobres, o Ministério da Saúde assumiu que a Atenção Básica à Saúde seria interpretada como APS ampliada, a qual contempla todos os preceitos do conceito informado anteriormente.

REFLETINDO!

Você compreende por que o Ministério da Saúde se posicionou de forma a criar um conceito que evitasse interpretações múltiplas?

A ABS é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. A ABS utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

A Atenção Básica tem sido apresentada como um modelo adotado por diversos países desde a década de 1960 para proporcionar um acesso mais efetivo ao sistema de saúde, além de tentar reverter o enfoque

curativo, individual e hospitalar, tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde nacionais, em um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático.

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas, e tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação (PNAB, 2012). Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A pediatra e mestre em Saúde Pública Barbara Starfield, considerada uma das autoras mais importantes acerca dos cuidados de saúde primários, desenvolveu uma abordagem para caracterizar a atenção primária abrangente nos países industrializados, definindo os atributos essenciais dos serviços de atenção primária. Essa abordagem, reconhecida por especialistas e difundida também no Brasil, considera como características específicas da APS:

- a prestação de serviços de primeiro contato;
- a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação clínico-paciente ao longo da vida;
- a garantia de cuidado integral considerando-se os âmbitos físicos, psíquicos e sociais da saúde dentro dos limites de atuação do profissional de saúde;
- a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas.

REFLETINDO!

Analise possíveis potencialidades e fragilidades da definição de serviços de Atenção Básica como porta de entrada preferencial.

Para um trabalho de qualidade e resolutividade na Atenção Básica, faz-se necessária a utilização de uma clínica diferenciada, em uma perspectiva ampliada, pois peculiaridades e singularidades dos diversos atores envolvidos devem ser mais valorizadas do que a doença/enfermidade “per si”.

A clínica ampliada foi proposta inicialmente por Campos (1997) como uma clínica capaz de lidar com a singularidade sem abrir mão da atenção às doenças, suas possibilidades de diagnóstico e intervenção. Essa proposta transforma a atenção na medida em que possibilita outros aspectos, não apenas o biológico, serem compreendidos e trabalhados pelos profissionais de saúde (CUNHA, 2004). Preconiza também a compreensão ampliada do processo saúde-doença e evita que uma abordagem privilegie excessivamente algum conhecimento específico (BRASIL, 2009).

Para o trabalho na Atenção Básica, essa compreensão é fundamental. No quadro abaixo, estão ilustradas diferenças entre a Atenção Básica e a Atenção Hospitalar. É com base na compreensão dessas diferenças que se justifica a utilização da clínica ampliada na ABS como potencial ferramenta de trabalho.

Quadro 1 - Diferenças básicas entre a ABS e a Atenção Hospitalar.

Atenção Básica	Atenção Hospitalar
80% a 90% dos problemas de saúde.	10% a 15% dos problemas de saúde.
É necessário compromisso com a terapêutica.	É possível compromisso maior com o diagnóstico do que com a terapêutica.
Critério de eficácia: qualidade de vida.	Critério de eficácia: alta hospitalar.
Momento crônico.	Momento agudo.
Seguimento no tempo.	Encontro momentâneo.
Resultado a médio e longo prazo.	Resultado imediato.
Sujeito <i>in vivo</i> (em relação).	Sujeito <i>in vitro</i> (isolado).
Tratamento negociado com o doente. Limites.	Relação autoritária, pouco questionada pelo doente. Sensação de onipotência.
Doente preocupado em “viver”.	Doente preocupado em “sobreviver”.
Procedimentos: remédios, exames, atividades, intervenções psi, intervenções sociais.	Procedimentos: remédios, exames.
Predomina intervenção “biopsicos-social”, consciente ou não.	Predomina intervenção no corpo.
Fácil produzir dependência (acesso fácil).	Difícil produzir dependência (acesso difícil).
Fácil perceber efeitos colaterais dos tratamentos.	Mais difícil perceber efeitos colaterais dos tratamentos.
Análogo a um filme.	Análogo a uma fotografia.

Fonte: CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 2004. 182 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

4.2 A Estratégia Saúde da Família

A análise da trajetória da Estratégia Saúde da Família (ESF) indica dois momentos diferentes. O primeiro marca sua fase de formulação e implantação quando ocupava uma posição marginal no contexto global da política de saúde, apresentando características de focalização. No segundo momento, a ESF, como proposta organizativa da Atenção Básica, passa a ser considerada estratégica para reorientação do modelo de atenção ainda predominante no SUS.

A ESF possibilita a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas.

A abordagem de Saúde da Família representa uma mudança no paradigma do modelo assistencial do país. Ao promover um novo relacionamento entre os serviços e a população e ao buscar o entendimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença, os profissionais de saúde passam a perceber o indivíduo nos seus diversos ciclos de vida, inserido no contexto das relações familiares e das relações com a comunidade.

Ao analisar as abordagens de Atenção Primária à Saúde nas políticas formuladas e implementadas a partir do SUS no Brasil, percebe-se a presença simultânea de diversas concepções de APS, em disputa com períodos de predomínio de uma ou outra concepção e o uso de diferentes termos para qualificá-la (GIOVANELLA, 2008).

Nesse cenário, diversas ações, programas e estratégias foram criados com a intenção de ampliar o escopo da Atenção Básica. Veja no quadro abaixo uma síntese atual:

Quadro 2 - Programas e ações estratégicas da Atenção Básica no Brasil.

Atenção Básica	
1.	Academias de Saúde
2.	Amamenta e Alimenta Brasil
3.	Bolsa Família
4.	Brasil Sorridente
5.	Consultórios na Rua
6.	Doenças Crônicas
7.	Estratégia Saúde da Família- ESF
8.	e-SUS Atenção Básica
9.	Melhor em Casa
10.	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica- PMAQ
11.	Práticas Integrativas e Complementares
12.	Prevenção e Controle de Agravos Nutricionais
13.	Promoção da Saúde e Alimentação Saudável
14.	Programa de Vitamina A
15.	Requalifica UBS
16.	Telessaúde
17.	UBS Fluviais
18.	Vigilância Alimentar e Nutricional

Mais informações podem ser encontradas no site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

REFLETINDO!

Ao se pensar em Atenção Básica, deve-se considerar “a revisão dos conceitos clássicos de hierarquização de serviços, com base no reconhecimento da complexidade de suas relações com a população e seus problemas sanitários”.

4.3 Princípios, diretrizes e especificidades da Estratégia Saúde da Família

O Ministério da Saúde estabeleceu como objetivo geral das ações em Saúde da Família:

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997).

E mais especificamente essas ações devem:

- Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita.
- Intervir sobre os fatores de risco, aos quais a população está exposta.
- Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde.
- Humanizar as práticas de saúde por meio do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população.
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais.
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde.

- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida.
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (BRASIL, 1997).

Stedile e Dalpiaz (2011) reforçam que as diretrizes da ESF, definidas em 1997, devem nortear as ações das equipes. Caráter substitutivo, complementaridade e hierarquização; adscrição da clientela; cadastramento; instalação das unidades de Saúde da Família; composição das equipes; e atribuições das equipes são as diretrizes a serem seguidas pelas equipes de Saúde da Família.

A atual Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) define as especificidades da Estratégia de Saúde da Família. Veja abaixo:

- I. Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.
- II. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe.
- III. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4 mil pessoas, sendo a média recomendada de 3 mil, respeitando critérios de equidade para essa definição.

Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.

- IV. Cadastramento de cada profissional de saúde em apenas uma ESF, exceção feita somente ao profissional médico, que poderá atuar em, no máximo, duas ESF e com carga horária total de 40 horas semanais.
- V. Carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de Saúde da Família, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é descrita no próximo inciso. A jornada de 40 horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 horas da carga horária para atividades na equipe de Saúde da Família, podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até oito horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em Saúde da Família, residência multiprofissional e/ou de Medicina de Família e de Comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial (BRASIL, 2012).

REFLETINDO!

Por que existe a necessidade de uma carga horária diferenciada para o profissional médico da equipe de Saúde da Família? Essa particularidade pode sugerir que o profissional se distancie mais das equipes?

As especificidades de contratação do médico se devem ao fato de alguns municípios terem muita dificuldade em adquirir esse profissional, e por conta disso o Ministério da Saúde decidiu disponibilizar algumas modalidades para essa atividade laboral. Veja abaixo as possibilidades de carga horária e contratação do médico para atuação em Saúde da Família:

Serão admitidas também, além da inserção integral (40 horas), as seguintes modalidades de inserção dos profissionais médicos generalistas ou especialistas em Saúde da Família ou médicos de Família e Comunidade nas equipes de Saúde da Família, com as respectivas equivalências de incentivo federal:

- I - Dois médicos integrados a uma única equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas – equivalente a um médico com jornada de 40 horas semanais –, com repasse integral do incentivo financeiro referente a uma equipe de Saúde da Família.
- II - Três médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas – equivalente a dois médicos com jornada de 40 horas, de duas equipes –, com repasse integral do incentivo financeiro referente a duas equipes de Saúde da Família.
- III - Quatro médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, com carga horária semanal de 30 horas – equivalente a três médicos com jornada de 40 horas semanais, de três equipes –, com repasse integral do incentivo financeiro referente a três equipes de Saúde da Família.
- IV - Dois médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 horas semanais, e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 85% do incentivo financeiro referente a uma equipe de Saúde da Família.
- V - Um médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 60% do incentivo financeiro referente a uma equipe de Saúde da Família. Tendo em vista a presença do médico em horário parcial, o gestor municipal deve organizar os protocolos de atuação da equipe, os fluxos e a retaguarda assistencial, para atender a essa especificidade. Além disso, é recomendável que o número de usuários por equipe seja próximo de 2.500 pessoas. As equipes com essa configuração são denominadas equipes transitórias, pois, ainda que não tenham tempo mínimo estabelecido de permanência nesse formato, é desejável que o gestor, tão logo tenha condições, transite para um dos formatos anteriores que preveem horas de médico disponíveis durante todo o tempo de funcionamento da equipe. (BRASIL, 2012, p. 56).

Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de Saúde da Família podem se organizar nas seguintes modalidades (BRASIL, 2012):

- I - Cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e auxiliar em saúde bucal (ASB).
- II - Cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB).
- III - Profissionais das modalidades I ou II que operam em Unidade Odontológica Móvel. Independentemente da modalidade adotada, recomenda-se que os profissionais de saúde bucal estejam vinculados a uma ESF e compartilhem a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território que a ESF à qual integra, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes.

4.4 Atribuição dos profissionais da equipe de Saúde da Família

Todos os profissionais que atuam na ESF, médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliares e técnicos de saúde bucal e agentes comunitários de saúde, têm atribuições comuns, além das funções específicas a cada profissão. As atribuições dos profissionais das equipes de Atenção Básica devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões.

Cabe a qualquer profissional que atue na ESF (BRASIL, 2012)
Participar do processo de territorialização.
Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar suas informações para planejamento de ações em saúde.
Realizar o cuidado da saúde da população adscrita.
Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local.
Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade.

Cabe a qualquer profissional que atue na ESF (BRASIL, 2012) - cont.
Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde e identificação das necessidades de intervenções de cuidado.
Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local.
Responsabilizar-se pela população adscrita.
Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais.
Realizar reuniões de equipes.
Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.
Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica.
Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe.
Realizar ações de educação em saúde à população adstrita.
Participar das atividades de educação permanente.
Promover a mobilização e a participação da comunidade.
Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais.
Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Veja no quadro abaixo a atribuição específica de algumas profissões:

Quadro 3 - Atribuição dos profissionais das ESF.

ENFERMEIROS
<p>I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade.</p>
<p>II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços.</p>
<p>III - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea.</p>
<p>IV - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe.</p>
<p>V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe.</p>
<p>VI - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.</p>

MÉDICOS
I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade.
II - Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.).
III - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea.
IV - Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico deles.
V - Indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário.
VI - Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe.
VII - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

DENTISTA
I - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal.
II - Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade.
III - Realizar os procedimentos clínicos da atenção básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares.

DENTISTA (cont.)
IV - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea.
V - Indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário.
VI - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.
VII - Realizar supervisão técnica do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB).
VIII - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

AGORA É COM VOCÊ!

Conhecer as competências de atuação de cada profissional que trabalha com você é muito importante. Pesquise o que o Ministério da Saúde recomenda para os demais profissionais e questione-os sobre o cumprimento dessas atribuições.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Veja como a organização da rede de Atenção Básica é importante para a saúde pública brasileira. Além disso, neste capítulo você pôde conhecer a Política Nacional de Atenção Básica e compreender por que a Saúde da Família é a principal estratégia de reorganização do SUS. Você também pôde identificar as atribuições comuns e específicas dos profissionais que atuam na ESF.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

_____. _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 3.124, 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 Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html>. Acesso em: 11 abr. 2013.

_____. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. _____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997. 36 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A clínica do Sujeito**: por uma clínica reformulada e ampliada. Mimeo DMPS-UNICAMP, 1997.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 2004. 182 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

GIOVANELLA, Lígia et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2008. p. 141-166.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. **Atenção Primária à Saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 2 abr. 2013.

STEDILE, Nilva Lúcia Rech; DALPIAZ, Ana Kelen. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. In: Jornada Internacional de Políticas Públicas, 5., São Luís. **Anais...** Maranhão: UFMA, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/z90QPf>>. Acesso em: 22 abr. 2013.

5 AÇÕES DE FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Paola Trindade Garcia, Judith Rafaelle Oliveira Pinho

O objetivo desta unidade é que você possa identificar as principais ações da Atenção Básica à Saúde. Na política de saúde brasileira predomina a compreensão da Atenção Básica à Saúde como o primeiro nível de atenção, momento em que se inicia o processo de atenção em um sistema de saúde. Usualmente, a Atenção Básica é associada somente ao trabalho das equipes de Saúde da Família, mas suas ações e estratégias são bem mais amplas.

5.1 Apoio matricial e equipe de referência

Os novos arranjos assistenciais que resultam em novas práticas assistenciais precisam também de novos padrões de relacionamento profissional. O trabalho burocrático, centrado no indivíduo, poderá comprometer a integralidade das ações em saúde que dependem também das formas de gestão e organização do processo de trabalho.

Essas formas de organização do trabalho em saúde devem ter a transversalidade como base, de modo a garantir o diálogo e ampliação do compromisso profissional com a saúde. É dentro desse contexto que surgem as equipes de referência e o apoio matricial.

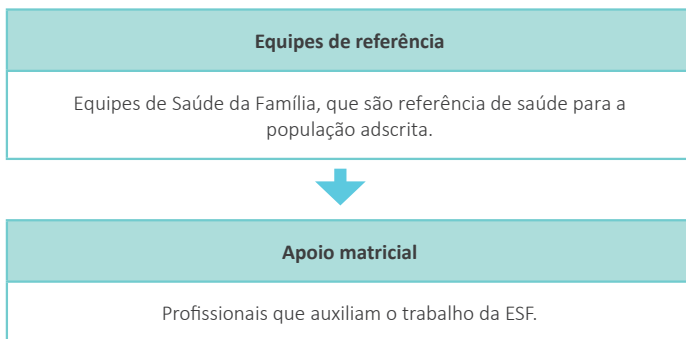
Entenda primeiramente o que é a equipe de referência:

A proposta de equipe de referência (equipe de SF) na APS parte do pressuposto de que existe interdependência entre os profissionais. Prioriza a construção de objetivos comuns em um time com uma clientela adscrita bem definida. Assim, uma das funções importantes da coordenação (gerência) de uma equipe de referência é justamente produzir interação positiva entre os profissionais em busca das finalidades comuns. Apesar das diferenças entre eles, sem tentar eliminar essas diferenças, mas aproveitando a riqueza que ela proporciona (BRASIL, 2010).

E o apoio matricial?

O apoio matricial é o profissional ou um conjunto de profissionais que não tem, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência (equipes de SF) (BRASIL, 2010).

Esquemáticamente, é possível estabelecer a seguinte relação:



Campos e Domitti (2007) afirmam que o apoio matricial visa assegurar suporte especializado às equipes de referência, ou seja, é uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde. A equipe de referência e as especialidades em apoio matricial buscam criar possibilidades para aumentar a capacidade do trabalho, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral.

E como isso fica na prática de trabalho? Veja o exemplo abaixo:

Um centro de referência em oncologia pode desenvolver formas de contato com as equipes de atenção básica ou secundária, que implique em participar de reuniões das equipes para discutir projetos terapêuticos de pacientes tratados conjuntamente.

Pode, também, fazer seminários para que a equipe incorpore conhecimentos (como tratar determinados aspectos da quimioterapia, por exemplo), realizar atendimentos conjuntos, disponibilizar contatos para situações emergenciais etc. Sem esquecer que o próprio serviço de referência pode trabalhar internamente com equipes de referência e apoio matricial.

Tudo isso ajuda a superar a velha ideia de encaminhamento (e de referência e contrarreferência), além de tornar possível o vínculo terapêutico (BRASIL, 2004).

Entende-se, então, que a figura do apoiador matricial na Atenção Básica deve ser um profissional especializado em uma área do conhecimento, a qual permita dar apoio ao usuário (como um pediatra), bem como intermediar as falas dos profissionais da UBS até o gestor, além de dar suporte às atividades de referência e contrarreferência, enfim o perfil desse profissional será aquele que tem como ofício prestar auxílio à sua equipe de referência.

5.2 Núcleos de Apoio em Saúde da Família

Os Núcleos de Apoio em Saúde da Família (Nasf) foram criados a partir da publicação da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com o “objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da Atenção Básica” (BRASIL, 2008).

São constituídos por equipes compostas por atores de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, com apoio aos profissionais das equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica para

populações específicas, bem como para a Academia da Saúde. Esses atores compartilham também de práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes das unidades às quais o Nasf está vinculado e no território das referidas equipes (BRASIL, 2012).

Acima de tudo, o Nasf deve instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS, por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família (ESFs). São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais do Nasf:

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

Os Nasf podem ser organizados em duas modalidades, Nasf 1 e 2. Ambos deverão ter equipes formadas por uma composição de profissionais de nível superior específica que reúnam as seguintes condições:

Quadro 1 - Nasf 1 e Nasf 2.

Nasf 1
I - A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 200 horas semanais.
II - Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas.
III - Cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 horas e, no máximo, 80 horas de carga horária semanal.

Nasf 2
I - A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 120 horas semanais.
II - Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas.
III - Cada ocupação, considerada isolada, deve ter, no mínimo, 20 horas e, no máximo, 40 horas de carga horária semanal.

Observação: O Nasf 3, que é suprimido da Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, tornar-se-á automaticamente Nasf 2.

Fonte: BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).

Poderão compor os Nasf 1 e 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador); e profissional de saúde sanitaria.

Mas como os Nasf poderão ajudar a aumentar a eficiência do processo de trabalho?

Os Nasf deverão auxiliar na ampliação da clínica e, dessa maneira, contribuir para a integralidade da assistência ao usuário. Esses núcleos fazem parte da AB, mas não são unidades independentes ou especiais e também não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (BRASIL, 2012).

O processo de trabalho dos profissionais do Nasf deve ser desenvolvido por meio do apoio matricial, com a criação de espaços

coletivos de discussões e planejamento. Organizando e estruturando espaços de ações clínicas compartilhadas; intervenções específicas dos profissionais do Nasf com usuários e famílias; e ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade (BRASIL, 2010).

Cabe reforçar que a ESF e o Nasf devem manter diálogo constante e atuar de forma compartilhada, caso contrário tanto as equipes quanto os núcleos serão somente mais uma unidade de saúde em um município.

REFLETINDO!

Como utilizar os diferentes programas e ações da Atenção Básica para dar suporte ao seu trabalho?

5.3 Equipe de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais

São equipes de Saúde da Família destinadas ao atendimento da população ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal sul-mato-grossense.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, essas equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais deverão ser compostas, minimamente, por: um médico generalista ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, um técnico ou auxiliar de enfermagem e seis a 12 agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2012).

Imagem 1 - UBS fluvial no Maranhão.



Fonte: Mais Saúde: Apicum-Açu é contemplada com UBS FLUVIAL. 2013.

Acesso em 10 maio 2015. Disponível em: < <http://www.apicumacu.ma.gov.br/cms/print.php?cat=noticias&id=5165>>.

Sua principal característica é ser itinerante. Podendo, cada equipe, permanecer em uma localidade por 14 dias (no mínimo) e devendo utilizar dois dias para realizar atividades de educação em saúde. Já os agentes comunitários de saúde deverão residir na área, significando, com isso, que esses profissionais não acompanharão a equipe quando esta mudar de localidade.

5.4 Consultório na Rua

A Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua (eCR). As eCR integram o componente Atenção Básica da Rede de Atenção Psicossocial e desenvolvem ações de Atenção Básica, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na Política Nacional de Atenção Básica.

A proposta visa ampliar o acesso da população de rua e ofertar, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde, por meio das equipes e serviços da Atenção Básica.

As equipes de Consultórios na Rua (eCR) devem realizar as atividades de forma itinerante e, quando necessário, utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde (USB) do território, desenvolvendo ações em parceria com as equipes dessas unidades, e devem ainda cumprir carga horária mínima semanal de 30 horas. O horário de funcionamento deve se adequar às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno, em todos os dias da semana.

Segundo a Portaria nº 122/2011, as equipes dos Consultórios na Rua possuem as seguintes modalidades:

Quadro 2 - Modalidades das equipes dos Consultórios na Rua.

Modalidade I
<p>Equipe formada, minimamente, por quatro profissionais, excetuando-se o médico, sendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dois profissionais de nível superior; e • dois profissionais de nível médio.
Modalidade II
<p>Equipe formada, minimamente, por seis profissionais, excetuando-se o médico, sendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • três profissionais de nível superior; e • três profissionais de nível médio.
Modalidade III
<p>Equipe da modalidade II acrescida de um profissional médico.</p>

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília, DF, **Diário Oficial da União**, Seção 1, 26 jan. 2011.

As eCR poderão ser compostas pelos seguintes profissionais de saúde: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal.

PARA SABER MAIS!

Assista ao vídeo: “Consultório na Rua - A rua não é um mundo fora do nosso mundo”, para aprender um pouco mais sobre o processo de trabalho dessas equipes e quais os benefícios dessa estratégia para a população alvo.

5.5 Programa Academia da Saúde

O Programa Academia da Saúde foi instituído com a publicação da Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011. Depois, em 2013, o programa passou por ajustes e aperfeiçoamentos, sendo redefinido pela Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013.

O objetivo desse programa é promover práticas corporais e atividade física, promoção da alimentação saudável, educação em saúde, entre outros, além de contribuir para produção do cuidado e de modos de vida saudáveis e sustentáveis da população.

Para tanto, o programa promove a implantação de polos do Academia da Saúde, que são espaços públicos dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados, não se restringindo à realização de práticas corporais e atividades físicas e promoção da alimentação saudável.

As atividades desenvolvidas no âmbito do Programa Academia da Saúde serão desenvolvidas conforme os seguintes eixos :

I - práticas corporais e atividades físicas;	V - práticas artísticas e culturais;
II - produção do cuidado e de modos de vida saudáveis;	VI - educação em saúde;
III - promoção da alimentação saudável;	VII - planejamento e gestão; e
IV - práticas integrativas e complementares;	VIII - mobilização da comunidade.

5.6 Atenção Domiciliar no âmbito do SUS (programa Melhor em Casa)

Constitui uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, oferecida no domicílio e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada às Redes de Atenção à Saúde . A Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, redefine a Atenção Domiciliar (AD) e, além de definir claramente o conceito de AD, traz os seguintes esclarecimentos :

- **Serviço de Atenção Domiciliar (SAD):** serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (Emad) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (Emap); e
- **Cuidador:** pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

A Atenção Domiciliar visa proporcionar ao usuário um cuidado contextualizado a sua cultura, rotina e dinâmica familiar, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções.

Além disso, potencializa uma melhor gestão dos leitos hospitalares e o uso mais adequado dos recursos, como também serve de “porta de saída” para a rede de urgência/emergência, diminuindo a superlotação nesses serviços, sendo, assim, um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

Configura-se como atividade a ser realizada na atenção básica pelas equipes de Atenção Básica (eAB) e pelos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) para atender pessoas incapacitadas ou com dificuldade de locomoção. O processo do cuidar em AD está ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência.

5.7 Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, surgiu como uma política intersetorial entre os ministérios da Saúde e da Educação. Nessa proposta, as políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral por meio do programa.

O público beneficiário do PSE são os estudantes da educação básica, gestores e profissionais de educação e saúde, comunidade escolar e, de forma mais amplificada, estudantes da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica e da Educação de Jovens e Adultos (EJA).

As ações de educação e saúde do PSE ocorrem nos territórios pactuados entre os gestores municipais de educação e de saúde definidos segundo a área de abrangência das Equipes de Saúde da Família, tornando possível a interação entre os equipamentos públicos da saúde e da educação (escolas; centros de saúde; áreas de lazer, como praças e ginásios esportivos; entre outros) (BRASIL, 2014).

O PSE é constituído por dois componentes. As ações do componente I incluem: avaliação antropométrica, verificação da situação vacinal, saúde bucal, saúde ocular, saúde auditiva, desenvolvimento de linguagem, identificação de possíveis sinais relacionados às doenças negligenciadas e em eliminação. Para o componente II, incluem-se as seguintes ações: ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável, promoção da cultura de paz e direitos humanos, saúde mental, educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/Aids, prevenção ao consumo de álcool, tabaco, crack e outras drogas, prevenção de acidentes, saúde ambiental e práticas corporais e atividade física (BRASIL, 2014).

A gestão do PSE é centrada em ações compartilhadas e corresponsáveis. A articulação intersetorial das redes públicas de saúde, de educação e das demais redes sociais se dá por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI) no âmbito federal, estadual e municipal. Estes são responsáveis pela gestão do incentivo financeiro e material, pelo apoio institucional às equipes de saúde e educação na implementação das ações, pelo planejamento, monitoramento e avaliação do programa.

5.8 Brasil Sorridente

O Brasil Sorridente tem sua implantação datada em 2004 e apresenta avanços consideráveis na saúde dos brasileiros, sendo considerado o maior programa público de saúde. No ano de 2013, o programa já beneficiava 70,6 milhões de brasileiros com 22.213 equipes de Saúde Bucal em todo o país.

A Política Nacional de Saúde Bucal, que embasa o programa, traz os seguintes princípios norteadores das ações: gestão participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade profissional, pautadas na interdisciplinaridade e multiprofissionalismo, integralidade da atenção, intersetorialidade, ampliação e qualificação da assistência, envolvendo

condições de trabalho adequadas (com parâmetros discutidos entre as coordenações de saúde bucal).

As principais linhas de ação do programa são :

1. Reorganização da Atenção Básica em saúde bucal, principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.
2. Ampliação e qualificação da Atenção Especializada, em especial com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Na atenção especializada encontra-se também a assistência hospitalar.

O Brasil Sorridente contempla ainda o Brasil Sorridente Indígena e apresenta interface com outras ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, o que ajuda a compreender seu alcance.

No âmbito da Atenção Básica, as equipes de Saúde Bucal trabalham integradas às equipes de Saúde da Família, com composição de:

- Modalidade I (dois profissionais): cirurgião-dentista + auxiliar de saúde bucal ou técnico de saúde bucal.
- Modalidade II (três profissionais): cirurgião-dentista + técnico em saúde bucal + auxiliar de saúde bucal ou técnico de saúde bucal.

Atualmente, o programa Brasil Sorridente faz parte das ações do Plano Brasil Sem Miséria e é coordenado pelo Ministério da Saúde, com intuito de oferecer orientação, pré-diagnóstico, tratamento gratuito, próteses e prevenção à saúde bucal por meio de Equipes de Saúde Bucal que atuam na estratégia Saúde da Família .

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com os conteúdos apresentados neste capítulo, oportunizou-se a possibilidade de conhecimento de algumas novas estratégias que poderão dar mais efetividade ao trabalho da ESF: o apoio matricial e o Nasf, bem como o seu contexto de construção. Apresentamos, também, as novas possibilidades de atuação da ESF: equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 3.124, 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 Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/qm/2012/prt3124_28_12_2012.html>. Acesso em: 11 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. – Brasília, 2004.

_____. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília, DF, **Diário Oficial da União**, Seção 1, 26 jan. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/qm/2012/prt0122_25_01_2012.htm>. Acesso em: 24 abr. 2013.

_____. _____. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 maio. 2013.

_____. _____. Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 nov. 2013. Seção 1.

_____. _____. _____. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Caderno de Atenção Básica nº 27) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab27>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

_____. _____. _____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – Participa SUS**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2013.

_____. _____. Secretaria-Executiva. **HumanizaSUS**: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 16 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Brasil Sorridente**: Como funcionará o Programa Brasil Sorridente no Plano Brasil sem miséria? [20--?]. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/superacao-da-extrema-pobreza%20acesso-a-servicos/brasil-sorridente>>. Acesso em: 2 abr. 2013.

BRASIL Sorridente. **Passo a passo das ações do Brasil Sorridente**. Ministério da Saúde. Brasília, 2013. Disponível: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passo_a_passo_ceo.pdf>. Acesso em: 5 maio. 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007.

PORTAL Brasil. **Brasil Sorridente é o maior programa de saúde bucal do mundo**. Saúde, 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/10/brasil-sorridente-e-o-maior-programa-de-saude-bucal-do-mundo>>. Acesso em 10 jan. 2015.

PORTAL da saúde: SUS. **Sobre o Programa**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/1028-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/academia-da-saude-svs/l2-academia-da-saude-svs/13816-sobre-o-programa>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

_____. _____. **Atenção Domiciliar no âmbito do SUS** (Programa Melhor em Casa). Disponível: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_melhor_em_casa.php>. Acesso em: 10 jan. 2015.

_____. _____. **Brasil Sorridente**. 2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php>. Acesso em: 10 jan. 2015.

