

Especialização em
**SAÚDE DA
FAMÍLIA**

PAB 7



www.unasus.unifesp.br

PRESIDENTA DA REPÚBLICA
Dilma Vana Rousseff

VICE-PRESIDENTE
Michel Miguel Elias Temer Lulia

MINISTRO DA SAÚDE
Marcelo Castro

MINISTRO DA EDUCAÇÃO
Aloizio Mercadante

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA
EDUCAÇÃO EM SAÚDE (SGTES)
SECRETÁRIO: HEIDER AURÉLIO PINTO

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE (DEGES)
DIRETOR: ALEXANDRE MEDEIROS DE FIGUEIREDO

DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO E REGULAÇÃO DA PROVISÃO DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE (DEPREPS)
DIRETOR: FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO (SES-SP)
SECRETÁRIO: DAVID EVERSON UIP

CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE
DO ESTADO DE SÃO PAULO (COSEMS/SP)
PRESIDENTE: JOSÉ FERNANDO CASQUEL MONTI

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS)
DIRETORA: CARISSA FAUSTINA ETIENNE

REDE UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS)
SECRETÁRIO EXECUTIVO: FRANCISCO EDUARDO DE CAMPOS

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA
DA FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC)
PRESIDENTE: NULVIO LERMEN JR

FUNDAÇÃO DE APOIO À UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO PAULO (FAPUNIFESP)
DIRETORA PRESIDENTE: ANITA HILDA STRAUS TAKAHASHI

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP)
Reitora: SORAYA SHOUBI SMAILI
Vice-Reitora: VALERIA PETRI
PRÓ-REITORA DE EXTENSÃO: FLORIANITA COELHO BRAGA CAMPOS

COORDENAÇÃO GERAL DO PROJETO UNA-SUS (UNIFESP)
JUAREZ PEREIRA FURTADO

COORDENAÇÃO ADJUNTA/EXECUTIVA
ALBERTO CEBUKIN

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA
DANIEL ALMEIDA GONÇALVES
LAÍS HELENA DOMINGUES RAMOS
RITA MARIA LINO TARCIA

COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA
MARIA ELIZABETE SALVADOR GRAZIOSI

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO
DANIEL LICO DOS ANJOS AFONSO
MARLENE SAKUMOTO AKIYAMA

COORDENAÇÃO DE PRODUÇÃO
FELIPE VIEIRA PACHECO

PRODUÇÃO
DESIGN INSTRUCIONAL: **VANESSA ITACARAMBY**
WEB DESIGN: **EDUARDO EJI ONO**
DESIGN INSTRUCIONAL: **FELIPE VIEIRA PACHECO**
DIAGRAMAÇÃO E ILUSTRAÇÃO: **MARCELO FRANCO**
REVISÃO ORTOGRÁFICA: **GABRIELA BRAGA DA SILVA**
DIAGRAMAÇÃO: **TIAGO PAES DE LIRA**
WEB DESIGN: **VALÉRIA GOMES BASTOS**

EDIÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO
RUA SENA MADUREIRA, 1500 - VILA MARIANA - CEP 04021-001 - SP
FALE CONOSCO: 011 3385.4126 (SECRETARIA)
(ATENDIMENTO TELEFÔNICO DO SUPORTE DAS 7H ÀS 10H E DE 15H ÀS 18H)
[HTTP://WWW.UNASUS.UNIFESP.BR](http://www.unasus.unifesp.br)

COPYRIGHT 2015-2016

TODOS OS DIREITOS DE REPRODUÇÃO SÃO RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO.
É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA PUBLICAÇÃO, DESDE QUE CITADA A FONTE.



01 | Atenção Primária à Saúde e Política Nacional de Atenção Básica

Elisabeth Niglio de Figueiredo
e Marcelo Marcos Piva Demarzo

Sumário

Apresentação do texto	2
Objetivos.....	2
Problemática	2
Introdução	2
O que seria então atenção à saúde?	2
Promoção da Saúde	3
Atenção Primária à Saúde	7
Conclusão da sessão	10
Apresentando a Política Nacional de Atenção Básica – 2011	11
A Estratégia Saúde da Família	11
As equipes de Estratégia Saúde da Família e a Rede de Atenção à Saúde (RAS)	13
Atribuições dos profissionais da Estratégia Saúde da Família	14
Profissionais que compõem as equipes da Estratégia Saúde da Família	15
Diferentes arranjos da APS.....	16
Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF	16
Desafios a serem superados	17
A organização do NASF	17
Finalizando a nossa conversa.....	18
Referências	18

Atenção Primária à Saúde e Política Nacional de Atenção Básica

Apresentação do texto

Prezad@ colega,

Este texto foi escrito com a finalidade de convidá-l@ à reflexão sobre a correlação entre os conceitos e atributos da atenção primária à saúde (APS) e a prevenção de doenças, vigilância em saúde, promoção da saúde e integralidade do cuidado, de forma a culminar no modelo de atenção da Estratégia Saúde da Família (ESF) e na sua articulação com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Partiremos do pressuposto de que os atributos da APS (acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária, e competência cultural) constituem-se em um conjunto de ações e serviços que dão consistência prática ao conceito de Vigilância em Saúde, referencial que articula conhecimentos e técnicas provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde, redefinindo as práticas em saúde, articulando as bases de promoção, proteção e assistência, a fim de garantir a integralidade do cuidado (SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

Concomitante, a ESF é um modelo que procura reorganizar a APS de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 1997) e com o apoio do NASF, estrutura vinculada à APS que busca ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na ESF, privilegiando a construção de redes de atenção e cuidado, constituindo-se em apoio às equipes de saúde da família e ampliando sua resolutividade e sua capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado (COSTA; CARBONE, 2009).



Destaque

Iniciamos nossa conversa perguntando: esses conceitos fazem sentido para você? Você tem conseguido participar de forma efetiva da promoção da saúde, da prevenção de doenças e/ou agravos e da assistência clínica às pessoas, às famílias e à comunidade?

Objetivos

Esta unidade tem como objetivos: sensibilizar o especializand@ sobre os aspectos fundamentais da Atenção Primária à Saúde e sua relação com a Política Nacional de Atenção Básica. Assim contextualizar a Estratégia Saúde da Família com ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas, compreendendo os aspectos relacionados ao trabalho em equipe, atendimento da demanda espontânea, das ações programáticas e de vigilância em saúde.

Problemática

Frente ao processo de construção e reconfiguração dos sistemas de saúde no mundo e no Brasil, cabe refletir o quanto a prática profissional cotidiana na Unidade de Saúde da Família é influenciada e incorpora os conceitos mais modernos, ampliados e positivos de **Saúde, Atenção à Saúde, Promoção da Saúde, e Atenção Primária à Saúde?**

Introdução

Os sistemas de saúde em todo o mundo estão em constante processo de construção e desenvolvimento, a fim de prover um melhor estado de saúde para as suas populações. Consequentemente, os sistemas não são estáticos, pois devem acompanhar as necessidades e mudanças sociais e culturais que acompanham o desenvolvimento de qualquer sociedade. Entretanto, algumas questões são comuns a todos eles e perpassam o tempo:

- Como melhorar o acesso ao sistema para todas as pessoas da comunidade ou país?
- Como prover ações e atividades de forma integral, equitativa, participativa, democrática e contextualizada?
- Como trabalhar com recursos financeiros limitados e ainda prover um sistema de qualidade adequada?

Mas, podemos nos perguntar: o que é, afinal, um sistema de saúde?

Segundo a autora Silvia Takeda (2004, p. 78), um sistema de saúde “é um conjunto articulado de recursos e conhecimentos, organizado para responder às necessidades de saúde da população” de um local, município, estado ou país. A mesma autora defende a ideia de que os sistemas devem ser conformados em redes interligadas, articuladas e integradas de equipamentos e ações, para gestão e resultados mais efetivos.

Desde a metade do último século, principalmente, alguns movimentos e iniciativas vêm discutindo a (re)organização dos sistemas de saúde internacionalmente. Vamos destacar aqui dois que consideramos fundamentais, e que têm influência direta no sistema de saúde brasileiro: o movimento moderno da Promoção da Saúde e a Atenção Primária à Saúde.

Antes, porém, é importante começarmos pela pactuação do que entendemos por **atenção à saúde**, ou seja, o referencial teórico e político com o qual estamos trabalhando.

O que seria então atenção à saúde?

Atenção ou assistência?

Em uma visão ampliada do processo saúde-doença (PSa), as práticas de saúde devem ir além da **assistência** à saúde de indivíduos, ocupando-se também da **atenção à saúde**.

A **assistência** seria então entendida como um conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a indivíduos, estejam eles doentes ou não. A **atenção** seria um conjunto de atividades **intra e extra-setor saúde (intersetorialidade)** que, incluindo também a assistência individual, não se esgota nela, atingindo grupos populacionais com o objetivo de manter a condição de saúde, requerendo ações concomitantes sobre todos os determinantes do PSa (NARVAI, 2008).

Partindo dessa perspectiva ampliada de saúde, podemos entender a **atenção à saúde** como sendo o campo de competência do profissional de saúde dentro de um PSa, compreendido como **complexo e multideterminado**, reconhecendo-se as limitações importantes do setor de saúde nesse processo. Também, e com a mesma conotação, a **atenção à saúde** seria o objeto de atuação dos serviços de saúde, tantos os de saúde pública, quanto os de saúde complementar (NARVAI, 2008).

Ações da atenção à saúde

De modo geral, deve-se promover **ações individuais** e **ações coletivas** dentro de um modelo ampliado de **atenção à saúde**. As ações individuais, dentro desse conceito ampliado, reconhecem os indivíduos como **sujeitos**, portadores de direitos e responsabilidades – não mais como **objetos** de ações coletivas, que antes não reconheciam as singularidades das pessoas e comunidades (NARVAI, 2008). Essas ações podem ser preventivas ou terapêuticas, como por exemplo: aplicação de vacina, restauração dentária, sutura, entre diversas outras.

As ações coletivas devem impactar **grupos** ou **organizações**, pressupondo algum tipo de interesse específico compartilhado, ou ainda a interação entre os participantes. Os exemplos seriam as atividades educativas em grupo, palestras, peças publicitárias em meios de comunicação de massa, entre outras (NARVAI, 2008).

Tanto as ações individuais quanto as coletivas devem buscar a **integralidade**, entendida em suas três dimensões:

- 1) **Vertical**, que busca atender a todas as necessidades de saúde do indivíduo (desde a promoção da saúde até a reabilitação), entendido em toda a sua complexidade biopsicossocial e espiritual;
- 2) **Horizontal**, que busca a integração de ações e serviços de atenção à saúde ao longo do tempo, para garantir a condição de saúde das pessoas;
- 3) **Intersetorial**, que reconhece os setores extra-saúde (educação, segurança etc.) como fundamentais para a promoção da saúde (NARVAI, 2008), como veremos com mais detalhes na seção específica sobre a **promoção da saúde**.

Programas de atenção à saúde

Os programas de atenção à saúde definem ações articuladas individuais e coletivas, recursos, tecnologias e estratégias para o enfrentamento das necessidades de saúde das pessoas e comunidades. Podem ser voltados a determinadas condições de saúde, ou a determinados grupos populacionais, ao longo do tempo.

Por exemplo, programas de controle da tuberculose e hanseníase, programas por ciclos vitais (saúde da criança, adolescentes e jovens, saúde da mulher, saúde do homem, saúde do adulto e idoso etc.). Pode-se dizer também que os programas de atenção à saúde são a materialização da ação do Estado no âmbito da saúde (NARVAI, 2008).

Compreenderemos melhor essa abordagem mais ampla do conceito de **saúde** e **atenção à saúde**, como foco na reorganização dos sistemas de saúde, conhecendo um pouco do movimento moderno da **Promoção da Saúde**. Vejamos a seguir.

Promoção da saúde

Promoção da saúde e níveis de prevenção

A promoção da saúde foi nominada, pela primeira vez, pelo sanitarista Henry Sigerist, no início do século XX. Ele elaborou as quatro funções da Medicina: **promoção da saúde, prevenção das doenças, tratamentos dos doentes e reabilitação**. Segundo a sua concepção, a promoção da saúde envolveria ações de educação em saúde e ações estruturais do Estado para melhorar as condições de vida da população (DEMARZO, 2008).

Esse modelo contribuiu para destacar as ações sobre o ambiente e sobre os estilos de vida, além de ações clínicas, o que foi fundamental dentro do processo de transição epidemiológica vivenciado no último século, com as doenças crônico-degenerativas ocupando um lugar de destaque. Dessa maneira, a promoção da saúde, além de se associar a medidas preventivas, passou a englobar a promoção de ambientes e estilos de vida saudáveis (WESTPHAL, 2006).

Leavell & Clark, em 1965, propuseram o modelo da história natural da doença, composto por três níveis de prevenção (apud DEMARZO, 2008): prevenção primária, secundária e terciária. Nesse modelo, a promoção da saúde se limitava e compunha um nível de atenção da Medicina Preventiva (prevenção primária), constituindo ações destinadas ao desenvolvimento da saúde e bem-estar gerais no período de pré-patogênese. Essa abordagem, que muitas vezes nos faz associar “promoção da saúde” apenas com “educação em saúde” e prevenção primária de doenças, prevalece até hoje em nosso imaginário.

O movimento moderno da promoção da saúde

Marc Lalonde, Ministro da Saúde do Canadá na década de 1970, ao investigar o impacto dos investimentos e gastos em saúde na melhoria dos indicadores, constatou que 80% das causas das doenças estavam relacionadas a estilos de vida e ambiente. Esse foi um disparador para o questionamento sobre a capacidade das ações sanitárias setoriais serem capazes de resolver os problemas de saúde. Isto levou Lalonde a atribuir ao governo a responsabilidade por outras medidas, como o controle de fatores que influenciam o meio ambiente (poluição do ar, eliminação de dejetos humanos, água de abastecimento público) (WESTPHAL, 2006).

Nesse contexto, um conceito mais contemporâneo de promoção da saúde surgiu em 1986, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) promoveu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá. Esse encontro consistiu em uma resposta à crescente demanda por uma nova concepção de saúde pública no mundo, que pudesse responder à complexidade emergente dos problemas de saúde, cujo entendimento não era mais possível por meio do enfoque preventivista tradicional – vinculação de uma determinada doença a um determinado agente ou a um grupo de agentes – mas que se relacionasse a questões como as condições e modos de vida. Como produto da Conferência, foi emitida a **Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde** (WESTPHAL, 2006).

A Carta de Ottawa reforça o conceito ampliado de saúde e seus determinantes para além do setor saúde, englobando conjuntamente as condições biológicas, sociais, econômicas, culturais, educacionais, políticas e ambientais. Ficaram definidos como condições e recursos fundamentais para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (WESTPHAL, 2006).

Nessa concepção, mais moderna, a **promoção da saúde** se define como o processo de fortalecimento e capacitação de indivíduos e coletividades (municípios, associações, escolas, entidades do comércio e da indústria, organizações de trabalhadores, meios de comunicação), no sentido de que ampliem suas possibilidades de controlar os determinantes do PSa e, com isso, ensejem uma mudança positiva nos níveis de saúde. Implica na identificação dos obstáculos à adoção das políticas públicas de saúde e em um modo de removê-los, além de considerar a intersectorialidade das ações, a implementação de ações coletivas e comunitárias, além da reorientação dos serviços de saúde (DEMARZO, 2008).

Assim, a **nova** promoção da saúde consiste em proporcionar às pessoas e comunidades os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. A Carta de Ottawa propôs também cinco campos de ação principais para a **promoção da saúde** (DEMARZO, 2008), descritos a seguir, no **Quadro 1 (na página seguinte)**.

QUADRO I

Cinco campos de ação para a promoção da saúde. (Carta de Ottawa, 1986)

Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis	Minimização das desigualdades por meio de ações sobre os determinantes dos problemas de saúde (equidade). As políticas públicas saudáveis podem ser estabelecidas por qualquer setor da sociedade (intersetorialidade) e devem demonstrar potencial para produzir saúde socialmente. Como exemplos de políticas saudáveis citamos o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Política Nacional de Promoção da saúde do Ministério da Saúde.
Criação de ambientes favoráveis à saúde	Uma vez que a saúde seja reconhecida como socialmente produzida nos diferentes espaços de convivência, é fundamental que as escolas, os municípios, os locais de trabalho e de habitação sejam ambientes saudáveis.
Reforço da ação comunitária	Engloba a participação social (Estado e sociedade civil) na elaboração e controle das ações de Promoção da Saúde e visa o empoderamento da comunidade. Preza pelo fortalecimento das organizações comunitárias, pela redistribuição de recursos, pelo acesso a informações e pela capacitação dos setores marginalizados do processo de tomada de decisões.
Desenvolvimento de habilidades pessoais	Viabilizado por meio de estratégias educativas, são programas de formação e atualização que capacitam os indivíduos a participar, criar ambientes de apoio à Promoção da Saúde e desenvolver habilidades pessoais relacionadas à adoção de estilos de vida saudáveis.
Reorientação do sistema de saúde	Esforços para a ampliação do acesso, para a efetivação da equidade e para a adoção de ações preventivas por meio da moderna abordagem da promoção da saúde.

Desde a Carta de Ottawa, a OMS vem organizando novas conferências sobre Promoção da Saúde no sentido de reforçar, aprimorar e aprofundar os conceitos e ações definidos em 1986.

Se analisarmos o histórico do conceito de Promoção da saúde e, principalmente, as cartas e declarações resultantes das conferências internacionais sobre o tema, notaremos a tendência à adoção de uma **visão holística da saúde** e ao entendimento da **determinação social do processo saúde-doença** e à compreensão da **equidade social** como objetivos a serem atingidos. Assim, a **intersetorialidade**, a **participação social** para o **fortalecimento da ação comunitária** e a **sustentabilidade** são considerados como princípios ao se definirem estratégias de ação (DEMARZO, 2008).

Conceito de prevenção quaternária

As ações em saúde, tanto preventivas quanto curativas, têm sido consideradas, em algumas situações, excessivas e **agressivas**, tornando-se também um fator de risco para a enfermidade e a doença. Por essa razão, em 1995, Jamoulle e Roland propuseram o conceito de Prevenção Quaternária (Prevenção da Iatrogenia) (ALMEIDA, 2005), aceito pelo Comitê Internacional da Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA) em 1999. Esse novo nível de prevenção pressupõe ações clínicas centradas na pessoa, e pautadas na epidemiologia clínica e na saúde baseada em evidências, visando melhorar a qualidade da prática em saúde, bem como a racionalidade econômica. Portanto, as ações devem ser cultural e cientificamente aceitáveis, necessárias e justificadas, prezando pelo máximo de qualidade da atenção com o mínimo de quantidade/intervenção possível.

Outro objetivo da prevenção quaternária é construir a autonomia dos usuários e pacientes por meio de informações necessárias e suficientes para poderem tomar suas próprias decisões, sem falsas expectativas, conhecendo as vantagens e os inconvenientes dos métodos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos propostos. Em suma, consiste na construção da autonomia dos sujeitos e na detecção de indivíduos em risco de **sobretratamento** ou **excesso de prevenção**, para protegê-los de intervenções profissionais inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis (ALMEIDA, 2005).

Promoção da saúde no Brasil

No Brasil, em 2006, o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Promoção da Saúde (ALMEIDA, 2005), com o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes (modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais). O documento traz a promoção da saúde como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo para a construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (DEMARZO, 2008). O **Quadro 2** (página seguinte) elenca ações específicas propostas por essa política (ALMEIDA, 2005).

QUADRO 2

Ações propostas pela Política Nacional da Promoção da Saúde. (ALMEIDA, 2005)

- Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde;
- Alimentação saudável;
- Prática corporal/atividade física;
- Prevenção e controle do tabagismo;
- Redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas;
- Redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito;
- Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz;
- Promoção do desenvolvimento sustentável.

Concluindo esse tema, podemos dizer que os princípios da **promoção da saúde**, definidos pela OMS na Carta de Ottawa, de 1986, têm servido de guia para as ações de promoção da saúde mundo afora, sendo considerados por muitos como **a nova saúde pública**, na qual as práticas de saúde são cada vez mais desenvolvidas em outras agências e setores, para além dos serviços sanitários, como por exemplo, a escola, o local de trabalho, o comércio, a indústria e a mídia (DEMARZO, 2008).

A seguir veremos os princípios da **Atenção Primária à Saúde**, e suas correlações com os conceitos vistos até o momento, dentro da lógica de (re)organização dos sistemas de saúde.

Atenção Primária à Saúde

Antecedentes históricos

A história da (re)organização de serviços e sistemas de saúde orientados pelos princípios da **Atenção Primária à Saúde** (APS) é marcada por uma trajetória de sucessivas reconstruções até se consolidar como uma política de reforma, uma alternativa diante da permanente crise (financeira e de resultados) dos sistemas de saúde contemporâneos. Do ponto de vista administrativo, o delineamento teórico de um sistema de saúde hierarquizado e integrado em rede – baseado na assistência primária, secundária e em hospitais terciários –, surge em 1920, na Inglaterra, com as propostas do “**Relatório Dawson**” (apud WESTPHAL, 2006).

O **Relatório Dawson** tornou-se um marco na história da organização dos sistemas de saúde. Ele propõe a implantação de um sistema integrado de medicina preventiva e curativa por meio de ações primárias, secundárias e terciárias. O **Relatório Dawson** está na base do sistema de saúde britânico e inspirou a organização de sistemas de saúde em vários outros países.

Porém, foi o clássico estudo de White *et al.* (1961) que alertou definitivamente para a **atenção médica primária**, ao demonstrar que a imensa maioria do cuidado médico nos EUA e Reino Unido era realizada neste nível de atenção, muitas vezes em centros de saúde comunitários, evidenciando que o atendimento em hospitais universitários representava apenas uma discreta fração do total.

Vale ressaltar que o modelo de atenção baseado em centros de saúde comunitários remontava a iniciativas pioneiras francesas do final do século XIX, e americanas do início do século XX (GIL, 2006), nas quais já se promoviam e efetivavam conceitos-chave, muitos incorporados pela APS no futuro: população de risco; ações de base territorial; descentralização; assistência social; prevenção associada à assistência médica; educação sanitária; ações sobre o meio ambiente; co-gestão e controle por colegiados e conselhos; assistentes de quarteirão, e rede de atenção à saúde organizada em distritos.

Entretanto, a discussão conceitual nesse campo, como percebemos hoje, está intimamente relacionada à história da Conferência Internacional de Alma-Ata (WESTPHAL, 2006; ALMEIDA, 2005), como veremos a seguir.

Considera-se que o termo APS (*Primary Health Care*) tenha sido descrito pela primeira vez em documentos oficiais ainda no início da década de 1970, nas páginas da *Contact*, revista da Comissão Médica Cristã (CMC), ligada ao Conselho Mundial de Igrejas e Federação Mundial Luterana (MELLO, 2009). A CMC, com larga experiência em países em desenvolvimento, assumia a defesa da intervenção no nível local das comunidades, com o treinamento de agentes de saúde e métodos acessíveis, ao perceber que as ações missionárias, em sua maioria baseada em hospitais, apresentavam baixo impacto na saúde da população. Essa instituição foi responsável pela apresentação de várias experiências em saúde básica para a OMS, e, em 1974, foi chamada para estabelecer uma colaboração formal nas discussões sobre APS (MELLO, 2009).

Em 1975, o relatório **A Promoção de Serviços Nacionais de Saúde** (*The Promotion of National Health Services*), incorporou, pela primeira vez, a expressão APS aos documentos da OMS, defendendo a atenção primária como caminho para serviços de saúde mais efetivos (MELLO, 2009). Entretanto, ainda faltava uma base conceitual mais

clara sobre o modelo, o que incentivou uma proposta de conferência internacional sobre o tema, capitaneada pela OMS (MELLO, 2009).

Tempo e esforços consideráveis foram então investidos na tarefa de dar conteúdo à expressão **APS**. Discussões em torno do papel do Estado e da forma de financiamento, a referência à pobreza e grupos vulneráveis, assim como a necessidade de se estabelecer uma definição geral que coubesse em realidades muito distintas, tornaram-se desafios. Isso fez com que a conceituação da APS tomasse um aspecto mais genérico, esperando que cada país construísse o seu conceito e suas práticas em processo (MELLO, 2009).

Assim, durante a Conferência que culminou com a Declaração de Alma-Ata, organizada pela OMS em 1978, na antiga União Soviética, a saúde foi reconhecida como direito fundamental das pessoas e comunidades, sendo enfatizado o acesso universal aos serviços de saúde e a intersectorialidade das ações, e ficando evidenciada a APS como estratégia básica para a consecução desses objetivos (MELLO, 2009). O lema Saúde para Todos no ano 2000 foi o mote das discussões, o qual seria alcançado pelo desenvolvimento da APS e seus princípios em todos os países do mundo. A **Figura 1** a seguir traz uma imagem panorâmica da Conferência de Alma-Ata, em 1978.



_Fig. 1 - Conferência de Alma-Ata, na antiga União Soviética, Organização Mundial da Saúde, 1978. (créditos: PAHO/WHO)

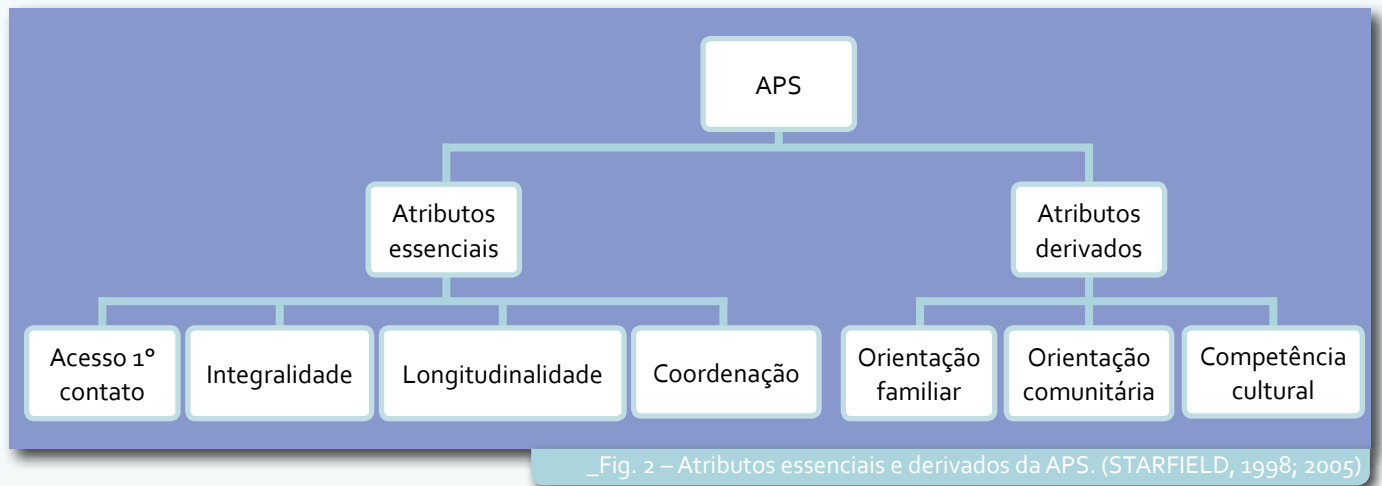
A APS foi definida então como “atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitos, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade, a um custo que tanto a comunidade quanto o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde” (*apud* STARFIELD, 1998).

Definiram-se, também, os elementos essenciais da APS para aquele momento histórico, como apontado anteriormente, sendo muitos deles similares aos dos centros de saúde comunitários: educação em saúde conforme as necessidades locais; promoção de nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico apropriados; atenção materno-infantil (incluindo o planejamento familiar); imunização; prevenção e controle das doenças endêmicas; tratamento apropriado das doenças comuns e acidentes na comunidade, e distribuição de medicamentos básicos e essenciais. Esses elementos nortearam a evolução do conceito de APS e de seus princípios até os dias de hoje (STARFIELD, 1998).

Princípios modernos da APS

Podemos circunscrever, apoiados no trabalho de Barbara Starfield, uma das mais importantes autoras da área, os princípios gerais da APS, com base na Declaração de Alma-Ata de 1978 e na evolução do conceito até os dias de hoje: oferta de ações de atenção à saúde integradas e acessíveis segundo as necessidades locais, desenvolvidas por equipes multiprofissionais responsáveis por abordar uma ampla maioria das necessidades individuais e coletivas em saúde, desenvolvendo uma parceria sustentada com as pessoas e comunidades (STARFIELD, 1998).

A mesma autora resume os princípios da APS em quatro **características ou atributos essenciais** (acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação), mais três **derivados** (orientação familiar, comunitária, e competência cultural), explicitados na **figura 2** na página seguinte.



Sabe-se hoje, por diversos estudos científicos, que um sistema de saúde com forte referencial na APS é mais custo-efetivo, mais satisfatório para as pessoas e comunidades, e é mais equitativo – **mesmo em contextos de grande iniquidade e desigualdade social** (STARFIELD, 2005).

Assim, a APS deve ser o **primeiro contato e o ponto de cuidado preferencial** das pessoas e famílias com o sistema de saúde ao longo de suas vidas, sem restrição de acesso às ações e serviços de saúde, independente de gênero, condições socioculturais e problemas de saúde; com abrangência e **integralidade** das ações individuais e coletivas; além de continuidade (**longitudinalidade**) e **coordenação** do cuidado ao longo do tempo, tanto no plano individual quanto no coletivo, mesmo quando houver necessidade de se referenciar (encaminhar) as pessoas para outros níveis e equipamentos de atenção do sistema de saúde. Deve ser idealmente praticada e orientada para o contexto **familiar e comunitário**, entendidos em sua estrutura e conjuntura socioeconômica e **cultural** (STARFIELD, 1998, 2005).

No Brasil, adota-se muitas vezes o nome de **Atenção Básica** para tratar dos mesmos princípios e características, cuja expressão atual na política de saúde é a **Estratégia Saúde da Família, como veremos a seguir..**

Conclusão da seção

Podemos concluir, em uma visão ampliada e positiva de saúde e atenção à saúde que, a rigor, os sistemas de saúde não deveriam se confundir com sistemas de serviços de saúde, pois os mesmos não seriam restritos à produção de cuidados setoriais, mas envolveriam, além das ações e serviços específicos do setor saúde, também as ações intersetoriais (de melhora da qualidade de vida e bem-estar na sociedade).

Dois grandes movimentos internacionais apresentam essa perspectiva, com grande influência sobre as políticas públicas de saúde no Brasil, especificamente na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: o movimento moderno da **promoção da saúde**, e o movimento da **Atenção Primária à Saúde**.

Apresentando a Política Nacional de Atenção Básica – 2011

O governo federal, no decorrer dos anos, tem feito tentativas de adequar as normas da APS no Brasil, definindo parâmetros que estejam adaptados à atual realidade social brasileira e do SUS. Com essa finalidade, o Ministério da Saúde, respeitando diversas leis, portarias e decretos presidenciais anteriormente deliberados – bem como o processo de integração das ações de vigilância em saúde e da APS por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem sido a forma prioritária para reorganização da APS no Brasil –, pactuou na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, realizada em setembro de 2011, o lançamento da Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que revisava as diretrizes e normas para a organização da APS para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011).

As normas e resoluções das portarias anteriores permanecem em vigor desde que não conflitem com a atual. Além disso, a ESF e outras estratégias organizativas da APS devem seguir as diretrizes da APS e do SUS, considerando e incluindo as especificidades locais regionais.

Vale lembrar que a Política Nacional de Atenção Básica, ora proposta, considera equivalentes os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2011).



Destaque

Você percebe como é importante nos debruçarmos sobre essa atualização proposta pelo Ministério da Saúde? É a nossa vivência e a nossa crítica dessa nova proposta que permitirão o aperfeiçoamento gradual da APS e posteriores mudanças que se fizerem necessárias.

A Estratégia Saúde da Família

A APS e de maneira especial, a ESF (um modelo comunitário de APS, com ênfase nas ações envolvendo as famílias e comunidades, e voltado principalmente às populações com risco e vulnerabilidade), para sua consecução, necessitam de diretrizes que apoiem as diferentes atividades a elas relacionadas. A definição de território adstrito, tão cara à sua organização, coloca-se como estratégia central, procurando reorganizar o processo de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais e ações de atenção à saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005), permitindo a gestores, profissionais e usuários do SUS compreenderem a dinâmica dos lugares e dos sujeitos (individual e coletivo), desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde (GONDIM, 2012). O território define em si a adstrição dos usuários, propiciando relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011).

A ideia de que os cuidados dispensados na APS são simples há muito deixou de ser realidade. Estes são complexos e precisam dar conta das necessidades de saúde da população, em nível individual e/ou coletivo, de forma que as ações influam na saúde e na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da comunidade.

Entretanto, fica o alerta de Schimith e Lima (2004) de que apenas a menção da sigla ESF não significa necessariamente mudança de paradigma, em que o modelo de vigilância em saúde, base desta estratégia, esteja apenas no território delimitado e na população adstrita.

Como você pode observar, a ação na APS, principal porta de entrada e ponto de cuidado preferencial no sistema de saúde, inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade (BRASIL, 2011). Para isso, é necessário que o trabalho seja realizado em equipe, de forma que os saberes se somem e possam se concretizar em cuidados efetivos dirigidos a populações de territórios definidos, pelos quais essa equipe assume a responsabilidade clínica e sanitária.

Você provavelmente vivencia no seu dia a dia a dificuldade de se trabalhar de forma compartilhada, ampliando a integração dos profissionais em um trabalho conjunto que busque a integralidade da Atenção à Saúde (PEDUZZI, 1998).

Perceba que muitos profissionais presenciam ainda hoje a hegemonia dos saberes e a separação dos fazeres. Muitos de nós fomos instados, durante o tempo de universidade, ao trabalho isolado, no qual apenas nossos pares faziam parte da cadeia de discussão e de tomadas de decisões, o que dificultou, em muito, a ideia do trabalho e cuidado compartilhado e colaborativo.



Destaque

Na ESF o trabalho em equipe é considerado um dos pilares para a mudança do atual modelo em saúde, com interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias e com a diversidade de conhecimentos e habilidades que interajam entre si para que o cuidado do usuário seja o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica.

Entretanto, essas relações muitas vezes são conflituosas, acarretando a seus membros competitividade, conflitos e hostilidade, situações que podem ser superadas com a construção de um projeto comum em que seja definida a responsabilidade de cada membro, assim como a disposição em ouvir e considerar as experiências uns dos outros, sendo a comunicação a principal ferramenta para que esses conflitos sejam convertidos em crescimento para a equipe e em um trabalho multiprofissional e interdisciplinar que redunde na gestão do cuidado integral do usuário (FRANCISCHINI; MOURA; CHINELATTO, 2008; BRASIL, 2011).

Observe que o desenvolvimento do trabalho em equipe não se constitui em um processo simples. As mudanças ocorridas na modernidade, a globalização das doenças, das práticas em saúde e dos hábitos de vida exigem que cada profissional se atualize constantemente para que possa efetivamente atuar em um projeto que envolva a equipe. Assim, os Ministérios da Saúde, da Educação e da Ciência e Tecnologia lançaram mão de estratégias que dessem conta desses desafios.



_Fig. 3 - Encontro presencial do projeto UnA-SUS/Unifesp



Saiba mais...

A proposta da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnA-SUS) (BRASIL, 2008) e a do Telesaúde (<http://rute.rnp.br/>) são algumas das ações que procuram levar em conta a difusão do conhecimento com equidade e atender às necessidades de educação permanente do SUS, com ênfase no trabalho conjunto. Mais recentemente, as políticas públicas do PROVAB e do Programa Mais Médicos para o Brasil se somam às iniciativas anteriores, com ênfase no provimento de profissionais da APS para áreas remotas, mais vulneráveis ou de difícil retenção de profissionais, além de apontarem ações de médio e longo prazo para o aprimoramento e ampliação da formação profissional em saúde, com foco especial, nesse momento, na área médica.

Como podemos observar, o processo pedagógico proposto é dinâmico e contínuo, não se esgotando com a aquisição de informação ou habilidade, uma vez que leva em conta a construção do conhecimento, da consciência crítica-reflexiva e do compromisso pessoal e profissional (*social accountability*), exigindo dos trabalhadores, gestores e usuários tomadas de decisão que criem condições para o estabelecimento de mudanças que superem os nós críticos existentes, por meio de experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde com o objetivo de transformar a realidade (BRASIL, 2011).

Essas transformações só virão a ocorrer com a responsabilização de cada um pela organização e pela consecução de atividades de educação permanente que capacitem cada membro da equipe de forma que se apropriem dos conhecimentos necessários para exercer suas atividades de forma resolutiva (CECCIM, 2005). Outro ponto fundamental é desenvolver a cultura de avaliação, na qual todo processo de gestão e cuidado desenvolvido pela equipe multiprofissional, de forma compartilhada, possa ser avaliado com o objetivo de aprimoramento e adequação de rumo.

Com esse intuito, o Ministério da Saúde lançou em 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), que agora apresento uma síntese (Portaria no 1.654, de 19 de julho de 2011) Seu objetivo é ampliar o acesso e a qualidade do cuidado na APS. É organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da APS: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização.

1	Na primeira fase do PMAQ ocorre a adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de Atenção Básica e os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde, num processo que envolve a participação do controle social. Os municípios receberão inicialmente, no momento da adesão ao PMAQ-AB, 20% do valor integral do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável por equipe contratualizada.
2	Na segunda fase será desenvolvido um conjunto de ações pelas equipes de APS, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover mudanças da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado, a fim de produzir a melhoria do acesso e da qualidade da APS. Está organizada em quatro dimensões: Autoavaliação; Monitoramento; Educação Permanente; e Apoio Institucional.
3	Na terceira fase ocorre a avaliação externa, quando são averiguadas as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da APS, participantes do programa.
4	Finalmente, a quarta fase é constituída por um processo de pactuação das equipes e dos municípios, estabelecendo-se novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados nas fases 2 e 3 do PMAQ.

A partir de então, dependendo do desempenho alcançado e dos critérios estabelecidos, ocorrerá a classificação das equipes contratualizadas por meio do processo de certificação, que definirá os valores a serem transferidos aos municípios, com base nos resultados verificados nas fases 2, 3 e 4 do PMAQ-AB.

A partir da 2ª (segunda) certificação, o desempenho de cada equipe será comparado em relação às outras equipes do seu estrato, bem como quanto à evolução do seu próprio desempenho ao longo da implantação do PMAQ-AB.

Após a classificação alcançada no processo de certificação, respeitando-se as categorias de desempenho, os municípios receberão, por equipe de saúde contratualizada, os percentuais do valor integral do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável e contratualizarão novas metas e compromissos.



Destaque

Você observou que, apesar de termos discutido que o trabalho multiprofissional e interdisciplinar deve redundar na gestão do cuidado integral do usuário, este poucas vezes foi mencionado na dinâmica da composição das equipes e da educação permanente e do planejamento das ações? (FRANCISCHINI; MOURA. CHINELATTO, 2008)

Gohn (2004) nos lembra que apenas por meio da participação dos indivíduos e grupos sociais é que se garante uma sociedade democrática e solidária capaz de gerar coesão social, criando laços de pertencimento e identidade sociocultural e política. Assim, torna-se fundamental a participação dos indivíduos e grupos sociais da área adstrita nas decisões tomadas em relação à gestão do cuidado, não com o objetivo de perverter a ordem, mas como forma de participar das decisões que dizem respeito a si e a suas famílias.

As equipes de Estratégia Saúde da Família e a Rede de Atenção à Saúde (RAS)

A **Rede de Atenção à Saúde (RAS)** é o arranjo organizativo formado pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde, num determinado território geográfico, responsável não apenas pela oferta de serviços, mas ocupando-se também de como estes estão se relacionando, assegurando dessa forma que a ampliação da cobertura em saúde seja

acompanhada de uma ampliação da comunicação e integração entre os serviços, a fim de garantir a integralidade da atenção (BRASIL, 2009b; 2011). Os fluxos de atendimento das demandas de saúde nos diversos níveis de atenção devem ser definidos na RAS, com o intuito de obter a integralidade do cuidado.

A principal porta de entrada e de comunicação entre os diversos pontos da RAS é a APS, incluindo a ESF, constituída de equipe multidisciplinar, responsável pelo atendimento de forma resolutive da população da área adstrita e pela construção de vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitárias efetivas (BRASIL, 2011).

Distintas maneiras de organização das UBS e realidades socioepidemiológicas, além de facilidade de acesso, construção de vínculos positivos e responsabilização dos profissionais pela continuidade do cuidado dos usuários, foram determinantes decisivos para a determinação do número de habitantes da área adstrita; assim, cada UBS localizada em grandes centros urbanos e que não adota a ESF deve acolher no máximo 18 mil habitantes (BRASIL, 2011).

Àquelas com ESF recomenda-se, no máximo, 12 mil habitantes, em que cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4 mil pessoas, sendo a média recomendada de 3 mil pessoas ou menos quanto maior o grau de vulnerabilidade (BRASIL, 2011).

Cada equipe deve ser constituída 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. (BRASIL, 2011)

Estes devem estar vinculados a uma equipe de saúde da família, mantendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território que a ESF.

Cada um desses profissionais, exceção feita ao médico, deve cadastrar-se em apenas uma equipe, com carga horária de 40 horas semanais, sendo 32 horas dedicadas a atividades na equipe de saúde da família, podendo,

conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até 08 (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, 2011)

Atribuições dos profissionais da Estratégia Saúde da Família

Observe que, para um número grande de pessoas, distribuído em um território, às vezes de forma dispersa e outras tão concentradas, é preciso desenvolver tanto um trabalho colaborativo e conjunto, envolvendo todos os membros da equipe, quanto trabalhos específicos, seguindo as disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões.

Discutiremos, num primeiro momento, as atribuições de todos os profissionais, do ponto de vista organizacional: participar do processo de territorialização, identificando situações de risco e vulnerabilidade, realizando busca ativa e notificando doenças e agravos de notificação compulsória; cadastrar famílias e indivíduos, garantindo a qualidade dos dados coletados e a fidedignidade do diagnóstico de saúde do grupo populacional da área adstrita de maneira interdisciplinar, com reuniões sistemáticas, organizadas de forma compartilhada, para planejamento e avaliação das ações.

Associadas a estas, outras ações devem ser desenvolvidas, a fim de promover atenção integral, contínua e organizada da população adstrita. O acolhimento dos usuários deve garantir escuta qualificada e encaminhamentos resolutivos para que o vínculo, uma das peças-chave da ESF, ocorra de forma efetiva. Importante lembrar que a atenção ao usuário deve ser realizada não apenas no âmbito da Unidade de Saúde, mas em domicílio, em locais do território, quando as visitas se tornarem essenciais para o andamento do cuidado (BRASIL, 2011).

Entretanto, é necessário que esse mesmo sujeito, que hoje necessita de cuidados, seja capaz, em um momento posterior, de gerir sua forma de conduzir sua vida e a de sua família, de forma autônoma e saudável. Ações educativas, que interfiram no processo de saúde-doença, devem ser incrementadas, bem como o incentivo à mobilização e à participação da comunidade, com o intuito de efetivar o controle social (BRASIL, 2011).

Profissionais que compõem as equipes da Estratégia Saúde da Família

A par das atividades comuns a todos os profissionais envolvidos na ESF, cada um deles tem função específica, que apresentaremos a seguir. Tal função não se basta em si mesma, e um aprofundamento é necessário para que cada um se reconheça e reconheça também a atividade do outro e não se perca de vista o trabalho compartilhado.

Iniciaremos comentando sobre as prerrogativas do **enfermeiro** (BRASIL, 2011), profissional que exerce privativamente a direção dos órgãos de enfermagem e integra a estrutura básica de instituições de saúde, pública ou privada, e a chefia de serviço de enfermagem, coordenando a atuação do auxiliar e do técnico.

Ao **enfermeiro** cabe atender a saúde dos indivíduos e famílias cadastradas, realizando consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos, solicitar exames complementares, prescrever medicações e gerenciar insumos e encaminhar usuários a outros serviços. Cabem a ele também as atividades de educação permanente da equipe de enfermagem, bem como o gerenciamento e a avaliação das atividades da equipe, de maneira particular do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que ocupa na ESF papel fundamental para a manutenção do vínculo entre os usuários e a Unidade de Saúde.

O **médico** (BRASIL, 2011) é um profissional que se ocupa da saúde humana, promovendo saúde, prevenindo, diagnosticando e tratando doenças, com competência e resolutividade, responsabilizando-se pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário. Para que possa atender à demanda dos indivíduos sob sua responsabilidade, deve realizar atividades programadas (consultas ou visitas domiciliares de caráter clínico, agendadas, para seguimento longitudinal) e de atenção à demanda espontânea (principalmente urgências de baixa e média complexidade), de forma compartilhada, consultas clínicas e pequenos procedimentos cirúrgicos, quando indicado na Unidade de Saúde, no domicílio ou em espaços comunitários, responsabilizando-se pela internação hospitalar ou domiciliar e pelo acompanhamento do usuário.

Além disso, o **médico** deve, em um trabalho conjunto com o enfermeiro, realizar e fazer parte das atividades de educação permanente dos membros da equipe e participar do gerenciamento dos insumos.

O **ACS** exerce o papel de “elo” entre a equipe e a comunidade, devendo residir na área de atuação da equipe, vivenciando o cotidiano das famílias/indivíduo/comunidade com mais intensidade em relação aos outros profissionais (FORTES; SPINETTI, 2004). É capacitado para reunir informações de saúde sobre a comunidade e deve ter condição de dedicar oito horas por dia ao seu trabalho. Realiza visitas domiciliares na área adscrita, produzindo dados capazes de dimensionar os principais problemas de saúde de sua comunidade.

Estudos identificam que o **ACS**, no seu dia a dia, apresenta dificuldade de lidar com o tempo, o excesso de trabalho, a preservação do espaço familiar, o tempo de descanso, a desqualificação do seu trabalho e o cansaço físico (MARTINES; CHAVES, 2007).

A esses profissionais cabe cadastrar todas as pessoas do território, mantendo esses cadastros sempre atualizados, orientando as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis. Devem acompanhá-las, por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas, buscando sempre a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS.

Devem desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês ou, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade, em número maior. A eles cabe “o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe” (BRASIL, 2011).

O **ACS** também é responsável por cobrir toda a população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2011).

Ao **técnico e auxiliar de enfermagem** cabe, sob a supervisão do enfermeiro, realizar procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão tanto na Unidade de Saúde quanto em domicílio e outros espaços da comunidade, educação em saúde e educação permanente (BRASIL, 2011).

O **cirurgião-dentista** é o profissional de saúde capacitado na área de odontologia, devendo desenvolver com os demais membros da equipe atividades referentes à saúde bucal, integrando ações de saúde de forma multidisciplinar.

A ele cabe, em ação conjunta com o Técnico em Saúde Bucal (TSB), definir o perfil epidemiológico da população para o planejamento e a programação em saúde bucal, a fim de oferecer atenção individual e atenção coletiva voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais, de forma integral e resolutiva. Sempre que necessário, deve realizar os procedimentos clínicos, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares, além de realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea e ao controle de insumos (BRASIL, 2011).

É responsável ainda pela supervisão técnica do Técnico (TSB) e do Auxiliar (ASB) em Saúde Bucal e por participar com os demais profissionais da Unidade de Saúde do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS (BRASIL, 2011).

Ao **Técnico em Saúde Bucal (TSB)** cabe, sob a supervisão do cirurgião-dentista, o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal, a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos, a remoção do biofilme e as fotografias e tomadas de uso odontológicos, o preparo cavitário na restauração dentária direta, a limpeza e a antisepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, e as medidas de biossegurança de produtos e resíduos odontológicos.

É importante que esse profissional integre ações de saúde de forma multidisciplinar, oferecendo apoio e educação permanente aos ASB, ACS e agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal.

O **Auxiliar em Saúde Bucal (ASB)** realiza procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão, como limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho, processa filme radiográfico, seleciona moldeiras, prepara modelos em gesso, além das demais atividades atribuídas ao TSB (BRASIL, 2011).



Destaque

Perceba que todos esses profissionais devem ter o compromisso com o acesso, o vínculo entre usuários e profissionais e a continuidade e a longitudinalidade do cuidado, trabalho complexo que só possível de ser executado por meio do cuidado colaborativo e compartilhado.

Diferentes arranjos da APS

Em um país tão diverso quanto o nosso, diferentes realidades compõem o cenário da APS, entre elas as equipes de consultório de rua, a população Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul-mato-grossense e a fluvial.

Discutiremos inicialmente a população em situação de rua, que à semelhança dos demais cidadãos, deve receber atenção e cuidado por parte de todos os profissionais do SUS. Entretanto, com o objetivo de maior acesso e oferta de cuidado integral, foram criadas, vinculadas à APS, as equipes dos consultórios na rua.

Estas desenvolvem ações na rua, de forma itinerante, em instalações específicas, na unidade móvel e/ou nas UBS do território, devendo cumprir carga horária semanal de 30 horas, sendo que o atendimento pode ocorrer no período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana.

A complexidade do cuidado exige articulação dessas equipes com outras do território, como a Unidade Básica de Saúde, o núcleo de apoio à Saúde da Família, os Centros de Atenção Psicossocial à Rede de Urgência e outras instituições ligadas ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Naqueles municípios ou áreas, sem consultórios de rua, o cuidado integral das pessoas nessa situação deve ser de responsabilidade das equipes da UBS e dos NASF do território onde elas estão concentradas (BRASIL, 2011).

Abordaremos agora as Equipes de Saúde da Família responsáveis pelo atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul-mato-grossense. Os municípios responsáveis por essa população, dependendo das especificidades locais, podem optar entre dois arranjos organizacionais para equipes Saúde da Família, além daqueles existentes para o restante do país. Um deles é a Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR), cujas atividades são desenvolvidas em Unidades de Saúde em localidades cuja comunidade pertence à área adscrita e o acesso se dá por meio fluvial. Outras são as Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF), cujas equipes desenvolvem sua atividade laboral em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) (BRASIL, 2011).

Ambas devem apresentar composição semelhante à estrutura já discutida anteriormente, sendo que as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas devem contar ainda com um microscopista, nas regiões endêmicas.

Já as Equipes de Saúde da Família Fluviais devem levar em conta um técnico de laboratório e/ou bioquímico na constituição da equipe multiprofissional, além dos profissionais de saúde bucal, à semelhança do que foi descrito anteriormente, sempre associada à realidade epidemiológica e às necessidades de saúde da população.

A participação do usuário nos conselhos gestores, em parceria com gestores locais e profissionais de saúde, é essencial para a gestão do cuidado e a resolutividade da demanda.

Para implantação de Equipes de Saúde da Família Fluviais e Equipes de Saúde da Família para Populações Ribeirinhas, os municípios deverão seguir o fluxo previsto para a implantação de Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2011).

Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF



Destaque

Você percebe como o trabalho em equipe multiprofissional tem sido um marco importante na Estratégia Saúde da Família?

As situações de saúde e adoecimento nesse nosso país continental são díspares e, assim, a par das doenças definidas pelo perfil epidemiológico da população e outras que, frente à globalização, emergem e reemergem fazendo com que a população apresente uma pluralidade de agravos à saúde, surgem os problemas de violência, de saúde mental, pobreza, uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, acidentes externos, entre outros.

Essa realidade tão complexa necessita de um olhar multifacetado, em que diferentes profissionais possam apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços, garantindo a continuidade e a integralidade da atenção.

Dentro desse escopo foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, compostos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira integrada com as Equipes Saúde da Família, com as equipes de APS para populações específicas e com o Programa Academia da Saúde, sendo o objetivo deste último a implantação de polos para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudável (BRASIL, 2011).



Destaque

É importante lembrar que o NASF, apesar de estar vinculado à APS, não se constitui em porta de entrada do sistema para os usuários, e sua função é oferecer apoio e fortalecer o trabalho das Equipes da ESF. O NASF, à semelhança das equipes da ESF, leva em conta a territorialização, a educação permanente em saúde, a participação social, a promoção da saúde e a integralidade – esta última, a principal diretriz do SUS a ser praticada por esse núcleo (BRASIL, 2009a).

A integralidade se materializa principalmente pelo aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde – tanto clínicos quanto sanitários –, por meio da responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família e de populações específicas, garantindo-lhes encaminhamento, com base nos processos de referência e contrarreferência, e atuando no fortalecimento do seu papel de coordenação do cuidado nas redes de Atenção à Saúde.

Inúmeras e complexas são as responsabilidades atribuídas aos profissionais do NASF, entre elas: a definição de indicadores e metas que avaliem suas ações; a definição de uma agenda de trabalho que privilegie as atividades pedagógicas e assistenciais; e ações diretas e conjuntas com a ESF no território (BRASIL, 2011).

É importante refletir que cada ação ou todas elas, analisadas no conjunto da obra, pressupõem ações a serem desenvolvidas em parceria com as Equipes de Saúde da Família e a comunidade, com vista à vigilância à saúde.

Desafios a serem superados

Como discutido anteriormente, um dos desafios que se colocam para os profissionais do NASF e da ESF é o trabalho em equipe, uma vez que a maior parte dos profissionais de saúde não tem formação básica que valorize ou o instrumentalize para esse tipo de atividade. Esse trabalho deve ser realizado em espaços coletivos e com contratos bem definidos de funcionamento, com garantia de sigilo, tendo em vista que, nesses encontros, todos os assuntos devem ser tratados, e as críticas devem ser feitas e recebidas de forma adequada, num aprendizado contínuo de gerenciamento de conflitos de forma positiva (BRASIL, 2011).

A organização do NASF

O NASF está organizado em duas modalidades: NASF 1 e NASF 2, e a composição de cada uma delas deverá ser definida pelos gestores municipais, a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas.

Os profissionais que compõem o NASF 1 e 2, segundo o Código Brasileiro de Ocupações – CBO, são:

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 Geriatria; Médico Internista (clínica médica); Médico do Trabalho; Médico Veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte-educador); e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas. (BRASIL, 2011)

É importante observar que não há diferença entre o NASF 1 e 2 quanto aos profissionais que os compõem, diferindo apenas na carga horária semanal e no número de equipes de Saúde da Família e/ou equipes de APS para populações específicas. Esses núcleos devem funcionar em horário de trabalho coincidente com o das referidas equipes que apoiam, além de estar vinculados aos polos do Programa Academia da Saúde de seu território de abrangência.

O NASF 3 foi suprimido por essa portaria e se tornará automaticamente NASF 2 (BRASIL, 2011).

Programa Saúde na Escola (PSE)

É um programa que tem por objetivo a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e Unidades Básicas de Saúde, realizada pelas equipes de saúde da APS e educação de forma integrada. Tem entre suas funções a avaliação clínica e psicossocial, a promoção e a prevenção, visando à promoção da saúde ambiental e do desenvolvimento sustentável, da cultura de paz e prevenção das violências, da alimentação saudável e de práticas corporais e atividades físicas nas escolas, além da educação para a saúde sexual e reprodutiva, a prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas. Dessa forma, está lançado mais um desafio que nos estimula a um trabalho intersetorial, nem sempre fácil de ser realizado.

Finalizando a nossa conversa

Caro colega, como você pode observar no decorrer de nossa conversa, o assunto é extenso e não para de se criar e recriar, pois não depende apenas de leis, portarias e editais, e sim da construção diária, criativa e colaborativa da Atenção à Saúde.

Gostaríamos de alertá-lo que muitas vezes nos perdemos em “números” de atendimentos, visitas domiciliares, grupos educativos ou matriciamentos, sempre ligados na produtividade a ser alcançada, unidade avaliativa, muitas vezes utilizada inadequadamente. Entretanto, nos esquecemos de que de nada adianta a prática sem reflexão do contexto e de seus propósitos, objetivos e referenciais teóricos. Esperamos que, no decorrer deste módulo, você acesse alguns trabalhos que possam lhe acrescentar um olhar ampliado de todas essas situações discutidas no decorrer deste texto (ARAÚJO; ROCHA, 2007; MENDONÇA, 2009; CAMPOS; AMARAL, 2007).

Agradecemos a possibilidade de termos dividido leituras e reflexões e cremos que foi muito importante conseguir elaborar um diálogo colaborativo com você. Sucesso no seu trabalho na APS.

Referências

_____. Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Organização Panamericana. **Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas – Promed, 2001.**

_____. **Ministério da Saúde.** Política Nacional de Atenção Básica, **Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.**

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Nacional de Reorientação de formação profissional em saúde – Prosaúde – Edital n. 1, nov. 2005.**

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnA-SUS), 8 de junho de 2008.**

_____. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Memorial Fund Quartely, New York, vol. 83, 3, p. 457-502. 2005.

ALMEIDA, L. M. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. **Revista Portuguesa de Saúde Pública,** Lisboa, vol. 23, 1, p. 91-96, 2005.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva,** v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Política Nacional de Promoção da Saúde. Visa promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2006.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção com referenciais teóricos operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CECCIM, R. B. Réplica. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 175-177, fev. 2005.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. Saúde escolar e escolas promotoras de saúde. In: **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2008. vol. 3, p. 49-76.

FORTES, P. A. C.; SPINETTI, S. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1328-1333, 2004.

FRANCISCHINI, A. C.; MOURA, S. D. R. P.; CHINELATTO, M. A importância do trabalho em equipe no PSF. **Investigação**, v. 8, n. 1-3, p. 25-32, jan./dez. 2008.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 22, 6, p. 1171-1181. 2006.

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

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. **Territorialização em Saúde**. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, p. 32. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/25.pdf>>. Acesso em: 27. out. 2015.

MARTINES, W. R.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 3, p. 426-433, 2007.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica ou atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista de APS, Juiz de Fora**, vol. 12, p. 204-213. 2009.

MENDONÇA, C. S. Saúde da família, agora mais do que nunca. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, Supl. 1, p. 1493-1497, 2009.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, mai./jun. 2005.

NARVAI, P. C.; PEDRO, P. F. S.. Práticas de saúde pública. *et al.* In: **Saúde pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008, p. 269-297.

PEDUZZI, M. Trabalho e equipe. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, p. 271-276. 1998.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 1, p. 33-53, 2001.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004.

STARFIELD, B. **Primary care**: balancing health needs, services and technology. UK: Oxford University Press, 1998.

TAKEDA, S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: DUNCAN, B.; SCHMIDT M. I.; GIUGLIANI E. . **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 76-87.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS G. W. S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 635-667.

WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B G. The ecology of medical care. **New england journal of medicine**. New England: Vol. 265, p. 885-892. 1961.