

ISSN: 2527-1946

Número 93

Novembro 2022

CADERNO DE PESQUISA NEPP

**Atenção Básica no Sistema Único de Saúde
(SUS)**

Carmen Cecilia de Campos Lavras et al.

Núcleo de Estudos de Políticas Públicas



UNICAMP



COCEN



nepp



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Reitor

Prof. Dr. **Antonio José de Almeida Meirelles**
Coordenador-Geral da Universidade

Profa. Prof^a. Dr^a. Maria Luiza Moretti

Pró-Reitor de Extensão e Cultura

Prof. Dr. Fernando Antonio Santos Coelho

Pró-Reitor de Desenvolvimento Universitário

Prof. Dr. Prof. Fernando Sarti

Pró-Reitor de Graduação

Prof. Dr. Ivan Felizardo Contrera Toro

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Profa. Dra. Rachel Meneguello

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Dr. João Marcos Travassos Romano

Coord. Centros e Núcleos Interdisciplinares de Pesquisa

Profa. Dra. Ana Carolina de Moura Delfim Maciel



NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Coordenador

Profa. Dra. Ana Lucia Gonçalves da Silva

Coordenador Associado

Prof. Dra. Angela Christina Lucas

Editores

Cibele Yhan de Andrade

Dra. Roberta Rocha Borges

Conselho Editorial do Caderno de Pesquisa NEPP

Dra. Roberta Rocha Borges

Cibele Yhan de Andrade

Dra. Stella M. Barbera da Silva Telles

Apoio Técnico

Maria do Carmo de Oliveira

O Caderno de Pesquisa NEPP, de caráter multidisciplinar, escrito por pesquisadores, professores, estudantes de pós-graduação, membros associados e convidados, tem periodicidade semestral. Publica artigos inéditos, relatórios de pesquisa, pesquisas em andamento, entrevistas e resenhas relacionados com as múltiplas dimensões da política pública.

Entre 1987 e 2010, publicaram-se 83 números. Desde o número 84, o Caderno de Pesquisa NEPP foi remodelado e passa a ser publicado em versão eletrônica.

*Considerações Éticas:
A responsabilidade pelos conteúdos
publicados é exclusivamente do(s)
autor (es), assim como a
revisão ortográfica.*

APRESENTAÇÃO

Esse Caderno está sendo publicado como o intuito de contribuir com o fortalecimento da Atenção Básica (AB) no Sistema Único de Saúde (SUS) do nosso país. Sem a pretensão de esgotar o assunto, queremos, apenas favorecer o processo de discussão em torno das temáticas apresentadas, as quais consideramos fundamentais, nesse momento, para esse processo de fortalecimento.

De certa forma, trazemos a público, questões que tem norteado o trabalho do Programa de Estudos em Sistemas de Saúde do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da UNICAMP, em torno do assunto, durante os últimos anos.

O Caderno foi elaborado a “muitas mãos” e com diferentes olhares, valorizando não só a produção acadêmica existente, mas, principalmente, a vivência concreta de profissionais que atuam ou já atuaram junto as redes básicas municipais e/ou junto a outras instâncias do sistema. Tivemos, também, a preocupação de escrever os artigos de forma clara e bem objetiva, visando atingir o maior número de profissionais e gestores do sistema que atuam em realidades distintas nesse imenso e tão diversificado país.

Considerando como função da AB a coordenação do cuidado e o ordenamento da rede de atenção à saúde e, reconhecendo que só com uma AB robusta e efetiva o SUS conseguirá responder de forma adequada às necessidades de saúde dos brasileiros na atualidade, nos propusemos a abordar temas a nosso ver essenciais para esse fortalecimento.

Assim, abordamos o desenvolvimento da AB no SUS buscando caracterizar as respostas necessárias diante das necessidades em saúde na atualidade, as diretrizes políticas, modelos de atenção adotados, destacando aspectos indispensáveis como a formação de profissionais, a incorporação de equipamentos para apoio diagnóstico e terapêutico, a promoção da saúde, a integração com a vigilância em saúde nos territórios, o cuidado voltado à saúde mental e aos idosos na AB, as unidades básicas como organizações e algumas das tecnologias de gestão do cuidado que podem ser utilizadas na atenção básica.

Boa leitura!

Carmen Lavras*
Maria José C. Nogueira de Sá**

* Médica, Doutora em Saúde Coletiva, Especialista em Saúde Pública, Medicina do Trabalho e Planejamento e Gerenciamento em Saúde, Pesquisadora do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas NEPP/UNICAMP. Experiência em gestão pública da saúde e docência no ensino superior.

** Psicóloga, Especialista em Especialização em Planejamento e Gerenciamento em Saúde, atuando na docência e gerência de projetos e organizações voltadas à saúde mental e saúde pública.

Sumário

1. Sistemas de Saúde no Brasil e os desafios do SUS	
Carmen Cecilia de Campos Lavras.....	7
2. A Evolução da Atenção Básica no SUS	
Carmen Cecilia de Campos Lavras.....	17
3. Atenção básica na oferta de cuidados de saúde aos brasileiros	
Carmen Cecilia de Campos Lavras.....	29
4. A PNAB 2017 e os atuais Programas do Ministério da Saúde voltados à Atenção Básica	
Andréia Passamani Barbosa Corteletti; Carla Estela Lima; Maria da Penha Marques Sapata.....	37
5. Gestão municipal da AB: E agora gestor?	
Antônio Claudio Galvão; Isabel Cristina de Souza; Marema de Deus Patrício; Rosana Marques Ferro Martins Leite; Rosimeire Francé Vital.....	54
6. Formação de Profissionais da Saúde para Atenção Básica	
Claudia Spinola Leal Costa; Maria Teresa Pinto Moreira Porto; Nair Lumi Yoshino; Olga Maria F. de Carvalho.....	81
7. Tecnologia de Equipamentos em Saúde na Atenção Básica	
Marilda Solon Teixeira Bottesi; Suely Esteves; Tisuko Sinto Rinaldi.....	112
8. Promoção da Saúde e Atenção Básica	
Camila Benvenuto; Karine Magnani; Maria José Comparini Nogueira de Sá.....	129
9. Integração da Atenção Básica e Vigilância em Saúde no território	
Alessandro Aldrin Pinheiro Chagas; Andrea Paula Bruno von Zuben; Marema de Deus Patrício; Maria do Carmo Ferreira.....	143
10. Oferta de cuidados ao idoso na atenção básica no SUS	
Maria Cristina C. A. Lobo; Maria Teresa D. F. P. M. Porto; Mariana Reis Santimaria; Ricardo Alves Cocolisce.....	158
11. Sistema de Saúde e Saúde Mental no Brasil do século XXI: Sinergismo das redes e a integralidade do cuidado	
Maria José Comparini Nogueira de Sá; Rodrigo Fonseca Martins Leite; Sandrina Kelem Indiani.....	191
12. As Unidades Básicas de Saúde do SUS como organizações	
Carmen Cecilia de Campos Lavras; Maria José Comparini Nogueira de Sá; Suely Bonilha Esteves.....	210
13. Tecnologias de Gestão do Cuidado nas UBS do SUS	
Carmen Cecilia de Campos Lavras.....	222

Sistemas de saúde no Brasil e os desafios do SUS

Health systems in Brazil and the challenges of SUS

Carmen Cecília de Campos Lavras*

Resumo

O texto apresenta o funcionamento dos sistemas de saúde no Brasil, destacando o Sistema Único de Saúde e a necessidade de promover ajustes frente às mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais, estabelecendo estratégias para sua integração e fortalecimento.

Palavras-chave: sistemas de saúde, necessidades em saúde

Abstract

The text presents the functioning of health systems in Brazil, highlighting the Unified Health System and the need to promote adjustments in the face of demographic, epidemiological and social changes, establishing strategies for its integration and strengthening.

Keywords: health systems, health needs

7

Artigo publicado originalmente no periódico: Domingueira Nº 40 - Outubro 2022

* Médica, Doutora em Saúde Coletiva, Especialista em Saúde Pública, Medicina do Trabalho e Planejamento e Gerenciamento em Saúde, Pesquisadora do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas NEPP/UNICAMP. Experiência em gestão pública da saúde e docência no ensino superior.

A oferta de cuidado em saúde às pessoas, se concretiza através de iniciativas bastante diversificadas que, por sua vez, se originam de distintos provedores: a própria família; curandeiros, na sua forma mais primitiva; instituições religiosas as mais diversas; serviços formais de saúde, entre outros. Em sua forma socialmente mais organizada, essas iniciativas são ofertadas através de sistemas de saúde que podem assumir diferentes configurações dependendo da sociedade na qual se organizam.

Entende-se por sistema de saúde um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, de iniciativa pública ou privada, organizado para dar respostas às necessidades de saúde de uma dada sociedade.

Os sistemas de saúde devem, periodicamente, realizar ajustes para se adaptar a uma realidade que se modifica, permanentemente, em função da presença de fatores que incidem sobre a oferta de serviços de saúde, tais como a produção de novos conhecimentos científicos; a produção e a incorporação de novas tecnologias de apoio diagnóstico e/ou terapêutico; o aperfeiçoamento das tecnologias de informação e comunicação, entre outros, ou, em função do surgimento de um novo quadro de necessidades de saúde da população a qual se destinam.

8 O grande avanço científico e tecnológico característico das sociedades contemporâneas trouxe, sem dúvida, um enorme impacto sob a oferta do cuidado em saúde nessas sociedades com efeitos já relativamente conhecidos, impondo grandes ajustes aos sistemas de saúde. Em primeiro lugar, deve-se destacar que esses avanços retratam a importância de um setor econômico presente, com diferentes formatos e relações, em vários países, inclusive no Brasil. Trata-se de um setor econômico muito dinâmico que desenvolve atividades de alta intensidade de inovação e cuja base produtiva de bens e serviços é de enorme relevância em todas as economias mundiais. É esse setor, o responsável tanto pela inovação como pela produção industrial de fármacos, vacinas, hemoderivados e reagentes diagnósticos, além de equipamentos e materiais médico hospitalares. Constitui, por outro lado, um setor que contribui para a qualificação do cuidado ofertado pelos sistemas de saúde, ao mesmo tempo em que, ao buscar ampliar mercado e gerar lucro, encarece os procedimentos realizados e passa a exigir desses mesmos sistemas, práticas maduras de regulação.

Mas deve ser ressaltado que o aperfeiçoamento dos processos diagnósticos e terapêuticos proporcionou e tem proporcionado cada vez mais, maior eficiência e eficácia das intervenções clínicas e cirúrgicas, levando a melhoria nos prognósticos e na qualidade de vida dos pacientes. Por outro lado, a forma como as sociedades incorporaram esses avanços, acabou, também, por determinar alguns limites daí decorrentes, já que, comumente, passou-se a

desvalorizar aspectos psicossociais envolvidos no processo de adoecimento; a estimular uma prática excessivamente especializada que atua sobre partes do corpo do paciente, segmentando-o em órgãos e funções; a desvalorizar a relação profissional paciente; e, a favorecer o intervencionismo, muitas vezes encarecendo os procedimentos realizados. Além disso, observa-se uma priorização da atuação apenas sobre parte do processo saúde doença, já que se desconsidera ou pouco se valorizam as práticas voltadas a promoção da saúde ou a prevenção dos agravos.

Assim, mesmo no campo restrito da assistência e com enfoque eminentemente biomédico, o cuidado em saúde é muitas vezes ofertado através de processos que carecem de maior racionalidade e que se apresentam distantes das necessidades das pessoas.

Um outro aspecto que deve ser considerado atualmente na oferta do cuidado em saúde e, portanto, na organização dos sistemas, diz respeito à quantidade e à diversidade de profissionais e instituições envolvidas nesse processo. Como decorrência desse avanço científico e tecnológico, novas profissões e especialidades foram surgindo e gradativamente se incorporando aos sistemas de saúde. Por outro lado, esses sistemas também foram se tornando mais complexos, com unidades de atenção e de apoio diagnóstico terapêutico, bastante especializadas e, muitas vezes, pouco integradas. Superar a fragmentação dos sistemas de saúde constitui-se, na atualidade, em grande desafio para muitos países.

Pode-se concluir que esse grande avanço científico e tecnológico em saúde, característico das sociedades contemporâneas, impacta fortemente e de forma peculiar, os sistemas de saúde existentes no Brasil, já que respeita de um lado, nossas características históricas de produtores de bens primários e de industrialização tardia e, de outro, a dinâmica de um mundo globalizado.

Já, no que diz respeito aos ajustes necessários nos sistemas de saúde em função do surgimento de um novo quadro de necessidades de saúde, pode-se dizer que no Brasil, esse quadro, na atualidade, vem passando por grandes alterações. Isso se dá em função das mudanças no modo de viver das pessoas que adquiriram novos hábitos, novos comportamentos e novos valores, numa sociedade impactada pela globalização e pela tecnologia de informação e comunicação e, que, dessa forma, passam a exigir novas respostas sociais, inclusive dos sistemas de saúde existentes. A expectativa dos usuários por maior rapidez nos atendimentos; pela utilização de canais de comunicação mais ágeis com os serviços de saúde e com os profissionais, incluindo aqui todas as possibilidades de comunicação virtual e, por informações

mais diretas e precisas a respeito dos riscos e patologias a que estão submetidos, além da mudança de valores, de comportamentos e de estilo de vida, configuram uma realidade que deve ser amplamente percebida e reconhecida tanto pelos serviços como pelos profissionais de saúde.

Por outro lado, devem ser destacadas as significativas mudanças demográficas observadas no país, que apontam para o rápido envelhecimento de nossa população fazendo com que os sistemas de saúde lidem diariamente com um grande contingente de idosos que buscam o sistema em função de riscos e/ou propriamente, de doenças crônicas degenerativas, próprias dessa fase do ciclo de vida. Os idosos, por apresentarem características singulares quanto a seu processo de adoecimento e recuperação, no qual comumente se busca o controle e não a cura de determinado agravo ou patologia, acabam por fazer novas exigências aos serviços de saúde e ao sistema como um todo, já que necessitam de acompanhamento permanente, garantia de continuidade assistencial e abordagem multiprofissional integrada. São por outro lado mais vulneráveis, muitas vezes portadores de incapacidades funcionais e necessitam de intervenções multidimensionais e intersetoriais. Por serem portadores de uma ou mais doenças crônicas associadas ou não a outras incapacidades funcionais, os idosos utilizam diversos serviços de saúde de forma mais intensiva e prolongada, serviços esses, normalmente prestados por distintos provedores, com características próprias e peculiares e que contam com profissionais de diferentes categorias e de diversificada formação.

10

Mas a essa nova demanda, acrescentam-se outras que acabam por configurar um novo padrão de morbimortalidade da população brasileira na atualidade. Uma primeira questão diz respeito, então, ao aumento de portadores de condições crônicas ocasionadas não só pela maior presença dessas doenças crônico-degenerativas, mas também pelo aumento da sobrevivência de pacientes portadores de outras patologias, cujo controle foi viabilizado pelo próprio desenvolvimento científico e tecnológico incorporado ao setor saúde, a exemplo dos portadores de distúrbios mentais; de outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT); e, de doenças infecciosas cujo controle se estende por um longo período de tempo, a exemplo da AIDS, tuberculose, hanseníase nas quais se exige uma resposta adequada dos sistemas de saúde, muito semelhante à descrita para os portadores de doenças crônicas degenerativas.

Esse aumento de portadores de condições crônicas, juntamente com presença de portadores de doenças infectocontagiosas (AIDS, COVID, dengue, chicungunha, zika, malária, sarampo, sífilis etc.) muitas das quais apresentando tendência de declínio e outras, anteriormente controladas, ressurgindo e, que exigem não só a oferta de cuidados individuais,

mas de intervenções próprias de vigilância em saúde; e, também, com a presença de usuários acometidos por agravos ocasionados por determinantes classificados como “causas externas”, ou seja, acidentes; atropelamentos e violências, configuram um quadro epidemiológico bastante complexo cujo enfrentamento exige profundas mudanças nos sistemas de saúde aqui existentes: o Sistema de Saúde Privado Suplementar e o Sistema Único de Saúde.

O Sistema de Saúde Privado Suplementar, atinge em média, algo em torno de 24% da população brasileira na atualidade, segundo dados de novembro de 2019, publicados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Dá cobertura bastante diversificada, particularmente, aos grupos populacionais de maior renda e, tem seus serviços concentrados em regiões mais desenvolvidas e em grandes aglomerados urbanos, mostrando-se, ainda, pouco representativo quando se considera a população brasileira como um todo. Apresenta-se como um sistema fragmentado e com oferta de ações e procedimentos clínicos muito variada, na dependência do plano adquirido pelo usuário e da possibilidade de oferta da operadora. Nesse sistema, a oferta de serviços se dá através de distintas modalidades de operadoras: cooperativas; seguro saúde; autogestão; filantrópicas e, medicina de grupo. É um sistema de caráter eminentemente assistencial, já que não se responsabiliza pelo desenvolvimento de atividades relacionadas a Vigilância em Saúde, a Promoção da Saúde e, muitas vezes, mesmo aquelas relacionadas aos processos de reabilitação e reintegração dos indivíduos na sociedade.

Já o Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta-se como sistema público de maior representatividade, que atinge, mesmo que de maneira diversificada, toda a população brasileira e que, historicamente, incorporou milhões de brasileiros anteriormente desassistidos e excluídos de qualquer sistema de saúde. Oferta um volume extraordinário de ações e procedimentos de saúde e mostra-se presente, mesmo que de forma desigual, em todo o território nacional com um imenso número de serviços e profissionais envolvidos.

Fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, o SUS mostrou grandes avanços desde sua criação na Constituição de 1988 entre os quais merecem ser destacados: a própria configuração de uma imensa rede de serviços de saúde, particularmente, de Atenção Primária à Saúde (APS) em todo território nacional, com ênfase na utilização da Estratégia de Saúde da Família; uma competente atuação da Vigilância em Saúde (VS) voltada a proteção dos indivíduos através do enfrentamento dos mais diversos riscos e agravos em realidades regionais tão distintas existentes no país; e, o desenvolvimento robusto de diversas políticas, entre as quais podem ser destacadas: Política Nacional de

Imunização (PNI), Política Nacional de Transplantes, Política Nacional de Assistência Farmacêutica, Política para enfrentamento das DST AIDS, dentre tantas outras. Esses avanços que devem ser entendidos como respostas oportunas as necessidades de saúde dos brasileiros, com certeza, contribuíram tanto para a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos como para o enfrentamento das desigualdades sociais existentes no país.

Apesar disso, reconhece-se que o SUS deva, ainda, superar questões de caráter estrutural tais como: seu crônico sub financiamento; fragilidades relacionadas ao seu modelo de gestão tripartite e fragilidades relacionadas a seu modelo de atenção.

No que diz respeito ao seu financiamento, vale lembrar que o SUS sempre foi considerado um sistema subfinanciado e que esse fato, mesmo que não explique todas as suas mazelas, é muito significativo e teve sempre um impacto muito negativo sobre seu desenvolvimento. As discussões em torno do subfinanciamento estão presentes há décadas em nossa sociedade e até agora não se conseguiu superá-lo. Nesse sentido, pode-se afirmar que:

- No Brasil o gasto per capita em saúde é menor do que em vários países da América Latina. (México; Argentina e Chile).
- O gasto total em saúde como percentual do PIB no Brasil mostra-se muito abaixo de países que se sobressaem pela organização de seus sistemas de saúde: Inglaterra, Canadá e Espanha.
- Deste gasto total em saúde mais de 50% refere-se a gastos privados, realizados através de planos de saúde ou de desembolso direto do cidadão.
- Além disso, o governo, até agora, vem indiretamente financiando a assistência privada através da renúncia fiscal de gastos em saúde, que deveriam estar sendo direcionados ao SUS (hoje estima-se que do total de gastos privados cerca de 25% podem ser descontados do imposto de renda)
- No SUS, há necessidade de maior aporte de recursos e os percentuais de participação da união, dos estados e dos municípios previstos na Emenda Constitucional - EC 29 deveriam ser respeitados. Sabe-se, no entanto, que a maioria dos municípios está atualmente destinando a saúde, percentuais muito acima do exigido nessa emenda.

Em relação ao modelo de gestão tripartite vigente desde sua criação, pode-se dizer que embora tenha avançado com inúmeros mecanismos e instrumentos implantados, ainda se mostra insuficiente para apoiar a constituição de um sistema único num país com grande

diversidade regional; com entes federados autônomos; com presença expressiva de interesses corporativos, locais, partidários, etc. e onde há necessidade de se superar a má distribuição de equipamentos e profissionais.

Já no que diz respeito ao seu modelo de atenção pode-se afirmar que a fragmentação, facilmente identificada nos âmbitos sistêmico, dos serviços de saúde e, das práticas profissionais que aí se desenvolvem, comprometem a qualidade e a continuidade do cuidado ofertado, além de propiciar desperdício recursos.

Da forma como está atualmente estruturado, o SUS não se encontra preparado para o manejo das condições presentes no quadro de necessidades de saúde de nossa população, em particular para o enfrentamento das condições crônicas que aí predominam e que exigem, como já referido: continuidade assistencial, atuação multiprofissional integrada e estímulo ao autocuidado. O SUS, como um sistema fragmentado, dificulta o acesso, gera descontinuidade assistencial e compromete a integralidade da atenção ofertada.

Um novo modelo de atenção no SUS que permita melhor responder as necessidades de saúde dos brasileiros deve necessariamente ser configurado como um sistema integrado, que, numa dimensão macro e respeitando a autonomia de gestão de cada município, consiga articular suas práticas em âmbito regional, na perspectiva de estruturação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) a partir da Atenção Primária a Saúde (APS) e da integração regional e melhor utilização de serviços especializados de referência.

As redes de atenção à saúde são entendidas como arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e pontos de apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integrados através de sistemas de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Esse conceito encontra-se expresso de forma bastante semelhante nos vários documentos oficiais que vêm orientando o processo de estruturação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Em documento editado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), rede de atenção à saúde é considerada:

[...] uma rede de organizações que presta, ou faz esforços para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (OPAS, 2010 apud OPAS, 2011, p. 15).

Já na Portaria 4279 editada pelo Ministério da Saúde em 31 de dezembro de 2010, consta a seguinte definição de Rede de Atenção à Saúde:

Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

A quase unanimidade referente a esse conceito se expressa também no entendimento que instituições e estudiosos têm tido sobre a importância da APS como organizadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado. Assim, no processo de reordenamento de sistemas na perspectiva de estruturação das RAS, o fortalecimento da APS configura-se como a principal estratégia.

Parte-se do princípio que para o bom funcionamento de qualquer sistema de saúde é imprescindível que as ações e as atividades de APS sejam resolutivas, visando assegurar a redução das iniquidades e garantir um cuidado em saúde de qualidade.

O desenho das redes de atenção à saúde deve ser flexível, respeitando as características de cada região e buscando soluções singulares, especialmente quando se trata de regiões de baixa densidade demográfica e de grandes distâncias entre os equipamentos de saúde.

14

Assim, a estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde deve ser orientada prioritariamente por:

- Atenção Primária a Saúde forte, resolutiva e de qualidade;
- Atenção especializada e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico organizados em lógica regional respeitando princípios de economia de escala e visando ofertar ações e procedimentos qualificados.
- Atenção de urgência e emergência organizada em todos os seus componentes e com retaguarda garantida;
- Ampla utilização de mecanismos de integração assistencial de natureza diversa;
- Vigilância em Saúde organizada com foco regional e com boa articulação com a APS.
- Presença de um sistema robusto de apoio a informação e comunicação de caráter regional;
- Presença de um sistema regional de transporte sanitário.

- Gestão municipal e regional qualificadas.

Por fim, cabe destacar que o processo de integração sistêmica que vem sendo perseguido no SUS, exige também, a integração tanto na dimensão dos serviços de saúde como das práticas profissionais. Nessa perspectiva, é necessário definir um conjunto de iniciativas direcionadas a qualificação, organização e integração de processos relacionados a esses serviços e às práticas profissionais que neles se desenvolvem, particularmente na APS, onde esses processos são significativamente mais diversificados.

Qualquer esforço nesse sentido, se traduz em definição de estratégias que, respeitando as singularidades de cada território, estejam voltadas a: melhoria de processos dos serviços de saúde, sempre valorizando a integração dos profissionais e das práticas; a capacitação contínua dos profissionais; e, a utilização de um conjunto diversificado de tecnologias de micro gestão do cuidado.

Concluindo, pode-se dizer que, o que se requer dos sistemas de saúde hoje no Brasil, são transformações voltadas não só para garantir sua sustentabilidade, mas, sobretudo, para garantir uma atuação eficaz no enfrentamento do complexo quadro de necessidades de saúde de nossa população, no qual há uma predominância expressiva de condições crônicas. Se por um lado faz-se necessário avaliar criteriosamente a incorporação de novas tecnologias, através de estudos avaliativos de custo/efetividade de medicamentos, produtos ou equipamentos que se pretenda incorporar aos sistemas aqui existentes, por outro, faz-se necessário estabelecer estratégias de integração nos âmbitos sistêmico, de serviços de saúde e de práticas profissionais.

Finalmente, vale ressaltar que o SUS, mesmo apresentando um conjunto de fragilidades a serem, ainda, superadas, é o sistema que, por seus princípios norteadores e por sua abrangência, se encontra mais preparado para dar respostas efetivas as necessidades de saúde dos brasileiros. Nessa perspectiva, além de ter que superar seu crônico subfinanciamento, reconhecido por seus gestores e por todos os estudiosos do setor, o SUS necessita aprimorar a eficiência alocativa de seus recursos e, principalmente, estabelecer mecanismos que favoreçam a superação da significativa fragmentação de seu modelo de atenção, tornando-o mais adequado à oferta qualificada de cuidados de saúde aos brasileiros na atualidade.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em janeiro 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.279 DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 18 jan. 2020

BRASIL. **Lei 8.080 de 19/09/1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 18 jan. 2020

BRASIL, **Constituição (1988)**. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em 18 jan. 2020.

IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. **Política e gestão pública em saúde**. Rio de Janeiro, RJ: HUCITEC/ABRASCO, 2011.

LAVRAS, C. Atenção primária em saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, SP, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: Editora ESP/MG, 2009.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes Integradas de Servicios de Salud**: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, DC.: OPAS, 2010 (SERIE La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas nº4).

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília, DF: OPAS, 2011. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1366-a-atencao-a-saude-coordenada-pela-aps-construindo-as-redes-atencao-no-sus-serie-navegadorsus-n-2-6&category_slug=serie-navegadorsus-239&Itemid=965. Acesso em: 18 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, DF: OPAS, 2003. Disponível em: http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1334798934Cuidados%20inovadores%20parte_001.pdf. Acesso em: 18 jan. 2020.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS; NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS; PROGRAMA DE ESTUDOS EM SISTEMA DE SAÚDE. Avaliação do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Campinas visando ao desenvolvimento de redes de atenção à saúde. Campinas: UNICAMP, junho de 2007. (Relatório de pesquisa FAPESP - fase1).

A evolução da atenção básica no SUS

The evolution of primary care in the SUS

Carmen Cecilia de Campos Lavras*

Resumo

O texto apresenta o percurso evolutivo que a atenção básica teve no país até chegar a consensos conceituais expressos nas políticas formuladas no SUS, destacando-se aí a perspectiva de abordagem integral do processo saúde doença e as respostas à distintas realidades sociais, apontando os desafios presentes a serem enfrentados.

Palavras-chave: atenção básica, evolução, desafios

Abstract

The text presents the evolutionary path that primary care took in the country until reaching conceptual consensus expressed in the policies formulated in the SUS, highlighting the perspective of an integral approach to the health-disease process and the responses to different social realities, pointing out the present challenges. to be faced.

Keywords: primary care, evolution, challenges

* Médica, Doutora em Saúde Coletiva, Especialista em Saúde Pública, Medicina do Trabalho e Planejamento e Gerenciamento em Saúde, Pesquisadora do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas NEPP/UNICAMP. Experiência em gestão pública da saúde e docência no ensino superior.

O termo “Atenção Primária em Saúde” (APS) vem sendo utilizado como expressão de diferentes conceitos, respeitando determinantes históricos e, as concepções de políticas e sistemas de saúde existentes em cada país.

Expressa comumente o entendimento de uma atenção ambulatorial não especializada, ofertada através de unidades de saúde de um sistema, que se caracterizam pelo desenvolvimento de um conjunto bastante diversificado de atividades e procedimentos que utilizam tecnologias de menor densidade, quando comparados aos desenvolvidos em outros níveis dos sistemas de saúde, o que inclui, em muitos países, como no Brasil, além das atividades assistenciais, outras de vigilância em saúde. É senso comum, também, entender como espaço onde se dá, ou deveria se dar, majoritariamente, o primeiro contato dos pacientes com o sistema e onde existe capacidade para a resolução de grande parte dos problemas de saúde por eles apresentados. (LAVRAS, 2011).

É indiscutível a importância da atenção primária a saúde para qualquer sistema de saúde existente no mundo.

No Brasil, o termo foi oficialmente substituído por “**Atenção Básica de Saúde**” (AB), na edição da Portaria 648/GM de 28 de março de 2006, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica. No Anexo dessa Portaria, seu conceito é assim definido:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2006).

Nas duas outras portarias subsequentes que instituem a PNAB de 2011 e a de 2017, mesmo que com outras redações, esse conceito de AB acaba por expressar entendimentos muito próximos, conforme pode ser visto a seguir.

Na PNAB 2011, instituída pela PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011, AB é assim, definida:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção

da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se 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 Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

Já a Portaria nº. 2.436, de 21 de setembro de 2018 (PNAB 2017), atualmente em vigor expressa o seguinte conceito:

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

§1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

§ 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

§ 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniquidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

Esse relativo consenso conceitual hoje existente no Brasil, particularmente no Sistema Único de Saúde (SUS), expressa um longo percurso da AB no nosso país que, influenciado por movimentos internacionais e por diferentes conjunturas internas, vai historicamente sendo construído com diferentes configurações.

A evolução da APS no cenário mundial

Em 1920 foi elaborado no Reino Unido, um dos primeiros documentos que sintetizou um modo específico de pensar as políticas públicas de saúde mediante a criação de Sistemas Nacionais, o **Relatório Dawson**. Este propõe a organização regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida, que engloba:

serviço domiciliar; centros de saúde primários; centros de saúde secundários; hospitais universitários (docentes); hospitais particulares; serviços complementares, sendo a coordenação do cuidado-de responsabilidade do médico do serviço domiciliar.

O Relatório previa a atuação de uma equipe multiprofissional formada por médicos; dentistas; enfermeiras, enfermeiras visitadoras, farmacêuticos e parteiras; além da participação de consultores especialistas visitantes. No âmbito da gestão, propunha comitês distritais com participação de representantes da população.

Recomendações que também compõe o Relatório Dawson: a contratação médica em 20hs semanais, a criação de um comitê para definir atribuições de profissionais da enfermagem, farmacêuticos e dentistas. Há também recomendações quanto a espaço físico, atividades e procedimentos.

O documento tinha como proposta a implantação de um sistema integrado de medicina preventiva e curativa, coordenando ações primárias, secundárias e terciárias e serviu de base para a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, que influenciou a reorganização dos sistemas de saúde em vários países.

Já em 1978, acontecia a primeira **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, a Reunião de Alma-Ata** (cidade da República do Cazaquistão). Sua importância se dá por ser considerada como a primeira declaração internacional que despertou e enfatizou a importância da APS, desde então defendida pela Organização Mundial da Saúde – OMS (2002) como a chave para uma promoção de saúde de caráter universal. Abaixo alguns apontamentos do documento gerado a partir da reunião.

20

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação; do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade.

Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto desenvolvimento social e econômico global da comunidade.

Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

Outra ação de grande importância para a APS, foram as análises, desde 1990, realizadas pelo **Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde**, com foco nas reformas

orientadas pela Atenção Primária à Saúde em países da União Europeia, o que enfatiza ainda mais sua importância nesses processos. Para o Observatório, o papel crescente da APS se deveria, em parte, à transferência de cuidados hospitalares para o nível ambulatorial havendo grande diversidade nas formas de organizar e de prestar estes serviços.

Já, segundo Barbara Starfield (2002), que foi uma grande estudiosa do assunto na atualidade, a APS é o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, que só refere os casos muito incomuns que exigem atuação mais especializada. A APS coordena, ainda, os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção. Starfield sugere os seguintes atributos para as práticas da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

Já o **Relatório Mundial da Saúde, publicado pela OMS em 2008**, reconhece a necessidade de se instituírem sistemas de atenção à saúde com base numa APS forte e de qualidade:

[...] na interface entre uma população e o seu sistema de saúde, os cuidados primários podem vir a ser facilitadores de uma convergência, segura, efetiva e socialmente produtiva, da promoção da saúde, da prevenção da doença, da cura e dos cuidados em geral. Para tal é essencial “dar prioridade às pessoas” realçando, de uma forma equilibrada, a saúde e o bem-estar, assim como os valores e as capacidades das pessoas nas suas comunidades e das que trabalham no setor da saúde (OMS, 2008, p.43).

Todos esses posicionamentos, influenciaram diretamente a estruturação da APS no Brasil que percorreu, inicialmente, um longo caminho até chegarmos no Sistema Único de Saúde -SUS, criado na CF de 1988 e, mais recentemente, nas novas proposições que vem dia a dia se consolidando no âmbito desse sistema.

A evolução da APS no Brasil

Esse caminho percorrido pela política de APS no Brasil passou por diferentes fases, assumindo várias concepções e formas de organização, o que já explicita, as grandes dificuldades para sua efetiva implantação. São indicados a seguir, os principais momentos de sua evolução, destacando, de forma resumida, as características centrais assumidas em cada um deles.

Uma primeira **proposta foi idealizada por Paula Souza**, no estado de São Paulo em 1920, criando os Centros de Saúde.

a partir da reforma que efetuou nos serviços de saúde paulistas em 1925. A reforma dos serviços de saúde que elaborou, previa a criação, em diversas regiões do interior do Estado, de vários postos de atendimento local, onde a população deveria ter acesso

a um conjunto de ações integradas e permanentes, fortemente voltadas para a prevenção via educação sanitária. (TEIXEIRA, 2006, apud LAVRAS, 2011).

Em 1960 cria-se, vinculada ao Ministério da Saúde, uma **Fundação** a partir do **Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)** existente desde 1942 e que foi resultante de um acordo firmado entre os governos brasileiro e norte americano durante a segunda guerra. Essa Fundação atuou na oferta de cuidados, principalmente, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste com ênfase em educação sanitária, assistência médica e controle de endemias. Na década de 1990, passa a integrar a FUNASA, vinculada ao Ministério da Saúde.

Observa-se ainda na década de 60, a expansão dos Centros de Saúde pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, priorizando a atenção materno-infantil e o combate de endemias.

A **Medicina Comunitária na década de 1970**, também originada nos EUA e cuja expansão foi incentivada por agências internacionais (OPAS, Fundação Kellogg's e Rockefeller, etc.), contou com a participação dos Departamentos de Medicina Preventiva de várias Faculdades de Medicina no Brasil e, em seguida, de gestores de alguns municípios brasileiros, num contexto em que a medicina previdenciária e seu complexo médico hospitalar privatista já se mostrava ineficaz no enfrentamento das questões de saúde à época. Foi nesse período que assistimos à formação das primeiras redes básicas de saúde em alguns municípios brasileiros.

Ainda na década de 1970, deve ser citado o **Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS)** uma iniciativa do MS em conjunto com Ministério do Interior e Ministério da Previdência Social, que se propunha a desenvolver ações de saúde de caráter assistencial e de combate as grandes endemias através da instalação de “postos de saúde” inicialmente em toda a região nordeste (a partir de 1976) e, posteriormente propondo extensão a outras regiões do país.

A partir da década de 70, e influenciados pela proposta de **Alma Ata (1977)** na qual a APS passa a ser considerada uma estratégia para atingir Saúde para Todos até o ano 2000, caracterizando-se como um nível de atenção, observa-se a implantação de rede básica em vários municípios brasileiros a medida em que a medicina previdenciária já se encontrava em uma importante crise de financiamento e eficácia. Vale lembrar que a Atenção Primária Seletiva, focada apenas em determinados problemas de saúde e dirigida a grupos sociais mais vulneráveis, foi também incentivada no país por aqueles que criticavam as exigências de Alma Ata, caracterizando-se, nesse caso, como uma proposta de atenção de “pobres para pobres” (FAUSTO, 2005).

Mesmo não tendo conseguido se efetivar, devido às resistências no interior do aparelho do estado e dos setores médicos empresariais, relacionados ao modelo previdenciário privatista,

outra iniciativa que deve ser citada pela importância de suas proposições que objetivavam uma reforma no sistema nacional de saúde que já apresentava uma crise severa e, uma estratégia de universalização dos cuidados básicos de saúde é o **Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE)** formulado em 1981.

Em momento, imediatamente, subsequente, as **Ações Integradas de Saúde (AIS)**, implantadas em 1982 em plena crise da medicina previdenciária, definida como uma das estratégias do Plano do Conselho Consultivo da Administração Previdenciária (CONASP), propõe medidas de descentralização na área da saúde e financiamento da ampliação de serviços ambulatoriais, estimulando o crescimento das redes básicas implantadas anteriormente pelos municípios e governos estaduais. As AIS propunham, ainda, a universalização da atenção básica, além da integração, regionalização e hierarquização das ações de saúde, o que contribuiu com outros movimentos existentes, para a criação do SUS em 1988.

Com a criação do SUS (1988) e o reconhecimento da saúde como do direito de cidadania no texto constitucional, da proposição da gestão do sistema de forma tripartite e, da definição dos seus **princípios** (universalidade; equidade; e, integralidade) e de suas **diretrizes** (descentralização com comando único em cada esfera de governo; regionalização e hierarquização; e, participação da comunidade), a AB passa a ser considerada como um nível de atenção a ser priorizado. Entretanto, o financiamento do sistema enfrenta, desde seu início, sérias deficiências levando, contraditoriamente, ao crescimento dos planos de saúde privados focados na atenção médica especializada, nos quais a atenção básica não se inclui.

No SUS, a AB mesmo que operacionalizada pelos municípios, é de responsabilidade tripartite, ou seja, da união, dos estados e dos municípios. Isso está expresso não só nas PNABs que se sucederam, mas está alicerçada na CF de 88 e fundamentada em toda a legislação infraconstitucional do SUS.

Com a edição da **Norma Operacional Básica do SUS em 1996 (NOB 96)** que reitera a responsabilidade dos gestores municipais pela operacionalização da atenção básica é criada formas de repasse de recursos específicos para a mesma, com o estabelecimento do Piso da Atenção Básica (PAB), com valores per capita e não mais por procedimentos realizados, além de alguns incentivos. Esta NOB permitiu o reconhecimento dos diferentes modelos implantados pelos municípios e, um financiamento mais adequado deste nível de atenção, embora persistindo o crônico sub- financiamento.

O **Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS)** e o **Programa de Saúde da Família (PSF)**, criados inicialmente no Ceará em 1991 e 1994 e, posteriormente, assumidos como estratégias, passaram a se constituir em programas do MS, mas contando com

transferência de recursos federais somente em 1998. O PSF atingia em 2004 cerca de 38% da população e mais de 5.000 municípios. Em 2016, segundo dados do próprio DAB do MS esta cobertura atingia 63% da população.

Somente com a implantação do **Pacto pela Saúde de 2006**, formula-se uma política própria para a Atenção Básica no SUS, com revisões em 2011 e 2017, tendo como prioridade a Estratégia de Saúde da Família.

Mesmo tendo como eixo norteador a Estratégia de Saúde da Família, ainda persistem no país várias outras modalidades, o que evidencia que mudanças no modelo de atenção num sistema público da dimensão do SUS e num país tão diversificado como o Brasil, necessitam de um tempo para que se efetivem.

De qualquer forma, pode-se afirmar que no SUS, busca-se consolidar uma AB que resolva grande parte dos problemas de saúde apresentados pelos cidadãos e que coordene o cuidado prestado por serviços de saúde em outros níveis do sistema. Em outras palavras, entende-se que a AB deva se responsabilizar pelo usuário, independentemente do local onde ele esteja sendo atendido.

O atual quadro de necessidades de saúde dos brasileiros, está por exigir uma AB cada vez mais qualificada. Marcado por importantes mudanças nas últimas décadas ocasionadas por: mudanças no próprio modo de viver com novos valores e novas exigências; pelo envelhecimento acelerado da população; e por um quadro de morbimortalidade marcado por uma tripla carga de doenças – doenças crônicas não transmissíveis, doenças infecciosas e causas externas, com forte predominância de condições crônicas, essas necessidades só podem ser atendidas por sistemas que apresentem uma AB robusta para o manejo dessas condições. Ademais, num país que apresenta enormes diversidades regionais e uma parcela significativa de sua população exposta a situação de grande vulnerabilidade social, torna-se, também imprescindível, uma atuação conjunta do setor saúde junto a outros setores governamentais e da sociedade civil, na perspectiva de desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, aqui entendidas como promoção da qualidade de vida, o que só pode ser atendido por uma AB qualificada.

É na AB que se tem a oportunidade de enxergar o usuário como um sujeito de seu próprio processo de vida, nas suas relações com a família, com a comunidade, com o mundo do trabalho e com si mesmo. E, a partir daí propor uma intervenção mais abrangente, que contemple a promoção, proteção e a recuperação da saúde. Assim, no SUS, a AB também pode ser entendida como a principal porta de entrada do sistema, responsável pela oferta de ações de saúde de caráter individual e coletivo na perspectiva de uma abordagem integral do processo

saúde doença. Suas unidades, constituem-se no local onde se organiza, de forma integrada, o processo de trabalho de equipes multiprofissionais.

A AB no Brasil desde a criação do SUS, **mostra grandes avanços** entre os quais podem ser destacados:

- Ampliação de cobertura, com unidades e/ou equipes presentes em, praticamente, todo o território nacional.
- Priorização que vem sendo dada a utilização da estratégia de saúde da família (ESF) que favorece uma abordagem integral do processo saúde doença.
- Respeito aos atributos essenciais da APS quais sejam: acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação, em seu processo de consolidação.

No entanto, **vários desafios devem ser ainda enfrentados** para a AB cumprir efetivamente seu papel no SUS. Muitos desses desafios dizem respeito a desafios do SUS como um todo: superar o subfinanciamento; amadurecer o modelo de gestão tripartite; superar a fragmentação no modelo de atenção.

Outros desafios, podem ser considerados “próprios da AB” entre os quais podem ser, atualmente, destacados:

- Adequação do financiamento da AB.
- Ampliação e consolidação da ESF.
- Informatização e integração dos sistemas de informação do SUS e, especificamente, da AB e da VS.
- Melhoria contínua de infraestrutura física e tecnológica das UBS incluindo Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC).
- Implantação de novos mecanismos de apoio a regionalização e a configuração de Redes Regionais de Atenção à Saúde tendo a AB como coordenadora do cuidado.
- Desenvolvimento de sistema de regulação de acesso a partir da AB.
- Organização de sistema de apoio institucional a AB a partir dos serviços de atenção especializada (AE) e das Instituições de Ensino Técnico e Superior existentes na região.
- Estabelecimento de processos diversificados de acompanhamento e avaliação da AB em cada região de saúde com implantação de mecanismos de acreditação.
- Utilização de mecanismos de incentivo a qualificação de UBS.
- Flexibilização das formas de contratação de profissionais com o necessário fortalecimento da gestão pública.

- Estímulo a iniciativas voltadas a formação de profissionais para AB valorizando a implantação de residência em SF pelos municípios com pagamento diferenciado.
- Organização de “Sistema de Desenvolvimento dos Trabalhadores do SUS” com prioridade para os profissionais da AB.
- Definição de política nacional específica visando garantir a permanência de profissionais da AB em áreas remotas e/ou que apresentam condições adversas que dificultam a fixação.
- Mecanismos de incentivo a formulação dos Planos Municipais de Saúde com ênfase na AB e na sua integração com a VS.
- Atualização e/ou formulação de novos mecanismos de gestão do SUS que favoreçam a integração do sistema em âmbito regional.
- Desenvolvimento de iniciativas voltadas a melhoria de processos de trabalho nas UBS.
- Estímulo ao fortalecimento da participação da população na avaliação das unidades e na formulação de novas iniciativas.

26

Concluindo, pode-se afirmar que a AB não é simples, nem é de baixa complexidade e, por outro lado, não é barata, mas se desempenhar seu papel de coordenadora de cuidados e ordenadora da rede, contribuí não só para o bom desempenho do sistema de saúde, como para a otimização do uso de seus recursos. Uma outra afirmação que se pode fazer, é que a ESF se bem utilizada, atende as exigências colocadas pela realidade de saúde dos brasileiros para esse nível de atenção e nesse sentido devem ser destacados: a perspectiva de abordagem integral do processo saúde doença; a capacidade de respostas e adaptação a distintas realidades sociais e regionais; a valorização do processo de territorialização para melhor identificação das condições de vida e saúde e, das demandas da população de referência; a presença dos ACS como profissionais que favorecem a interação com os usuários e a percepção da realidade local; a importância tanto da composição multiprofissional das equipes como de sua atuação de forma integrada; e, a valorização tanto das práticas assistenciais como das relacionadas a promoção da saúde e a integração com a Vigilância em Saúde.

Por tudo isso, no SUS há que se avançar na consolidação do modelo fundamentado na ESF, na sua integração em todas as dimensões a partir da AB; na adequação de seu financiamento em geral e da AB em particular e, no aperfeiçoamento do modelo de gestão tripartite.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília, DF, 22 set. 2017. Seção 1 p.68. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p.48-55. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 22 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 14 jul. 2022. Acesso em: 23 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria, nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 de fev. 2006, Seção 1, p. 443-51. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 15 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/96. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 de nov. 1996, Seção 1, nº 216, p. 22932. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 15 abr. 2020.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira**. 2005. 261p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, supl.1, p s7-s16, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>. Acesso em: 10 abr. 2020.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v.20, n.4, p.867-874, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>. Acesso em: 20 abr. 2021.

MENDES, E. V. Agora mais do que nunca – uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. In: Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. Brasília: CONASS, 2009. (Anexo II). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/revisao_bibliografica_redes.pdf. Acesso em: 10 abr. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura SF. Disponível em:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaConsolidado.xhtml>. Acesso em 17 nov. 2020.

OMS. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata: OMS, 1978. 3p. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 21 março. 2011

OMS. Relatório Mundial da Saúde 2008: cuidados de Saúde Primários- agora mais que nunca. Lisboa: OMS, 2008. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43949/9789244563731_por.pdf?sequence=4. Acesso 15 abr. 2021.

OPAS. A Atenção à Saúde Coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - contribuições para o debate. Brasília, DF: OPAS, 2011. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18457/9788579670657_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em 20 mar. 2021.

STARFIELD, Barbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, MS, 2002. 726p. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ue000039.pdf>. Acesso em 20 março. 2011.

TEIXEIRA, L. A. Comentário: Rodolfo Mascarenhas e a história da saúde pública em São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.1, jan/fev. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27110.pdf>>. Acesso em: 20 março. 2011.

TOMAZ, José Batista Cisne. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.6, n. 10, p. 84-87, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832002000100008>. Acesso em: 15 mar. 2021.

XAVIER, Jesuan; MACHADO, Katia. Equipes e unidades de saúde mais perto do cidadão. **Revista RADIS**, n. 34, 2005. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/34/reportagens/equipes-e-unidades-de-saude-mais-perto-do-cidadao>. Acesso em: 17 nov. 2017.

Atenção básica na oferta de cuidados de saúde aos brasileiros

Primary care in the provision of health care to Brazilians

Carmen Cecília de Campos Lavras*

Resumo

O texto busca apresentar o indispensável e necessário fortalecimento da atuação da atenção básica para responder às necessidades de saúde da população brasileira, considerando as mudanças no quadro de necessidades sociais, presumindo o manejo sobre as condições crônicas, os agravos relacionados a causas externas, as doenças infecto contagiosas e os determinantes relacionados a morbimortalidade materna e infantil.

Palavras-chave: atenção básica, necessidades de saúde

Abstract

The text seeks to present the indispensable and necessary strengthening of the performance of primary care to respond to the health needs of the Brazilian population, considering the changes in the framework of social needs, assuming the management of chronic conditions, diseases related to external causes, diseases infectious diseases and determinants related to maternal and infant morbidity and mortality.

Keywords: primary care, health needs

*Médica, Doutora em Saúde Coletiva, Especialista em Saúde Pública, Medicina do Trabalho e Planejamento e Gerenciamento em Saúde, Pesquisadora do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas NEPP/UNICAMP. Experiência em gestão pública da saúde e docência no ensino superior.

O termo “cuidado em saúde” tem sido utilizado como expressão de diferentes entendimentos. “Cuidado em Saúde” é aqui entendido como o conjunto de saberes, práticas e/ou intervenções voltadas à promoção, preservação, recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade e, à preservação da vida. Sua oferta, visa, portanto, qualificar e preservar a vida e/ou proporcionar alívio de um sofrimento ocasionado por uma circunstância ou patologia. Nesse sentido, engloba desde as iniciativas singulares de autocuidado desenvolvidas pelos próprios indivíduos, até as atividades ofertadas de forma organizada pelos sistemas de saúde.

Embora a oferta de cuidados em saúde não seja uma prerrogativa só dos sistemas de saúde, já que vários outros atores e instituições o fazem, tais como as famílias; as benzedadeiras; os curandeiros em sociedades mais primitivas; as organizações comunitárias; e, até mesmo, as igrejas; podemos dizer que essa oferta de cuidados na sua forma mais organizada, se dá, em praticamente todas as sociedades do mundo, através dos sistemas de saúde.

Os sistemas de saúde, entendidos como o conjunto articulado de ações e serviços de saúde, de iniciativa pública ou privada, organizado para dar respostas às necessidades de saúde de uma dada sociedade, existem para ofertar cuidados. Portanto, cada sistema deve conhecer exatamente as necessidades de saúde de sua população de referência, para melhor situar sua oferta e dominar um conjunto de conhecimentos científicos e de tecnologias que influenciam diretamente a forma como deve se organizar.

Vale, lembrar que tanto as necessidades de saúde da população assistida podem mudar com o tempo, como também, os conhecimentos científicos e, o desenvolvimento de novas tecnologias. Essas mudanças, influenciam na forma como um sistema de saúde se organiza. É por isso que afirmamos que todo e qualquer sistema de saúde do mundo, deve, periodicamente, fazer ajustes para se adaptar a novas necessidades de saúde de seus usuários e a incorporação de novos conhecimentos científicos e de novas tecnologias existentes.

O avanço científico e tecnológico teve um enorme impacto positivo sob a oferta de cuidados em saúde nas sociedades contemporâneas já que possibilitou o aperfeiçoamento dos processos diagnósticos e terapêuticos e a maior eficiência e eficácia das intervenções clínicas e cirúrgicas, o que colaborou para maior sobrevivência das pessoas.

Mas trouxe, também, alguns impactos negativos, entre os quais podem ser citados o estímulo a uma prática excessivamente especializada que atua sobre partes do corpo do paciente, segmentando-o em órgãos e funções; a desvalorização da relação profissional paciente; e, o favorecimento ao intervencionismo encarecendo os procedimentos realizados. Atualmente, os sistemas de saúde privilegiam uma atuação eminentemente clínica, em detrimento de uma abordagem mais ampla que considere a importância das práticas voltadas a

promoção da saúde tão necessárias para o enfrentamento dos agravos numa população, como a brasileira, na qual importante parcela vive em condição de grande vulnerabilidade social e onde há um número imenso de portadores de condições crônicas que, como se sabe, devem ser estimulados a se auto cuidarem. Deve-se ressaltar, também, que mesmo as práticas voltadas a prevenção dos agravos nem sempre são valorizadas. Por outro lado, as práticas oferecidas pelo sistema, muitas vezes se focam na doença e não no paciente.

Mas mesmo no campo restrito da assistência e com enfoque eminentemente biomédico, o cuidado em saúde é muitas vezes ofertado através de processos que carecem de maior racionalidade e que se apresentam distantes das necessidades das pessoas.

Uma outra questão que deve ser considerada, atualmente, na oferta do cuidado em saúde, diz respeito à quantidade e à diversidade de profissionais e instituições envolvidas nesse processo. Como decorrência dos avanços científico e tecnológico, novas profissões e especialidades foram surgindo e gradativamente se incorporando aos sistemas de saúde. E esses sistemas também foram se tornando mais complexos, com unidades de atenção clínica e de apoio diagnóstico terapêutico, bastante especializadas e, muitas vezes, pouco integradas.

É por essa razão que quando se busca qualificar a oferta do cuidado em saúde entendido como finalidade última de um sistema, deve-se atuar tanto sobre as práticas clínicas e de saúde coletiva quanto sobre a organização de serviços e do próprio sistema de saúde. O cuidado ofertado é, assim, resultante da interação profissional/usuário; da forma como se organiza um serviço de saúde; e, da forma como o próprio sistema se organiza.

No Brasil, além de todos esses impactos, assistimos a uma rápida e significativa mudança no quadro de necessidades de saúde da nossa população, que merece também ser destacada, na perspectiva de favorecer os necessários ajustes nos dois sistemas de saúde aqui existentes, o Sistema Privado Suplementar e, em especial, o Sistema Único de Saúde (SUS), nosso sistema de maior representatividade.

As mudanças que vem ocorrendo no quadro de necessidades de saúde, guardam relação com novos modos de viver, novos valores e novos comportamentos que foram surgindo impulsionados pelo impacto de um mundo globalizado e pela ampla utilização das tecnologias de informação e comunicação, o que faz com que o cidadão comum enquanto usuário de um sistema de saúde, tenha, por exemplo, maior acesso a informações sobre seu estado de saúde e sobre eventuais procedimentos diagnósticos e terapêuticos recomendados; tenha uma expectativa de maior rapidez e de maior consumo de tecnologias de apoio diagnóstico e terapêutico no seu atendimento e na resolução de seus problemas de saúde; e, não necessariamente, pode contar com uma rede social de apoio, numa sociedade marcada pela

extrema valorização do indivíduo em detrimento do coletivo e por significativas mudanças nas dinâmicas familiares.

Mas essas mudanças de necessidade de saúde, guardam relação, também, com o acelerado processo de envelhecimento de nossa população que trouxe um grande contingente de idosos aos sistemas, com novas exigências em relação ao processo de cuidar já que comumente são portadores de condições crônicas e de mais de uma patologia de forma concomitante.

Devemos ainda destacar, a melhoria de qualidade de vida no país em geral o que tem a ver com todo o desenvolvimento econômico social, mesmo que ainda não tenhamos superado várias condições excludentes que fazem com que grande parte de nossa população se encontre em condições de grande vulnerabilidade social. E, por último, devemos citar mais recentemente, a pandemia de COVID – 19, que impactou nossa sociedade de várias formas e, em particular, nossos sistemas de saúde.

Além de todas essas alterações, o que se observa hoje, na sociedade brasileira é uma situação epidemiológica marcada por um aumento expressivo de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT); predominância absoluta de condições crônicas; recrudescimento de algumas doenças infecto contagiosas e/ou surgimento de novas (Zika; chikungunya; COVID 19, por exemplo); índices expressivos de morbimortalidade por causas externas; e, índices expressivos de morbimortalidade materna e infantil decorrentes de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde.

Todas essas mudanças, expressam novas de necessidades de saúde, que, obrigatoriamente, devem ser consideradas pelos sistemas de saúde aqui existentes, como “exigências de ajustes”, na perspectiva de melhor responderem à uma nova realidade. São esses ajustes que, necessariamente, como discutiremos a seguir, estão a exigir, uma AB resolutiva e qualificada.

Além das mudanças na própria organização e dinâmica dos serviços de saúde de forma a minimizar eventuais efeitos negativos próprios da especialização dos conhecimentos e das práticas e, da necessária incorporação tecnológica no setor conforme apontado, e, também, para responderem de forma mais adequada tanto as expectativas dos usuários como as exigências de acessibilidade de uma população com contingente cada vez maior de idosos, por exemplo, mudanças significativas devem ser feitas em relação a Atenção Básica, para torná-la mais robusta e resolutiva, favorecendo o exercício de sua função de coordenação de cuidado e ordenamento da rede de atenção.

Como sabemos, o manejo das condições crônicas, exige ênfase nas atividades relacionadas à prevenção de riscos e agravos; integração de conhecimento profissional em perspectiva interdisciplinar com abordagem multiprofissional integrada; estímulo ao autocuidado; e, continuidade assistencial. O que significa uma Atenção Básica (AB) fortalecida, uma Atenção Especializada (AE) resolutive e um sistema integrado.

Já o manejo das causas externas que acometem principalmente os jovens, exige ênfase nas atividades relacionadas a promoção da saúde e prevenção; integração intersetorial; serviços de emergência estruturados (pré-hospitalar e hospitalar); serviços de retaguarda clínico cirúrgicos e de reabilitação estruturados e integrados. O que significa uma AB fortalecida; serviços de urgência e emergência qualificados; serviços especializados ambulatoriais e hospitalares qualificados; e, um sistema integrado.

O manejo das doenças infecto contagiosas, incluindo as de caráter epidêmico como a dengue, a chicungunha, a Zika e mais recentemente a COVID, por sua vez, exige ênfase nas atividades de vigilância em saúde (VS) - vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e controle de zoonoses e integração da VS com AB e nas atividades de prevenção (individuais e coletivas); serviços de pronto atendimento estruturados; e, serviços de retaguarda clínica estruturados e integrados. O que significa uma AB fortalecida; VS estruturada; serviços especializados e de urgência e emergência qualificados; e, sistema integrado.

O aumento expressivo de morbimortalidade materna e infantil, como se sabe, exige: melhoria de condições de vida e melhoria do pré-natal (AB) e da assistência ao parto e puerpério (AB e AE.)

Em resumo, o manejo das condições crônicas, dos agravos relacionados a causas externas, das doenças infecto contagiosas e de todos os determinantes relacionados a morbimortalidade materna e infantil, exige o fortalecimento da AB além é obvio, da integração de todo o sistema em todas as suas dimensões.

Além de tudo isso, devemos nos lembrar das características próprias de nossa sociedade que dizem respeito a dimensão continental de nosso território; grande diversidade regional existente com identidades culturais distintas; extrema concentração de renda com parcela significativa de nossa população exposta a situação de grande vulnerabilidade social; distribuição desigual de equipamentos sociais de saúde; desigualdade também na distribuição profissionais de saúde; concentração da população em grandes centros urbanos; além, é claro, das crises política, econômico - social e ética que estamos atravessando. Tudo isso, acaba por exigir, também, além de todas as nossas ações cidadãs, uma participação dos sistemas de saúde no desenvolvimento de atividades intersetoriais de promoção da saúde aqui entendida como

promoção da qualidade de vida, além do absoluto respeito a nossa diversidade e as condições de vida tão diferenciadas respeitando-se os pressupostos da determinação social do processo saúde doença, o que torna a AB, mais imprescindível ainda, na oferta de cuidados em saúde.

Devemos, portanto, superar a visão simplificada em relação a AB, que não é simples nem é de baixa complexidade, pois, no dia a dia, lida com problemas muito complexos e se depara com um leque de respostas sociais engendradas por esses cuidados.

Precisamos investir na AB visando sua qualificação e a integração do sistema tendo a AB como coordenadora do cuidado, responsabilizando-se pela atenção à saúde de seus usuários independente da unidade funcional do sistema onde ele possa estar sendo atendido, buscando garantir acesso a qualquer dessas unidades em função das necessidades apresentadas e, ordenadora da rede, abordando os problemas mais comuns da população sob sua responsabilidade, organizando a utilização dos recursos básicos e especializados no setor saúde e, garantindo o acesso e ordenando o fluxo de pacientes a qualquer das unidades de saúde do sistema em função das necessidades apresentadas.

Feitas essas considerações podemos dizer que dos dois sistemas de saúde existentes no Brasil hoje (SUS e Sistema Privado Suplementar), aquele que apresenta uma rede básica mais estruturada é o SUS, com todas as dificuldades relacionadas a seu financiamento, ao seu complexo modelo de gestão e a todos os desafios presentes no seu modelo de atenção.

É preciso lembrar ainda o quanto avançamos com esse sistema desde sua criação em 1988, apesar de dificuldades estruturais. E esse avanço pode ser facilmente sentido na AB que hoje conta com aproximadamente 48.000 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 50.000 Estratégia Saúde da Família (ESF) distribuídas em todo o território nacional.

Independentemente dos enormes avanços que podem ser observados e que são reconhecidos na AB no SUS, temos ainda grandes desafios a serem enfrentados. E não podemos deixar de salientar, que no SUS a AB mesmo que operada pelos municípios, o que favorece adequação e ajustes a cada realidade local desse imenso e tão diversificado país, é de responsabilidade tripartite, o que significa que estados e nação, devem também responsabilizar-se por seu desenvolvimento.

Concluindo, podemos dizer que entre os ajustes necessários ao SUS nesse momento, para responder as necessidades de saúde dos brasileiros na atualidade, podem ser destacados os ajustes próprios da AB, sejam eles relacionados ao aprimoramento da gestão municipal da AB, de financiamento e de gerenciamento de cada unidade básica de saúde (UBS); a melhoria contínua da infraestrutura física e tecnológica dessas unidades; o investimento permanente no desenvolvimento de seus profissionais e, fundamentalmente, o amadurecimento de suas

modalidades de atenção, tendo como eixo condutor a estratégia de saúde da família e, buscando não só o aprimoramento das práticas assistenciais relacionadas a necessária qualificação da clínica, mesmo que de caráter multiprofissional, para torná-la mais resolutiva, mas sem perder de vista o aprimoramento de um conjunto de outras atividades de promoção da saúde, as quais obviamente não são de responsabilidade exclusiva do sistema de saúde mas que devem contar com sua participação e, das atividades VS próprias da AB, além da possibilidade de articulação das práticas com outras atividades especializadas de VS no território.

Em outras palavras, o aprimoramento da clínica na AB é necessário, porém não é suficiente, pois acaba por não considerar a imensa diferença existente quanto a condição de vida e saúde de uma parcela significativa de nossa sociedade cujo acesso ao sistema de saúde bem como a bens e serviços em geral é muito fragilizada.

Acreditamos que só com a valorização das atividades de promoção da saúde e de VS próprias da AB nos territórios, poderemos enfrentar o atual quadro de saúde dos brasileiros e ampliar a possibilidade de trabalhar outros fatores como determinantes sociais do processo saúde doença.

Referências bibliográficas

35

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 14 jul. 2022. Acesso em: 23 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**; Poder Executivo. Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p.48-55. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 22 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**; Poder Executivo. Brasília, DF, 22 set. 2017. Seção 1 p.68. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031. Acesso em: 15 out. 2020.

MENDES, E. V. **Agora mais do que nunca** – uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. In: Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. Brasília: CONASS, 2009. (Anexo II). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/revisao_bibliografica_redes.pdf. Acesso em: 10 abr. 2020.

OPAS. **A Atenção à Saúde Coordenada pela APS:** construindo as redes de atenção no SUS - contribuições para o debate. Brasília, DF: OPAS, 2011. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18457/9788579670657_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em 20 mar. 2021.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, MS, 2002. 726p. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ue000039.pdf>. Acesso em 20 março. 2011.

A PNAB 2017 e os atuais Programas do Ministério da Saúde voltados à Atenção Básica

PNAB 2017 and the current Ministry of Health Programs focused on Primary Care

Andréia Passamani Barbosa Corteletti*
Carla Estela Lima**
Maria da Penha Marques Sapata***

Resumo

O texto retrata o processo histórico de construção da Atenção Básica no Brasil e seus marcos, destacando seu papel e importância para a organização do Sistema público de Saúde no Brasil. Aborda os desafios no diversificado território brasileiro, nas diversas realidades sanitárias e orienta a implantação de uma política baseada nas necessidades da população, respeitando o protagonismo e a autonomia dos gestores municipais, usuários e profissionais de saúde. Relata a evolução da Política Nacional de Atenção Básica, descrevendo a participação de atores essenciais na sua construção e evolução, onde se destacam o papel de espaços colegiados e instâncias de pactuações e deliberações.

37

Palavras-Chave: Política Nacional de Atenção Básica, Espaços Colegiados, Desafios

Abstract

The text portrays the historical process of construction of Primary Care in Brazil and its milestones, highlighting its role and importance for the organization of the Public Health System in Brazil. It addresses the challenges in the diverse Brazilian territory, in the different health realities and guides the implementation of a policy based on the population's needs, respecting the protagonism and autonomy of municipal managers, users and health professionals. It reports with great propriety the evolution of the National Primary Care Policy, describing the participation of essential actors in its construction and evolution, where the role of collegiate spaces and instances of agreements and deliberation

Key Words: National Primary Care Policy, Collegiate Spaces, Challenges

* Assistente social, Especialista em Serviço Social e Política Social, Especialista em Regulação, Controle, Avaliação, Monitoramento e Auditoria em Saúde, MBA em Gestão de Saúde, e Mestranda em Gestão Pública de Saúde. Experiência em gestão pública municipal, docência e atualmente no apoio da organização dos serviços SUS em hospital de referência regional.

** Farmacêutica-bioquímica, Especialista na área de saúde pública e Educação Permanente em saúde, experiência com gestão pública municipal e apoio institucional, atualmente Facilitadora do COSEMS -ES no projeto Rede Colaborativa.

*** Enfermeira e gestora pública, com especialização em Gestão da Clínica nas Redes de Atenção, Gestão e Auditoria em Saúde, Administração da Assistência de Enfermagem e Processos Educacionais em Saúde. Mestre em Saúde Coletiva. Atua na área de regulação.

1. A importância da Atenção Básica nos sistemas de saúde

Um dos primeiros registros de utilização do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) na organização regionalizada e hierarquizada de um sistema de saúde por nível de complexidade e com base demográfica definida, está no relatório de Dawson, elaborado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido em 1920, o que impulsionou a criação do sistema de saúde Britânico em 1948, o qual passou a influenciar a reorganização dos sistemas de saúde de todo o mundo.

Após três décadas, em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma Ata na União Soviética, hoje Cazaquistão, propôs a APS como uma estratégia para promover a saúde aos povos do mundo. De acordo com essa Declaração, a APS corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção e ainda foi assinado um compromisso pelos países de ofertar a saúde para todos até o ano 2000. Esse compromisso não foi cumprido pela grande maioria dos países.

A literatura mundial atribui à APS um papel importante na organização e ou reorganização do sistema de saúde, baseada em seus atributos essenciais de: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação e atributos derivados de orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou episódio de um problema para os quais se procura o cuidado. A longitudinalidade trata da regularidade de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, pessoa e família. A integralidade supõe a prestação de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde, o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças (MENDES, 2009, p. 57-58 *apud* LAVRAS 2011 p. 869) e a coordenação entre níveis assistenciais que considera a articulação entre os serviços e ações de saúde, de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do local onde sejam

prestados. Os atributos derivados de orientação familiar/comunitária e a competência cultural, pressupõe o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico e cultural (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Na linha do tempo de construção da APS brasileira, os primeiros cuidados primários remontam à Reforma Carlos Chagas, com a criação, em 1920, de postos de profilaxia rural visando o combate a endemias e epidemias de agravos prioritários à época. Até o final da década de 1980, quando foi criado o SUS, prevaleceram modelos centralizados e campanhistas, com oferta de ações voltadas prioritariamente, ao controle das grandes endemias embora já pudessem ser identificadas algumas experiências diferenciadas por iniciativa de alguns estados e municípios.

A Constituição Federal (CF) de 1988 estabeleceu a responsabilidade governamental, a provisão de serviços de saúde universais e integrais, com equidade e participação social. O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui-se de ações e serviços públicos e de serviços privados contratados ou conveniados de saúde, desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da CF. A Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o Capítulo da Saúde da CF, define a responsabilidade de cada ente da federação, na condução da política de saúde e agrega os princípios, especialmente a organização do sistema de forma integral, universal e em rede regionalizada e hierarquizada.

Assim, desde os anos 20 do século passado, o Brasil vem buscando, de diferentes formas e em distintos momentos, organizar a SAP, por meio de iniciativas bastante diversas, com o SUS, dá início à estruturação mais uniforme da APS sob responsabilidade dos municípios brasileiros, incentivados pelo Ministério da Saúde mediante de normatizações e financiamento (LAVRAS, 2021 p.16).

Durante toda essa trajetória, o sistema de saúde vem se modelando na lógica de ofertar os cuidados e a assistência à saúde da população baseado em realidades e necessidades da população no seu mais amplo conceito de saúde, tornando-se um eixo estruturante de um desejado sistema único de saúde universal, público e de qualidade com porta de entrada preferencial eficiente, capaz de ordenar a rede, coordenar o cuidado e resolver 80% das necessidades de saúde de seu território.

2. A evolução da Atenção Básica e o desafio da implementação no território brasileiro

A premissa de que a APS tem a capacidade de fomentar a organização do sistema de saúde e tendo sua dinâmica baseada nos atributos que visam o acesso às ações e serviços de saúde dos diversos níveis assistenciais, denota que ela para ser efetiva, necessita conhecer a realidade sob a qual pretende atuar e a demanda por serviços ali existentes, para então, organizar a construção de ofertas de serviços.

A criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, a efetivação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a criação do Piso de Atenção Básica (PAB), ambos em 1997, e a experiência acumulada nos diferentes níveis de gestão, fomentaram a ideia de reorientação da Atenção à Saúde, e a partir daí o Ministério da Saúde passou a considerar a Saúde da Família como uma estratégia de mudança de modelo de atenção, visando contribuir para o aprimoramento e a consolidação do SUS. Doravante o PSF deixou de ser programa e passou a ser uma estratégia permanente na atenção básica em saúde, sendo denominada Estratégia Saúde da Família - ESF.

A ESF propõe que a atenção à saúde seja centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que leva os profissionais de saúde a entrar em contato com as condições de vida e saúde das populações, permitindo-lhes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

No entanto, a consolidação da ideia de reorientação da Atenção à Saúde, somente tomou forma com a publicação do Pacto pela Saúde em março de 2006, que definiu um conjunto de reformas institucionais do SUS, pactuado entre as três esferas de governo, visando maior eficiência e qualidade das respostas do SUS.

O pacto propôs a revisão e elaboração de diversas políticas, incluindo a Atenção Básica. Assim, em 28 de março de 2006, foi publicada a Portaria GM/MS nº 648, instituindo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com o propósito de revitalizar a AB no Brasil. A PNAB 2006 focou no cadastramento de Unidades Básicas de Saúde e nas diferentes modalidades de equipes, no processo de trabalho, nas atribuições dos membros das equipes e na Educação Permanente. Definiu as competências dos níveis de

gestão para a AB, os parâmetros de cobertura populacional por equipe e o financiamento pelo PAB fixo e PAB variável, além de outras regras na gestão do PAB (BRASIL 2006).

Sabe-se que o acesso ao sistema de saúde por uma AB resolutiva é fundamental para a redução de causas de mortalidade e morbidade, além de evitar internações e procedimentos desnecessários. A AB pode resolver a maioria dos problemas de saúde da população, desde situações agudas, até o acompanhamento de doenças crônicas e degenerativas. Além disso, evidências demonstram que o primeiro contato no sistema de saúde realizado através de profissionais da Atenção Básica garante uma melhor atenção à saúde e maior satisfação dos usuários.

Após cinco anos da primeira PNAB, foi publicada uma nova edição por meio da Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011 à luz do Decreto 7508 de 28 de julho de 2011 (regulamenta a Lei 8080/90) que traz o "*acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada*" (BRASIL, 2011). Neste sentido, a atenção básica deveria exercer as funções de ser base, ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar a rede para contribuir com o funcionamento das RAS.

41

A PNAB 2011 definiu a Atenção Básica por:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É o contato preferencial do usuário com o sistema de saúde e deve resolver os problemas de maior frequência e relevância do território.

Ampliou o escopo de trabalho das equipes e trouxe regras rígidas de cobertura de território e de ações e serviços, regras essas na maioria incompatíveis com a realidade e diversidade dos municípios brasileiros. Como exemplo podemos citar as visitas domiciliares mensais obrigatórias por ACS/ família, o número de agente por equipe, a composição de um território, dentre outras.

Assim, a baixa resolutividade e resultado das ações e serviços, a insatisfação dos gestores e equipes, foram amplamente debatidos pelos municípios, além de ter sido pauta de discussão e aprovação na XV Conferência Nacional de Saúde de 2015.

Mas, mesmo assim, a Atenção Básica no SUS, se expandiu o que possibilitou maior cobertura tornando-se acessível à maioria da população, com capilaridade em todos os 5570 municípios do país em distintas modalidades, buscando se adaptar a diversas realidades, desde as megametrópoles às áreas mais remotas, de difícil acesso e com os mais variados perfis.

Neste contexto de discussões nacional, ainda em 2015 os gestores municipais fizeram a proposição para a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), que encampou a idéia, criou o Grupo de Trabalho de Atenção Básica, o GTAB, a partir da reunião realizada em setembro de 2015 do Conselho Nacional de Representantes Estaduais do CONASEMS (Conares), que deliberou pela participação de gestores das cinco regiões do país.

A tarefa delegada ao GTAB foi propor encaminhamentos necessários à elaboração de um documento propositivo, contemplando princípios e diretrizes básicas para a revisão da Política Nacional da Atenção Básica e ainda trabalhar na análise das diversas portarias publicadas relacionadas a AB.

Em um processo de construção participativo, o CONASEMS entre os anos 2016 e 2017 fez a escuta de centenas de discussões e debates nas diversas regiões de saúde, por meio de congressos, oficinas e reuniões de trabalho com participação de Gestores, trabalhadores, universidades, institutos e dirigentes dos vinte e sete Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) do país.

Além da atuação em nível regional a revisão da PNAB foi tema de apresentação e discussão nas Oficinas, Mostras e Mesas dos Congressos do CONASEMS de 2016 em Fortaleza e de Brasília em 2017. Esses movimentos construtivos foram condensados em relatórios que eram debatidos e processados no GTAB para posterior apresentação nas reuniões entre CONASEMS, CONASS e Ministério da Saúde, durante a realização de reuniões técnicas entre representantes dos três níveis de gestão.

As mudanças na Política foi também pauta da Reunião do Conselho Nacional de Saúde em agosto de 2017, e de julho a agosto esteve em consulta pública com mais de 6.000 contribuições, todas analisadas e respondidas pela equipe do Ministério da Saúde. Ainda foi pauta em audiência pública na Câmara Federal dos Deputados em agosto de 2017.

Neste contexto, o GTAB visitou ainda, diversas experiências exitosas no território brasileiro de todas as regiões do País. Muitas foram as contribuições advindas para a construção da nova política. Tais como:

- Financiamento tripartite e sustentável;
- Autonomia do ente federativo na gestão da AB;
- A Atenção Básica de fato ser a ordenadora a rede de atenção à saúde, coordenando o cuidado da saúde das pessoas;
- O Reconhecimento da Estratégia Saúde da Família como o melhor modelo, mais com muitos desafios a ser implantado em muitos territórios;
- Critério de qualidade com avaliação dos usuários;
- Garantia de acesso e cobertura de 100% da população;
- Reconhecimento do território para além da conformação geográfica, qual seja, mapa de saúde, cadastro de pessoas, recursos existentes, singularidades regionais e outros.
- Reconhecimento dos arranjos loco regionais considerando os programas e projetos estaduais, regionais e municipais;

Reconhecimento do trabalho das equipes de saúde na atenção básica pela qualidade do esforço e responsabilidade do cuidado despendidos, por meio de incentivos financeiros adequados;

- Autonomia de gastos com base nas necessidades locais;
- Participação dos conselhos na gestão local;
- Escopo de serviços ampliado;

- Necessidade da presença do gerente administrativo na unidade básica de saúde para além do enfermeiro da equipe.

A proposta de alteração da PNAB foi aprovada na Reunião da Comissão Intergestora Tripartite (CIT) de 31 de agosto de 2017 e a publicação da Portaria GM/MS 2.436 em 21 setembro de 2017, com as novas diretrizes para a AB, por meio do protagonismo forte do ente que a executa, trazendo inovações na sua operacionalização.

Em se tratando de uma política nacional onde a participação das três instâncias de governo é de suma importância, o CONASEMS convidou o CONASS e o Ministério da Saúde para compor um grupo tripartite de discussão daquilo que havia escutado em todo o território nacional, e propôs a formação de um Grupo Técnico (GT) da Comissão Intergestores Tripartite (GT/CIT) que os três entes envidassem esforços para a implementação da PNAB de 2017.

O desafio de pensar essa nova PNAB para um país continental como é o Brasil, é definir diretrizes que respeitem as diferentes realidades econômicas, geográficas, sociais, culturais, assistenciais e epidemiológicas, existentes no país foi a grande questão; seria possível definir um modelo único de atenção, que se aplique a essas realidades tão distintas e que busque resultados esperados de forma padronizada e capazes de efetuar a comparabilidade dessas diversas realidades?

Um exemplo seria considerar grandes aglomerados populacionais como as grandes capitais: São Paulo (SP) com mais de 21 milhões de habitantes, ou Rio de Janeiro (RJ) com mais de 7,5 milhões e compará-las com outras áreas de baixíssima densidade demográfica como Borá (SP) com 838 habitantes, Araguainha (MT) com 946 habitantes. Além desse critério populacional, existe ainda, a diversidade geográfica de cada território (áreas de grandes dispersões, pantaneiras, alagadas, cerrado, campos e florestas...). É quase impossível construir uma análise, que considere apenas como base a população residente total, o número de profissionais de saúde registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) ou mesmo o número de Unidades Básicas de Saúde no território, sem remeter à análise do contexto em que está inserida essa população. E se essa é uma conduta aceita não há de se falar em um modelo único e sim em possibilidades de arranjos que garantam uma Atenção Básica efetiva, respeitando-se, é claro, todos os atributos a ela atribuídos.

Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas (BRASIL, 2017).

As diferentes realidades sanitárias da Atenção Básica é um grande desafio às equipes da AB, por isso a necessidade de favorecer a autonomia ao gestor municipal, responsável pela gestão e execução das ações e serviços no município, a fim de moldar e recriar a sua atuação de acordo com as necessidades do território.

Assim, a Atenção Básica é, ao mesmo tempo, um nível de atenção e uma proposta de organização do SUS. Porém, não existem receitas prontas e aplicáveis em qualquer situação, e planejar de acordo com as necessidades do território, é sempre um grande desafio da gestão (ALMEIDA, 2018).

Apesar dessa diversidade e dificuldades a AB avançou, com incontáveis experiências exitosas e criativas pelo país. Em momentos como esses de (re) surgimento de diversas doenças, este nível de atenção necessita de apoio técnico, financeiro, de pessoal formado/qualificado para o desenvolvimento de novas tecnologias no enfrentamento dos velhos e novos desafios.

No entanto, é sabido que um único modelo de atenção não atende as especificidades das diversidades regionais do país. Diante dessa premissa, cada região de saúde deve, a partir da identificação das necessidades de saúde da sua população estabelecer um planejamento loco-regional, a partir do protagonismo dos gestores e equipes, para propor soluções adaptadas a cada realidade, respeitando os mesmos princípios e diretrizes definidos pelo SUS para esse nível de atenção.

Para realizar esse planejamento, é fundamental, a partir da análise das necessidades de saúde: o reconhecimento da estrutura da rede de serviços de saúde; a atualização dos sistemas de informações públicos existentes; a pactuação dos pontos da Atenção, tendo a AB na ordenação da Rede; a realização da programação de acordo com os recursos financeiros, materiais, e de pessoal para sua realidade e as possibilidades de alcance de metas, e a definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores de avaliação consoantes com o Plano Municipal de Saúde aprovado pelo Conselho de Saúde que favoreçam o monitoramento das ações de saúde no território.

Há que considerar que as necessidades de saúde da população brasileira na atualidade vem se alterando em função das mudanças no modo de viver, num mundo marcado pela globalização e por uma revolução nas tecnologias de comunicação que entre tantas e outras conseqüências, determinam novas expectativas do cidadão em relação ao próprio sistema de saúde; das rápidas mudanças demográficas observadas no país, que apontam para o envelhecimento de nossa população, e, também, pelo significativo aumento das condições crônicas em seu perfil de morbimortalidade. Esse aumento de condições crônicas, ocasionado não só pela maior presença das doenças crônico-degenerativas, mas também pelo aumento da sobrevivência de pacientes portadores de outras patologias, cujo controle foi viabilizado pelo próprio desenvolvimento científico e tecnológico incorporado ao setor saúde, coexistindo com doenças infectocontagiosas e também com um aumento expressivo da morbimortalidade por causas externas, caracterizam um quadro epidemiológico bastante complexo cujo enfrentamento exige profundas mudanças no SUS. Pode-se afirmar que o enfrentamento desse quadro de necessidades de saúde exige uma Atenção Básica altamente qualificada e resolutiva (CONASEMS, 2019).

3. Principais Avanços da PNAB 2017

A PNAB 2017 traz duas dimensões que não se apresentavam na política de 2011, a organização do componente de Atenção básica na rede de atenção e a relação da Atenção básica com a vigilância em saúde.

No que tange à RAS, considera que a coordenação do cuidado significa elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção, atuando como o centro de comunicação entre esses diversos pontos, responsabilizando-se pelo cuidado em qualquer um destes pontos, por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Deve articular também as outras estruturas das redes de saúde e outros setores públicos, comunitárias e sociais. Já ordenar a Rede pressupõe reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as suas necessidades em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas (BRASIL, 2017).

Para as ações de Vigilância em saúde considera:

A unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas; o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado (BRASIL, 2017).

Diante desses pressupostos, o **território deve ser único** para as equipes de Atenção Básica em articulação com as equipes da Vigilância em Saúde (sanitária, ambiental, epidemiológica, saúde do trabalhador) com vistas à promoção da saúde. Essa integração planejada, lançando mão de estratégias de intervenção com mudanças no processo de trabalho, se mostra como referência para identificar a rede de causalidades e constituem elementos que exercem papel fundamental sobre o processo saúde-doença.

47

Dessa forma, o território é aquele que vai além das questões geográficas, incluindo o conjunto de relações sociais, comportamentais e psicológicas que o indivíduo estabelece. É um espaço vivo e dinâmico, onde as pessoas estudam, trabalham, estabelecem relações e redes sociais, mantêm estilos de vida, hábitos, crenças e sua cultura (BRASIL, 2018).

Para além da causalidade e exemplificando essa integração, há que se propiciar uma aproximação dos modos de trabalhar dessas equipes, onde a vigilância possa favorecer a melhoria do cuidado, fornecendo informações sobre o território, os fatores de riscos ambientais, os processos laborais e seus impactos na saúde do trabalhador, riscos de estruturas físicas dos estabelecimentos de saúde na segurança do paciente, informações e produtos circulantes, equipamentos públicos e outros.

As equipes da AB, quando forem planejar suas atividades, devem se aproximar das equipes da Vigilância em Saúde, conhecendo os dados epidemiológicos, riscos ambientais, modos de trabalho da população, normas/legislação para edificações de unidades e outros assuntos pertinentes.

A prática da integração relatada pelos municípios que a implementaram, mostrou que os agentes trabalham mais satisfeitos pois andam muito menos, tem mais tempo para efetuar uma visita domiciliar completa e de forma integral (não fragmentada), aumentam a cobertura com qualidade no trabalho e melhor, reduzem a incidência das arboviroses e de outras doenças e agravos, e tem o reconhecimento do trabalho, como possibilidade concreta de enxergar o resultado na saúde das pessoas.

4. Pontos positivos e dificuldades a serem ainda superadas

De todo o processo de modelagem da PNAB, nos últimos 15 anos no Brasil, fica a certeza que para um país do tamanho do Brasil, com a diversidade de territórios, culturas, distribuição de pontos de atenção regionais, perfil de morbi-mortalidade diversificado, dentre outras características, é necessário uma política de Atenção Básica que se constitua de forma dinâmica.

O que se busca com a PNAB 2017 é favorecer o protagonismo dos gestores que a executam e o financiamento triparte sustentável para que a Política possa avançar e ser valorizada pelos próprios profissionais que nela atuam e ainda, pela sociedade, a torná-la de fato a principal porta de entrada do SUS.

Destacam-se algumas atribuições comuns às equipes de Atenção Básica e de Vigilância em Saúde:

- Garantir atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, com base no enfoque de risco;
- Garantir atenção facilitada à saúde, buscando a integralidade por meio de ações de proteção, promoção e recuperação da saúde e prevenção de agravos;
- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, para planejamento de ações;
- Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando as áreas técnicas, profissionais e níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, gestão da clínica, e o matriciamento no processo de trabalho cotidiano;

- As equipes de VS podem ajudar a AB de maneira permanente monitorando a cobertura vacinal, a morbimortalidade e tantos outros processos.
- Outras ações de acordo com a realidade do território.

Mesmo após a publicação da Portaria que instituiu a PNAB 2017, o GTAB continuou o debate da AB em espaços coletivos, a exemplo de Congressos do CONASEMS em Belém-PA -2018 e Brasília-DF -2019, dos COSEMS e Fórum da Atenção Básica, além de outros fóruns que favorecem o debate da política. Continua reafirmando que a ESF é a estratégia prioritária e reconhece, em caráter transitório, outras modalidades de equipes, desde que respeitados os atributos da APS e os princípios e diretrizes do SUS. A política trouxe diversas inovações e possibilidades como:

- Reafirmar a ESF como modelo prioritário e reconhecer os demais modelos EAB incentivando o compromisso de avançar em direção a ESF;
- Possibilitar a implantação de ESF em municípios com menos de dois mil habitantes, são 119 no país;
- Considerar que o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população considerando critérios epidemiológicos e socioeconômicos;
- Incorporar o ACE nas equipes de ESF e EAB;
- Considerar o território único para o planejamento das ações de AB e Vigilância integrado.
- Favorecer o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ampliado a todas as equipes da ESF e também AB (NASF-AB) realizando um serviço complementar as ações das equipes;
- Definir a carga horária mínima de 40 horas e facultar o número de profissionais por categoria em no máximo 3 profissionais
- Criar a relação de ações e serviços na UBS ampliando o atendimento;
- Reconhecer a Unidade Básica de Saúde (UBS) como espaço de formação do profissional de saúde;

- Atribuir aos membros da equipe a função de participar e contribuir com o processo de regulação do acesso a partir da AB, sinalizando a utilização de protocolos e a telessaúde como ferramenta de apoio e aperfeiçoamento;
- Reconhecer o papel do gerente na UBS;
- Considerar a Saúde bucal complementar na ESF e também na AB;
- Valorizar os pontos de apoio como estrutura física que compõem a AB

Apontar, ainda, para um conjunto de dificuldades a serem enfrentadas sistemicamente, como:

- Garantia de acesso e cobertura a 100% da população
- Reconhecimento do território para além da conformação geográfica, qual seja, mapa da saúde e cadastro de pessoas;
- Reconhecimento dos arranjos locorregionais;
- Reconhecimento do trabalho das equipes pela qualidade, esforço e responsabilidade pelo cuidado despendido, por meio de incentivos financeiros adequados;
- Autonomia dos municípios nos gastos de acordo com as necessidades locais;
- Escopo de serviços ampliado;
- Valorização para que a AB proceda como a ordenadora da rede e coordenadora do cuidado;
- Financiamento tripartite e sustentável.

Após 14 anos de existência de Estratégia de Saúde da Família, no ano de 2008, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Essa conquista ocorreu após intensas discussões e negociações nos espaços de gestão, incluindo as considerações da construção de reivindicações corporativas e os relatos de experiências municipais. A normativa instituiu o NASF com atribuições de proporcionar a ampliação do escopo de ações e da resolutividade na Atenção Básica. No ano de 2012 o NASF passou por uma importante revisão normativa, sendo: a criação de mais de um tipo de equipe, incluindo município de pequeno porte, incorporação de novos profissionais e ocupações, e redução

do número de Estratégia de Saúde da Família a serem cobertas por equipes NASF. Em 2017 com a revisão da PNAB, não houve mudanças estruturais significativas, mas o que se destacou foi a ampliação de sua responsabilidade para as EAPs, alteração na nomenclatura para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), conceituando as atribuições de forma mais abrangente e integrada (MELO, 2018).

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), apresenta pontos relevantes na PNAB/2017, destaca que a equipe seja membro orgânico da Atenção Básica, vivendo integralmente a rotina das Unidades Básicas de Saúde, atuando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, promovendo e motivando a integração da Rede de Assistência a Saúde. A Portaria afirma a necessidade de utilização das ferramentas de planejamento para a organização do processo de trabalho, tem como competências: participar do planejamento com as equipes da AB que estão vinculados, contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários, utilizando todas as ferramentas e métodos de clínica ampliada, gestão do cuidado e demais para promover esse processo de trabalho em conjunto com as equipes vinculadas (BRASIL, 2017).

51

5. Conclusão

Com o objetivo de superar os desafios postos na implantação da atual Política Nacional de Atenção Básica e ainda manter o protagonismo do ente municipal, o CONASEMS, órgão que representa 100% dos municípios brasileiros, entende que os municípios são os responsáveis pelo desenvolvimento da AB no país, com o apoio técnico e financeiro dos entes estaduais e do federal. A partir desse entendimento, o GTAB foi mantido, mesmo após a aprovação da PNAB 2017, com objetivo de fomentar a implementação da Política, bem como estabelecer o canal de escuta dos municípios e a articulação com os governos estaduais e o federal.

Desse modo o CONASEMS efetivou parceria com o Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade de Campinas (NEPP/Unicamp) objetivando subsidiar tecnicamente o desenvolvimento e fortalecimento da Atenção Básica do país, por meio de assessoria ao GTAB e ao próprio CONASEMS.

Assim, durante o ano de 2018, o GTAB e NEPP elaboraram o Plano de Fortalecimento da Atenção Básica que foi aprovado em março de 2019 pelo CONARES.

Esse Plano reflete um conjunto de discussões ocorridas junto ao CONARES, aos COSEMS de todo o país e profissionais de saúde em geral, particularmente, por ocasião da revisão da PNAB e define iniciativas prioritárias e inovações para a qualificação da AB no âmbito do SUS, da gestão e das UBS (CONASEMS, 2019).

Dentre alguns objetivos estratégicos do Plano de Fortalecimento está prevista a parceria com instituições de desenvolvimento tecnológico, com objetivo de aproximar a pesquisa e inovação em saúde às demandas municipais da gestão do SUS, para a melhoria da qualidade e ampliação do acesso. Propõe-se que os municípios possam realizar as chamadas encomendas tecnológicas, permitindo que as indústrias desenvolvam tecnologias voltados às prioridades da gestão do SUS, sendo ferramentas e instrumentos de apoio ao fortalecimento da AB e da Rede de Atenção à Saúde.

Outra iniciativa é que o GTAB/CONASEMS seja propositivo junto ao GT/CIT, de demandas de interesse da gestão municipal visando atingir os objetivos estratégicos do Plano de formular, acompanhar e avaliar as políticas, programas e projetos para a AB e apoiar a implementação de políticas e projetos em âmbito dos municípios.

O desafio é grande, e o momento em que vive o país, de polarização político-ideológica, associado à pandemia do coronavírus, de magnitude sem precedente, com o sistema de saúde desfinanciado, somado às complicações de novos e velhos agravos proporcionados pela pandemia, faz urgente a articulação da busca de soluções para o enfrentamento dos problemas e a busca do fortalecimento da Atenção Básica do país, que grita por socorro.

Referências

ALMEIDA, Patty Fidelis de *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v.42, n. spe 1, p. 244-260, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>. Acesso em: 15 jun. 2021.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 14 fev. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto Nº 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. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em 11 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional De Atenção Básica. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 11 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. (Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde). Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/09/guia_pnab.pdf. Acesso em: 09 de ago. 2021.

CONASEMS. **Plano de Fortalecimento da Atenção Básica**, 2019-2010. Brasília, DF: CONASEMS, 2019. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/07/Cartilha-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica_FINAL.pdf. Acesso em: 21 set. 2021.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 16, 2019. Brasília, DF. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/16cns/>. Acesso em: 03 maio 2021.

LAVRAS, Carmen. Atuação das equipes de APS durante o período de enfrentamento da Covid-19. In: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo (org.). Profissionais de saúde e Cuidados Primários. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2021. (Coleção Covid-19. v. 4). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-4-profissionais-de-saude-e-cuidados-primarios/>. Acesso em: 15 set. 2021.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v.20, n.4, p. 867-874, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>. Acesso em: 10 jun. 2021.

MELO, Eduardo Alves *et al.* Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. *Saúde em Debate*, v.42, n. spe, p. 328-340, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S122>. Acesso em: 16 jul. 2021.

MENDES, Eugenio Vilaça Agora mais do que nunca – uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados**. Brasília: CONASS, 2009. Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2012/03/Agoramaisquenunca.pdf>. Acesso em 19 abr. 2021.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n.spe, p.158-164, 2013, pp. 158-164. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>. Acesso em: 03 maio 2021.

Gestão Municipal da Atenção Básica (AB): E agora gestor?

Municipal Management of Primary Care (AB): And now a manager?

Antônio Claudio Galvão*
Isabel Cristina de Souza**
Marema de Deus Patrício***
Rosana Marques Ferro Martins Leite****
Rosimeire Francé Vital*****

Resumo

A gestão da Atenção Básica nos municípios brasileiros traz inúmeros desafios. Diferentemente do que o termo “básica” nos permite inferir, a atenção básica é complexa e exige articulações contínuas para que as atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, próprias desse nível do sistema, possam responder da melhor forma às necessidades em saúde da população atendida. Desta forma, este texto busca auxiliar gestores discutindo os princípios operacionais que norteiam a atenção básica, mas, especialmente, trazendo valores que são decisivos para o exercício da liderança e condução da política municipal de AB.

Palavras-chave: SUS, Atenção básica, acesso, unidades de saúde, necessidades em saúde, gestão na atenção básica

Abstract

The management of Primary Care in Brazilian municipalities brings numerous challenges. Unlike what the term “basic” allows us to infer, primary care is complex and requires continuous articulation so that promotion, prevention, treatment and rehabilitation activities, typical of this level of the system, can respond in the best way to health needs of the population served. In this way, this text seeks to help managers by discussing the operational principles that guide primary care, but, especially, bringing values that are decisive for the exercise of leadership and conduction of AB municipal policy.

Keywords: Brazilian National Health System, primary care, health facilities, health needs, primary care management

* Pedagogo. Especialista em Saúde Pública e Auditoria em Saúde. Atua no Consórcio Intermunicipal do extremo noroeste de São Paulo (CIENSP).

** Nutricionista. Especialista em Nutrição Clínica e Especialista em Redes de Atenção à Saúde. Atua no Consórcio Intermunicipal do extremo noroeste de São Paulo (CIENSP).

*** Nutricionista. Especialista em Nutrição Clínica e Especialista em Redes de Atenção à Saúde. Atua no Consórcio Intermunicipal do extremo noroeste de São Paulo (CIENSP).

**** Enfermeira, Administradora de Empresas, especialista nas áreas de Saúde da Família e Comunidade e em Gerência de Serviços de Saúde. MBA em Políticas Públicas e Mestre em Ensino em Saúde.

***** Bacharel em Administração de Empresas. Tecnóloga em Gestão Pública. Especialização em Gestão de Pessoas. Atua no Consórcio Intermunicipal do extremo noroeste de São Paulo (CIENSP).

Introdução

Desempenhar o papel de gestor da saúde é sempre desafiador!

Ainda mais quando estamos falando do maior sistema universal de saúde do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS). Com esta magnitude, viabilizar os princípios de universalidade, integralidade e equidade exige uma “caixa de ferramentas” diferenciada. Afinal, os gestores devem atuar de forma a garantir o direito à saúde.

Isto não é simples: lembre-se que os cenários são heterogêneos do ponto de vista de recursos, logística, articulação política, pessoas e necessidades e expectativas sociais, neste que é um país dos pequenos e médios municípios.

A existência do SUS garante o acesso a todos os cidadãos. Trata-se de uma complexa rede de serviços com vários papéis e ações, que vão desde a organização da entrada no sistema que se dá, preferencialmente, pela AB, incluindo, além disso, a vigilância em saúde, a atenção especializada de média complexidade, a atenção às urgências e emergências, até atenção de alta complexidade tecnológica como transplantes, cirurgias cardíacas, entre outros.

Nessa rede, as ações, em grande parte, são aquelas que deveriam ser desenvolvidas pela Atenção Básica, pois, ao se localizar mais perto da moradia das pessoas, possui melhores condições de avaliar os problemas de saúde da comunidade e os determinantes sociais. A literatura é vasta em evidências de que a Atenção Básica quando bem operada é capaz de dar respostas eficazes a aproximadamente 85% dos casos de saúde da população.

Portanto, cada equipe de cada unidade de saúde deve se responsabilizar pela saúde de um bairro ou região ou até de um município, dependendo do tamanho da população estipulada para cada equipe.

É na AB que se constrói o vínculo das equipes de saúde com a clientela, melhorando a adesão e a continuidade do cuidado. À medida em que as pessoas são acompanhadas em suas necessidades de saúde ao longo do tempo, os tratamentos tornam-se mais assertivos, mais eficazes. Essa característica também é chamada de longitudinalidade (Bárbara Starfield, 2002).

Toda essa complexidade de tarefas, entendimentos e ações precisa ser melhor esclarecida e valorizada pelos profissionais e serviços e pela sociedade como um todo.

Não se trata de um papel subalterno, “simplificado”, muito menos inferior em relação a atenção especializada ambulatorial ou hospitalar. Temos uma cultura de compreender a saúde como “ficção científica”, fruto das mais caras revoluções tecnológicas e que a Atenção Básica à Saúde está aquém deste cenário.

Deve-se destacar que as tecnologias ditas “leves” presentes na AB incluem tanto evidências da biomedicina e da saúde, quanto das ciências políticas, psicológicas e sociais e do saber popular e comunitário. Esta diversidade de saberes exige processos educacionais e discussões dos serviços e redes em moto perpétuo. Quem trabalha ou já atuou na AB entende perfeitamente o que estamos discutindo.

Um outro aspecto que merece ser considerado diz respeito ao fato da AB ter potencialidade de oferecer cuidado para todas as situações em saúde e o cuidado através dela ofertado, não se encerrar nela mesma. Este ocorre no contexto de uma rede articulada, orgânica e comunicante. “**Cuidado**” é um termo mais amplo do que simplesmente oferecer consultas e procedimentos pontuais. É um exercício de gestão!

Um bom exemplo são as gestantes de alto risco que, quando necessário, são encaminhadas aos ambulatórios especializados, mas as equipes da AB continuam responsáveis pelo binômio mãe-bebê, devendo manter-se informadas do que está acontecendo, compartilhando o cuidado e preparadas para recebê-los quando “voltarem ao território” da UBS. Quando uma pessoa com transtorno mental é inserida no CAPS, ele não deixa de ser da UBS e por aí vai...O gestor sempre tem que lembrar os serviços quanto a isso.

Neste sentido, a coordenação do cuidado em saúde exige que os gestores tenham clareza do modelo a ser praticado, lembrando que a Política Nacional da Atenção Básica tem como eixo norteador a Estratégia Saúde da Família.

Mesmo considerando que a AB no SUS seja operada sob responsabilidade dos municípios brasileiros, independentemente, de seu porte ou localização (na maioria desses municípios, a gestão da saúde se restringe a AB e Vigilância em Saúde) a gestão da AB como um todo é de responsabilidade tripartite onde União, Estados e Municípios devem desempenhar seu papel.

1. Responsabilidade tripartite na Atenção Básica

O SUS envolve as diversas representações dos entes federativos do país: União, Estados, Municípios e Distrito Federal. Portanto, respeitada a autonomia de cada ente o SUS tem sua dinâmica de funcionamento estabelecida mediante definição legal de responsabilidades e processos de pactuações.

O DECRETO Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS e estabelece a competência das comissões intergestores “*sobre aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde*”.

A discussão é ampla e envolve o controle social e todo o aparato dos instrumentos de gestão como Planos de Saúde e respectivas Programações, Relatórios de Gestão, resultando na execução sob o referendo das instâncias gestoras do SUS.

Já a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, em suas três versões, estabelece responsabilidades comuns e por ente federado no tocante à gestão da AB nos territórios, lembrando que a PNAB sofre atualizações pela complexidade e mudanças do fenômeno saúde.



As responsabilidades comuns às instâncias de governo estão dispostas nas competências federativas de atuação de apoio e normativas para suporte à gestão nos três níveis de governo: planejamento, modelo de atenção, infraestrutura, financiamento, sistema de informação, controle e avaliação, formação de profissionais da saúde, processos de trabalho e educação permanente, dispositivos de ordenação da Rede de Atenção à Saúde - RAS, monitoramento e divulgação de resultados.

As responsabilidades da União estão condicionadas à:

Política Nacional de Atenção Básica e suas diretrizes, garantia de financiamento federal para as ações e estabelecimento das formas tripartite de pactuações para compor apoio integrado a estados, distrito federal e municípios para o fortalecimento da AB.

Já as responsabilidades dos Estados e do Distrito Federal estão condicionadas à:

Corresponsabilidade de monitoramento das ações da AB nos municípios, na pactuação bipartite de diretrizes e normas, estratégias de implantação da AB,

financiamento, educação permanente e controle e avaliação dos processos de estabelecimento da RAS nos territórios.

Aos municípios cabe:

Execução, organização e gerência da AB nos territórios, fluxos e atenção qualificada para a população. Divulgação dos processos de acolhimento e encaminhamentos da RAS, cofinanciamento e organização das equipes, mobilidade de usuários (transporte sanitário) e das equipes (para viabilizar o cuidado) e estratégias de implantação da Saúde da Família. Criar e operacionalizar dispositivos de campos de estágio, visando a formação de profissionais da saúde e educação permanente, contratação e qualificação da rede local, sistemas de informação, análise e intervenção nos processos de saúde e doença. Deve ainda, garantir a participação da população, o controle social e corresponsabilizar-se com a União e seu respectivo Estado na gestão da saúde. Essas responsabilidades estão primordialmente relacionadas ao gerenciamento da rede básica propriamente dita, cabendo a esse gestor *outras responsabilidades* relacionadas a articulação com a sociedade local (outras instituições/organizações, movimentos sociais etc.); com outras instâncias do SUS (MS, SES, CIR, COSEMS, CONASEMS, CM, Conselhos Locais); com demais setores da Secretaria Municipal da Saúde (Vigilância em Saúde, Atenção Especializada, Atenção às Urgências e Emergências etc.) e, eventualmente, com outros setores do governo municipal.

Toda essa reorganização da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil inclui o papel fundamental do governo Federal na indução e sustentabilidade, por meio de um conjunto de medidas e programas.

Nos últimos anos, também o papel dos Estados no fortalecimento da AB tem sido objeto de muitas discussões e cobranças de maior participação na maioria deles.

Este retrospecto bastante modesto nos situa na mesma página do processo histórico da consolidação, qualificação e fortalecimento da AB no Brasil. Frente às mudanças dos contextos sociais e políticos em nosso país, a atuação dos gestores em diferentes níveis é crucial para manter aceso e claro o papel estratégico da AB como estruturante e organizadora das redes de saúde.

No quadro abaixo, estão demonstradas as responsabilidades comuns a todos e de cada ente de forma mais detalhada:

**AB - RESPONSABILIDADES COMUNS ÀS INSTÂNCIAS
DE GOVERNO**

Contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos princípios e nas diretrizes contidas nesta portaria;

Apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família - ESF como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica;

Garantir a infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento das UBS, garantindo espaço, mobiliário e equipamentos, além de acessibilidade de pessoas com deficiência, de acordo com as normas vigentes;

Contribuir com o financiamento tripartite para fortalecimento da Atenção Básica;

Assegurar ao usuário o acesso universal, equânime e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores;

Estabelecer, nos respectivos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da Atenção Básica;

Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais, garantir direitos trabalhistas e previdenciários, qualificar os vínculos de trabalho e implantar carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados às pessoas;

Garantir provimento e estratégias de fixação de profissionais de saúde para a AB com vistas a promover ofertas de cuidado e o vínculo;

Desenvolver, disponibilizar e implantar os Sistemas de Informação da AB vigentes, garantindo mecanismos que assegurem o uso qualificado dessas ferramentas nas UBS, de acordo com suas responsabilidades;

Garantir, de forma tripartite, dispositivos para transporte em saúde, compreendendo as equipes, pessoas para realização de procedimentos eletivos, exames, dentre outros,

buscando assegurar a resolutividade e a integralidade do cuidado na RAS, conforme necessidade do território e planejamento de saúde;
Planejar, apoiar, monitorar e avaliar as ações da AB nos territórios;
Estabelecer mecanismos de autoavaliação, controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da AB, como parte do processo de planejamento e programação;
Divulgar as informações e os resultados alcançados pelas equipes que atuam na AB, estimulando a utilização dos dados para o planejamento das ações;
Promover o intercâmbio de experiências entre gestores e entre trabalhadores, por meio de cooperação horizontal e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à AB;
Estimular a participação popular e o controle social;
Garantir espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde, para a formação em serviço e para a educação permanente e continuada nas UBS;
Desenvolver as ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e com a relação específica complementar estadual, municipal, da união ou do distrito federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado
Adotar estratégias para garantir um amplo escopo de ações e serviços a serem ofertados na AB, compatíveis com as necessidades de saúde de cada localidade;
Estabelecer mecanismos regulares de autoavaliação para as equipes que atuam na Atenção Básica, a fim de fomentar as práticas de monitoramento, avaliação e planejamento em saúde;
Articulação com o subsistema Indígena nas ações de Educação Permanente e gestão da rede assistencial.

Fonte: PNAB, 2017.

AB - RESPONSABILIDADES POR ENTE FEDERADO	
ENTE FEDERADO	RESPONSABILIDADE
UNIÃO - MINISTÉRIO DA SAÚDE	Definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica;
	Destinar recurso federal para compor o financiamento tripartite da AB, de modo mensal, regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;
	Prestar apoio integrado aos gestores dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios no processo de qualificação e de consolidação da AB;
	Definir, de forma tripartite, estratégias de articulação junto às gestões estaduais e municipais do SUS, com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da Atenção Básica;
	Estabelecer de forma tripartite, diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, formação e educação permanente dos gestores e profissionais da AB;
	Articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, visando a formação de profissionais e gestores com perfil adequado à AB;

Apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente e continuada para os profissionais de saúde da AB, de acordo com as necessidades locais.

AB - RESPONSABILIDADES POR ENTE FEDERADO

ESTADOS - SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE E DO DISTRITO FEDERAL

Pactuar, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Colegiado de Gestão no Distrito Federal, estratégias, diretrizes e normas para a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Básica vigente nos Estados e Distrito Federal;

Destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;

Ser corresponsável pelo monitoramento das ações de AB nos municípios;

Analisar os dados de interesse estadual gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;

Verificar a qualidade e a consistência de arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios, de acordo com prazos e fluxos estabelecidos para cada sistema, retornando informações aos gestores municipais;

Divulgar periodicamente os relatórios de indicadores da Atenção Básica, com intuito de assegurar o direito fundamental de acesso à informação;

Prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da AB e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;

Definir estratégias de articulação com as gestões municipais, com vistas à institucionalização do monitoramento e avaliação da AB;

	Disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção;
	Articular instituições de ensino e serviço, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes que atuam na AB;
	Fortalecer a Estratégia Saúde da Família na rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção AB.
AB - RESPONSABILIDADES POR ENTE FEDERADO	
MUNICÍPIOS - SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE	Organizar, executar e gerenciar os serviços e as ações de AB, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;
	Programar as ações da AB a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, utilizando instrumento de programação nacional vigente;
	Organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado, instituindo e garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;
	Estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento responsável pelas equipes que atuam na Atenção Básica de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, mantendo a vinculação e coordenação do cuidado;
	Manter atualizado mensalmente o cadastro de equipes, profissionais, carga horária, serviços disponibilizados, equipamentos e outros no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, conforme regulamentação específica;

Organizar os serviços para permitir que a Atenção Básica atue como a porta de entrada preferencial e ordenadora da RAS;
Fomentar a mobilização das equipes e garantir espaços para a participação da comunidade no exercício do controle social;
Destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica;
Ser corresponsável, em conjunto com o Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da AB transferidos aos municípios;
Inserir a Estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da AB;
Prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da AB e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;
Definir estratégias de institucionalização da avaliação da AB;
Desenvolver ações, articular instituições e promover acesso aos trabalhadores, para formação e garantia de educação permanente e continuada aos profissionais de saúde de todas as equipes que atuam na AB implantadas;
Selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de AB, em conformidade com a legislação vigente; garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e equipes, para a execução do conjunto de ações propostas;
Garantir acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população;
Alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados inseridos nos sistemas nacionais de informação a serem enviados a outras esferas de gestão,

utilizá-los no planejamento das ações e divulgar os resultados obtidos, a fim de assegurar o direito fundamental de acesso à informação;
Organizar o fluxo de pessoas, visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da AB e de acordo com as necessidades de saúde das mesmas;
Assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõem as equipes que atuam na AB, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente e a modalidade de atenção.

Fonte: PNAB 2017

Feitas essas considerações ao assumir a gestão municipal é fundamental que saibamos de onde estamos partindo e o que ainda precisa ser revisto e consolidado.

Ao olharmos para a rede básica municipal, independente do porte populacional do município, as obrigações são inerentes aos processos de *planejar, executar, monitorar e avaliar*, a fim de contribuir com uma melhor oferta de cuidados, visando garantir qualidade de vida e saúde para a população. Cabe às equipes da AB estabelecerem metas e indicadores que impactem positivamente na vida das pessoas e populações. Vale lembrar que mesmo tendo como modelo prioritário a Estratégia Saúde da Família, outros arranjos podem ser praticados.

Sabemos que o setor saúde vivencia uma grande heterogeneidade de cenários no país. Desta forma, a realização de uma análise situacional detalhada permite o planejamento de ações e intervenções na rede de AB, quanto a oferta de ações e serviços e ao rearranjo dos processos de trabalho. Este movimento é vivo e dinâmico, permitindo ao gestor aprimorar a modalidade de atenção básica adotada.

A amplitude deste diagnóstico é essencial, inclusive mapeando todos os stakeholders (partes interessadas) e as negociações e pactuações que deverão ser incluídas dentro do escopo da gestão.

Esse diagnóstico deve ser sistematizado de forma a contribuir com a formulação de um **Plano Municipal de Fortalecimento da AB** que ao se constituir no principal

instrumento de gestão da AB precisa ser constantemente acompanhado e avaliado. Nesse sentido é importante que ele contemple os seguintes aspectos:

1. Identificação das necessidades de saúde;
2. Análise de capacidade física instalada - UBS: distribuição, construção, ampliação, manutenção;
3. Análise da infraestrutura de equipamentos de apoio à saúde (equipamentos diagnósticos e terapêuticos + equipamentos de comunicação e informatização);
4. Análise da força de trabalho: suficiência de profissionais; processos de seleção e contratação instituídos; processos de capacitação permanente; processos de supervisão e de apoio.;
5. Análise dos processos de trabalho instituídos na equipe do nível central e nas UBS;
6. Análise da articulação da rede básica com: a rede de atenção especializada (ambulatorial e hospitalar; rede de urgência e emergência; rede de apoio diagnóstico e terapêutico; e, Vigilância em Saúde; e
7. Análise da estrutura e dos processos de gestão da AB (nível central).

Uma coisa é certa! Se fizermos uma pesquisa rápida de opinião pública em municípios de pequeno, médio e grande porte no país e perguntarmos: ***“O que você acha que um sistema de saúde precisa ter na sua cidade”?*** certamente não nos surpreenderemos com as sugestões e solicitações de: hospitais, exames de ressonância magnética, unidades coronarianas, ambulatórios de especialidades médicas... Mas, será que isto tudo é realmente necessário? Será que isso se aplica a todas as realidades e principalmente às necessidades em saúde da sua população?

A demanda por um bem ou serviço pode ser definida como a quantidade do bem ou serviço que as pessoas desejam consumir em um determinado período. Uma série de motivações econômicas e comportamentais fazem com que a noção da saúde enquanto bem de consumo ainda seja muito prevalente nas sociedades atuais. Já a aplicação do conceito de necessidades ao planejamento em saúde parte dos dados epidemiológicos e dos indicadores em saúde globais e regionais e permite o estabelecimento de normas e metas de cobertura e de estratégias a serem alcançadas, como por exemplo, número adequado de profissionais, de leitos, de consultas por habitante, etc.

Evidentemente, levar em conta estes dois cenários conflitantes já gera, imediatamente, uma tensão para o gestor. A dialética entre responder as demandas por bens de saúde e as necessidades epidemiológicas de determinado território torna oportuno trazer que a boa gestão da saúde pública

“...deve se pautar por regras claras, objetivas, que compreendam ações e serviços de saúde necessárias à construção de um padrão de integralidade e que trilhe o caminho da igualdade; que incorpore tecnologias e conhecimentos compatíveis com as necessidades coletivas da população, jamais com o desejo de consumir saúde.” (Lenir Santos, 2010).

Desta forma, a AB tem um papel importante em trazer no nível individual e comunitário uma nova perspectiva reflexiva para que uma mudança cultural possa ocorrer.

Se adotarmos um posicionamento “tecnocrático” apenas, corremos o risco de não sermos compreendidos pelos atores sociais locais, inviabilizando a sustentabilidade das melhores intenções do gestor.

Outro ponto importante é se conectar com o que os profissionais da AB enquanto linha de frente do cuidado e da política pública trazem sobre ***as necessidades percebidas pelos profissionais e as necessidades referidas pelos usuários***, para além dos indicadores epidemiológicos.

Os profissionais de saúde, frequentemente, se deparam com estas discrepâncias e a educação em saúde (e voltada à saúde), sob o prisma do acolhimento e da singularização/negociação do cuidado é decisiva para que os usuários do sistema se engajem num processo voltado a uma nova compreensão sobre a própria saúde e sobre aspectos gerais da determinação social do processo saúde-doença, por exemplo.

Com isso, pode-se caminhar ao longo do tempo para um melhor padrão na utilização dos serviços e, mais ainda, na apropriação e defesa (*advocacy*) dos serviços e do SUS pela sociedade.

Outro fator importante é o posicionamento intrínseco da AB calcado no entendimento da saúde enquanto direito essencial do cidadão. Esta clareza entre os profissionais permite trazer a compreensão de que as ações de promoção, prevenção e

vigilância - que diminuem a ocorrência de doenças, reduzem a carga de complicações destas doenças como as hospitalizações desnecessárias, as incapacidades para o trabalho, prejuízo na qualidade de vida e a mortalidade evitável - são componentes de uma noção mais abrangente de cuidado e saúde.

No seio de uma família, e não é por acaso, que a política da AB se estruture em torno da família como eixo e observatório privilegiado do processo saúde-doença dos indivíduos que compartilham riscos e circunstâncias em comum – é possível atuar sobre evidências concretas e explícitas de como isso ocorre em cenários de vida real. Corroborando as afirmações iniciais do texto, a AB exige um refinamento tecnológico bastante grande e, infelizmente, pouco assimilado e divulgado. Estas tecnologias não dependem de equipamentos sofisticados e sim de **profissionais humanos sofisticados**. A coordenação do cuidado em saúde de um indivíduo ou de uma população exige uma organização de profissionais competentes para desempenho desta outra forma ampliada de *tecnologia*.

“Em nenhum outro espaço institucional o sofrimento, o adoecimento e as emoções chegam tão intensamente perto do profissional de saúde quanto na atenção primária”. (José Ricardo Ayres, 2010).

“O cuidado em saúde se estabelece entre usuário e serviço mediante o estabelecimento de vínculo que permita a criação de sentido às preocupações do usuário sobre sua saúde.” (Ayres, 2010)

Exemplos não faltam! Não raramente, saímos de uma consulta médica sem ter total clareza sobre o que nos foi orientado. Somente a receita e a solicitação de exames não evidenciam a abrangência e a complexidade da interação clínica, muito menos devem sugerir ao profissional (e ao usuário) de que a tarefa do cuidado está cumprida integralmente.

Barreiras culturais, educacionais e comunicacionais são um entrave neste contexto. Destarte, um atendimento bem-sucedido deve ir além de um trabalho padronizado e repetido em escala. Em algumas populações estas dificuldades ficam mais evidentes como entre os idosos, frequentemente com prescrições extensas de medicamentos com potenciais interações indesejáveis, solicitação de exames que demandem preparo ou condições financeiras ou logísticas para cumprir quaisquer

recomendações. Num país com alta desigualdade social como o Brasil, isto cresce em relevância e sem dúvida gera impactos negativos na saúde dos indivíduos e populações.

Frequentemente há uma tendência em responsabilizar o usuário de uma forma negativa sobre sua saúde. Evidente que o usuário precisa ser corresponsabilizado neste processo, mas há um componente da responsabilidade dos serviços e dos profissionais da AB que precisa ser ressaltado: A gestão da clínica.

Pensemos num paciente diabético com complicações neurológicas e vasculares que alterem a sensibilidade dos pés, predispondo a lesões, infecções e até amputações. Além do controle da doença, o usuário precisa de um calçado adequado. Sabemos que a problemática do “pé diabético” é altamente prevalente e certamente agravada por uma má condição social. A UBS deve incluir estas considerações em seu rol de preocupações de gestão. Sempre importante destacar que não é imputar a AB a responsabilidade de oferecer soluções, mas que esteja imbuída de seu papel de auxiliar na procura por respostas possíveis, muitas delas fora do âmbito da saúde, já no contexto intersectorial (ex: a assistência social).

70

Considerando que boa parte dos desafios da AB se relacionam ao manejo de condições crônicas diretamente relacionadas ao cotidiano e às circunstâncias de vida das pessoas, já podemos concluir que *a UBS é muito mais do que o “postinho onde se toma vacina e se afere a pressão arterial”*, visão essa ainda impregnada no imaginário das pessoas.

Evidentemente, que uma UBS deve contar com equipamentos, estrutura física e insumos que viabilizem este cuidado. Bons consultórios, salas de vacina adequadas, sala de reuniões, espaço para criação e manutenção de grupos, local adequado para manuseio de prontuários, salas para procedimentos de enfermagem, sala da vigilância epidemiológica e um setor administrativo e de prestação de serviços gerais não são menos importantes. As tecnologias ditas “duras” também podem ser incorporadas, na medida em que estudos de custo-efetividade e evidências epidemiológicas justifiquem novas aquisições. Por exemplo, a elevada prevalência de problemas cardiovasculares na população exige a presença do eletrocardiograma nas UBS, sendo item praticamente obrigatório. Outros exemplos como a Telessaúde e o prontuário eletrônico são realidades cada vez mais próximas dos serviços da rede e já constituem ferramentas do cuidado amplamente utilizadas em todo o mundo.

2. Princípios norteadores e organizativos da AB

1. A definição de um território de atuação da UBS é fundamental: O território não é somente uma área geográfica. Ele reflete a vida cotidiana, o perfil da população, os determinantes sociais, o grau de atuação das políticas públicas na região e as necessidades em saúde. Trata-se de um todo orgânico a ser mapeado em relação aos *recursos comunitários*. Este termo amplo já nos traz a ideia de que a saúde, por sua amplitude e intersecção social, *necessita de parcerias* com as pessoas, instituições e serviços deste território, de modo a construir saúde no território. As potencialidades e deficiências deste território devem ser levantadas com o envolvimento direto de pessoas da comunidade, conhecedoras da região e peças-chave para o processo de territorialização, articulações e negociações locais e aceitação da população adscrita. Por este motivo, os agentes comunitários de saúde (ACS) devem preferencialmente morar na região em que irão atuar.

2. O segundo passo é proceder o *cadastramento da população*. Este é o primeiro dimensionamento a ser feito: O serviço e sua capacidade instalada: estrutura física, tamanho e constituição da equipe, recursos, insumos etc., é suficiente para atender a clientela? Além disso, que desafios e oportunidades surgem em permitir a vinculação da população ao serviço de modo que se constitua uma *relação facilitada de identidade, acesso e confiança*?

A equipe de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é vital para a criação deste relacionamento entre usuários e serviços, por trazerem o saber popular e territorial e serem lideranças naturais nas regiões. Auxiliam no *micro diagnóstico* das necessidades de saúde, rua por rua, quadra por quadra. *A riqueza de informações deve ser componente permanente do planejamento das ações dos serviços*. A recíproca é verdadeira: os serviços devem oferecer educação permanente para estes profissionais para que compreendam seu papel perante a comunidade e as especificidades e desafios no trabalho em equipe e na área da saúde.

3. É importante organizar unidades que possam abrigar pelo menos duas Equipes de Saúde da Família, preenchendo os períodos de funcionamento da unidade. Esta garantia de prontidão do serviço fortalece a credibilidade e resolutividade da proposta e a satisfação da população. Outro ponto central é *garantir o acolhimento às queixas agudas, as urgências e a remoção para o ambiente hospitalar conforme a gravidade do caso*.

4. Aspectos logísticos precisam ser previstos como o transporte sanitário, a integração com o SAMU e a comunicação com o hospital, reiterando que o cuidado continua sendo compartilhado com a UBS, independente do ponto de atenção em que o usuário esteja sendo atendido. Temos um radar constante sobre nossa clientela a partir do *compromisso, da responsabilidade sanitária e da gestão de casos complexos*.

5. Garantir a *longitudinalidade* do cuidado aos usuários. Frequentemente o volume de consultas e procedimentos limita o tempo de atenção por usuário. Entretanto, assegurar retornos conforme necessário ou a complementação do cuidado com envolvimento da equipe multiprofissional, visitas domiciliares etc. facilitam a compreensão do usuário de que o cuidado pode ser oferecido não somente no modelo “queixa-conduta” pontual, mas distribuído dentro de uma racionalidade calculada sob uma perspectiva multiprofissional, voltada para a lógica do projeto terapêutico e das necessidades em saúde das pessoas, ao longo dos ciclos de vida.

6. Populações vulneráveis ou prioritárias como gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose e outras, de acordo com o perfil epidemiológico do território, precisam ter seu *acesso periódico garantido* de modo a permitir ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de acordo com a situação. Esta garantia também contribui para a redução de idas a serviços de urgência e emergência e a carga de morbimortalidade das doenças.

7. Constituir formalmente o cargo/função de coordenador da UBS, com capacidade técnica para a gestão, planejamento, avaliação e supervisão do cuidado ofertado à população atendida pela unidade, além de habilidades para liderar equipes e dialogar com a sociedade, reconhecendo a participação e o controle sociais como integrantes do processo organizacional.

Não podemos nos furtar de algumas reflexões importantes...

Imagine uma maternidade ou uma unidade de hemodiálise ou, ainda, uma unidade coronariana com pouquíssimos pacientes e capacidade ociosa.

Será que isto é “saudável” para a população do seu município? Estudos demonstram que quanto maior o número de procedimentos realizados pelos profissionais, melhor será o desempenho.

Como você imagina que serão as taxas de complicações e a mortalidade em serviços que funcionam abaixo da sua capacidade? Seguindo a mesma lógica, serviços ociosos acabam contabilizando mais complicações e iatrogenias (danos aos pacientes).

A pactuação regional, orientada pelos pilares: necessidades da população, perfil epidemiológico e recursos disponíveis é decisiva ao planejar a saúde no seu município.

Um conceito deve ser tornado claro: **A AB é organizadora, coordenadora e integradora do cuidado às pessoas.** A imagem da AB para melhor memorizarmos é a de um radar, monitorando o usuário em seu itinerário terapêutico, nos diversos pontos de atenção do sistema, dentro e fora do seu município: atenção especializada, serviços de urgência emergência, mas sempre voltando para a UBS como **centro organizador do cuidado**. Isto é essencial! Cuidado desintegrado não é efetivo.

3. Financiamento da AB

União, Estados e Municípios devem estar sensibilizados sobre a necessidade de investimentos na AB, como forma de reduzir a carga global de doenças e melhorar a saúde da população.

Faremos aqui um recorte, sobre as regras do cofinanciamento da AB pelo nível federal que, atualmente, é calculado com base em 4 componentes: Capitação ponderada; Pagamento por desempenho; Incentivo financeiro com base em critério populacional e Incentivos para ações estratégicas.

- **Capitação ponderada**

A capitação ponderada é uma forma de repasse financeiro da Atenção Básica às prefeituras a ao Distrito Federal, cujo modelo de remuneração é calculado com base no número de pessoas cadastradas. O cadastro deve ser feito pelas equipes de Saúde da Família - eSF, equipes de Atenção Básica – eAB, equipes de Saúde da Família Ribeirinha – eSFR, equipes de Consultório na Rua – eCR ou equipes de Atenção Básica Prisional - eABP.

O componente Capitação Ponderada considera fatores de ajuste como a vulnerabilidade socioeconômica, o perfil de idade e a classificação rural-urbana do município, de acordo com o IBGE.

Por meio desse cadastro é possível estimar o quantitativo da população que poderá fazer uso dos serviços prestados pela equipe e Unidade Básica de Saúde (UBS)/Unidade de Saúde da Família (USF), o que oferece subsídios ao planejamento das equipes na oferta de serviços e o acompanhamento dos indivíduos, famílias e comunidades.

- **Cadastramento do cidadão**

O cadastro do cidadão é feito pelo CPF ou Cartão Nacional de Saúde (CNS) e realizado por todos os integrantes das equipes de saúde. As informações colhidas podem ser registradas por meio do sistema de Coleta de Dados Simplificada (CDS), além do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), sistemas próprios das gestões ou contratados de terceiros. Em todos esses casos, os cadastros são monitorados pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

- **Pagamento por Desempenho**

O pagamento por desempenho é um dos componentes que fazem parte da transferência mensal aos municípios. Nesse componente, a definição do valor a ser transferido depende dos resultados alcançados no conjunto de indicadores monitorados e avaliados no trabalho das equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica (eSF/eAB).

- **Indicadores**

Para que se possa medir e monitorar o desempenho das unidades, foi pactuada a utilização de 22 indicadores, iniciando-se pela utilização de apenas 7. São eles:

Vigentes até outubro 22:

- 1 - Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação.
- 2 - Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.
- 3 - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.
- 4 - Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na AB.

5 - Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na AB contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por *haemophilus influenzae* tipo b e Poliomielite inativada.

6 - Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.

7 - Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

Em relação aos outros indicadores cuja inserção se dará em momento posterior, ressalta-se que eles ainda deverão ser definidos, respeitando-se as seguintes linhas de ação:

- Ações multiprofissionais no âmbito da APS;
- Ações no cuidado puerperal;
- Ações de puericultura (crianças até 12 meses);
- Ações relacionadas ao HIV em adultos;
- Ações relacionadas ao cuidado de pessoas com tuberculose;
- Ações odontológicas;
- Ações relacionadas às hepatites;
- Ações em saúde mental;
- Ações relacionadas ao câncer de mama;
- Indicadores Globais de avaliação da qualidade assistencial e experiência do paciente com reconhecimento e validação internacional e nacional, como o Primary Care Assessment Tool (PCATool-Instrumento de Avaliação da Atenção Primária), Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9 - Questionário de Avaliação da Relação Médico-Paciente) e Net Promoter Score (NPS – Escala de Satisfação do Usuário).

Vale lembrar, a importância de serem superadas falhas existentes tanto no que diz respeito a informatização das unidades como na utilização dos sistemas de informação da AB, mais que necessários para acompanhamento desses indicadores acordados.

- **Incentivos para ações estratégicas**

Os incentivos para ações estratégicas abrangem características específicas de acordo com a necessidade de cada município ou território. Esses incentivos

contemplam a implementação de programas, estratégias e ações que refletem na melhoria do cuidado na AB e na Rede de Atenção à Saúde. Os incentivos para a AB estão pulverizados em ações específicas:

- Programa Saúde na Hora;
- Equipe de Saúde Bucal (eSB);
- Unidade Odontológica Móvel (UOM);
- Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD);
- Equipe de Consultório na Rua (eCR);
- Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF);
- Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR);
- Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP);
- Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade;
- Programa Saúde na Escola (PSE);
- Programa Academia da Saúde;
- Programas de apoio à informatização da ABS;
- Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional;
- Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

76

4. Controle social

Antes de discorrermos sobre as várias formas de participação e de controle social no SUS é importante alinharmos um conceito: a sociedade deve ser vista pelo gestor como parceira na construção de um sistema de saúde cada vez mais equânime e eficaz! Ao incluir os usuários, podemos corrigir trajetórias e melhorar a qualidade da atenção à saúde das pessoas e das comunidades.

A participação popular constrói e sustenta o SUS desde o nível local até o nível central de forma democrática, cidadã e participativa.

Na perspectiva da Constituição de 1988, a criação dos conselhos de saúde surge da relevância da participação da sociedade civil na tomada de decisão, nas políticas públicas e como mecanismo estratégico na garantia de direitos. A mudança de cultura, encarando

a saúde enquanto um direito e não somente artigo de consumo, configura uma posição assumida pela Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (Brasil, 2009).

A representação popular nos conselhos de saúde, disposta na Lei 8.142/90, permite a construção de instâncias de fiscalização de ações e potencialização do controle social, induzindo o Estado em direção ao bem público e ao bem comum.

Instituir tais conselhos exige competência no gerenciamento do trabalho em equipe, definição de pautas, estabelecimento de consensos e resolução de conflitos.

Características da Estratégia Saúde da Família (ESF) favorecem a integração entre comunidade e equipes de saúde da família, bem como a relação trabalhador-usuário por conta do que já discutimos anteriormente: A atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS), a territorialização e a vigilância em saúde. Desta forma, a ESF se situa na intersecção direta entre equipe multiprofissional e participação social.

O controle social é a expressão direta da participação da sociedade nas decisões do Estado voltadas à sociedade, situando o cidadão e o usuário no centro do processo de avaliação, deixando o Estado de ser o árbitro infalível do interesse coletivo (Santos & Carvalho, 1992).

Uma das formas de manifestação do controle social exercida pelo usuário, cidadão e administração diz respeito aos Conselhos de Saúde em suas várias modalidades de organização: Conselhos Gestores das UBS, Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde.

- **Conselhos Gestores de Saúde**

Os Conselhos Gestores de Saúde são canais de participação que contam com representantes da população e membros do poder público estatal, tendo como pauta geral a gestão de bens públicos, entremeada pelas discussões sobre entendimentos sobre saúde, seus desafios, limites e potencialidades inexploradas (Gohn MG 2003).

- **Conferências Municipais de Saúde**

As Conferências Municipais de Saúde têm o propósito de avaliar a saúde da população, a estrutura e o funcionamento das redes de atenção à saúde, os processos de trabalho das secretarias municipais de saúde e formular diretrizes para o Plano Municipal

de Saúde. Devemos ressaltar, que nenhum outro país do mundo conta com a participação comunitária na formulação e no controle da política pública de saúde.

Vamos aqui mostrar os passos para a organização, realização e funcionamento de uma conferência municipal de saúde: Inicialmente, o Conselho Municipal de Saúde (CMS) deve formular e aprovar a conferência, incluindo data, temas, quem será o presidente, constituir as comissões, definir a coordenação e situar a secretaria municipal de saúde como gestora do mapa da saúde, da análise da situação de saúde e pela dotação orçamentária e financeira para custear a infraestrutura e a logística para que a conferência aconteça.

Num segundo momento, o secretário municipal homologa uma resolução do CMS e encaminha ao prefeito, para que ele publique o decreto de convocação da conferência. Posteriormente, o CMS aprova o regimento da conferência municipal de saúde e viabiliza questões como: escolha de participantes, metodologias, responsabilidades e cronograma das atividades das pré-conferências (que podem ser por bairros ou distritos) que somadas subsidiarão a conferência. O produto da conferência municipal de saúde será o substrato que orientará os objetivos, as metas e as ações do plano municipal de saúde e do setor saúde no plano plurianual. (Lei 8142/90).

78

Considerações Finais

Esperamos que este texto tenha transmitido a importância da Atenção Básica e de como ela se insere e deve ser valorizada no processo de consolidação do SUS no Brasil como coordenadora do cuidado e organizadora da rede de atenção à saúde. Isso exige um processo adequado de gestão que inclua: investimento financeiro; equipes qualificadas, treinadas e valorizadas; visando ofertar respostas concretas para os problemas de saúde da população.

A gestão, além de desafiadora do ponto de vista político, traz uma grande complexidade operacional que precisa ser enfrentada. Portanto, a política de saúde do seu município tem que ser planejada de forma estratégica e cuidadosa.

A legislação do SUS prevê a elaboração de instrumentos de gestão para o planejamento, a execução e a prestação de contas dos recursos utilizados. Alguns deles são construídos a cada quatro anos e outros tem periodicidade anual e quadrimestral.

Os gestores de saúde devem elaborar, a cada 4 anos, o Plano Municipal de Saúde (PMS) e participar da formulação do Plano Plurianual (PPA) do setor saúde e, anualmente, elaborar a Programação Anual de Saúde (PAS) e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) que subsidiará a Lei Orçamentária Anual (LOA). E para prestar contas aos órgãos de controle e à sociedade, a cada quatro meses, o gestor deve apresentar o Relatório Quadrimestral de Gestão (RDQA) e, anualmente, o Relatório Anual de Gestão (RAG).

Apropriar-se de toda essa dinâmica do planejamento e dos instrumentos de gestão do SUS é fundamental, porque se os objetivos, metas e ações da AB não estiverem previstos nestes instrumentos, não haverá recursos destinados à execução destas ações. Da mesma forma, ao inseri-los, o gestor da AB deverá monitorar e avaliar estas ações e prestar contas à sociedade e aos órgãos de controle, ao final de cada período. O que estamos querendo dizer é que: você pode reunir todas as qualificações de um bom gestor, estar bem-intencionado, identificar problemas de saúde e decidir, por exemplo, construir uma nova UBS em um dado vazio assistencial, mas se isso não estiver previsto no PMS, no PPA, na PAS e na LOA, a chance de realização sem infringir a legislação é quase nula.

De tudo o que falamos, fica aqui a dica: Não se isole! Comunique-se com seus pares, integre sua equipe e de voz aos técnicos e aos usuários. Repita experiências que foram exitosas e inove sempre que uma oportunidade se fizer presente. Cuide das pessoas, faça parcerias com outros setores e lembre-se: *A Saúde é uma conquista da sociedade brasileira e o SUS é o maior projeto social do nosso país!*

Referências

BRASIL, MS, Política Nacional de Atenção Básica – PNAB 2017.

BRASIL. MS. NT 12/2022, que atualiza a Nota Técnica nº 11/2022 - Indicadores de Pagamento por Desempenho do Programa Previnde Brasil (2022) de que trata a Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022, que alterou a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previnde Brasil.

BRASIL. Constituição Federal. Em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Obtido em 01/12/2013.

BRASIL. Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

BRASIL. Lei 8142/90 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS.

BRASIL. LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012 regulamenta o § 3º do art. 198 da constituição federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela união, estados, distrito federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. Resolução nº 333/2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos CONSELHOS DE SAÚDE. 2003.

BRASIL. MS. Portaria GM/MS Nº 102, de 20 de janeiro de 2022. Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.

GOHN, MG 2003. Conselhos gestores e participação sociopolítica. (2a ed.). Cortez, São Paulo. (Coleção Questões da Nossa Época, v. 84.)

SANTOS & CARVALHO, 1992 Santos L & Carvalho GI 1992. Das formas de controle social sobre as ações e os serviços de saúde. Saúde em Debate (34):60-66.)

STARFIELD Bárbara. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia /. – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Título original: Primary Care: balancing health needs, services, and technology.

Formação de Profissionais da Saúde para Atenção Básica

Training of Professionals in Health Primary Care

Claudia Spinola Leal Costa^{*}
Maria Teresa Pinto Moreira Porto^{**}
Nair LumiYoshino^{***}
Olga Maria F. de Carvalho^{****}

Resumo

O texto que ora se apresenta faz reflexões e proposições para qualificar os processos de formação dos profissionais de nível médio e superior da Atenção Básica (AB) do SUS. Diante de inúmeros desafios colocados e do papel protagonista da AB no âmbito dos sistemas integrados de saúde, surge a necessidade dos profissionais que atuam nas várias formas e modalidades ofertadas, estarem preparados tanto para processos relacionados ao cuidado como aos relacionados a gestão e gerência dos serviços de saúde da AB. Assim foram revisitadas as políticas relacionadas ao tema, experiências exitosas de formação, graduação e pós-graduação e ao final sugeridas algumas estratégias, iniciativas e conteúdos a serem utilizados e contemplados para apoiar as equipes gestoras municipais e regionais nos diagnósticos das necessidades, proposição, estabelecimento de parcerias e desenvolvimentos de processos educativos.

Palavras-chave: Atenção Básica, formação profissional, metodologias ativas, sistemas integrados, processos educativos.

Abstract

The text that is presented here makes reflections and proposals to qualify the processes of training of professionals with secondary and higher levels of primary care in the SUS. Given the numerous challenges they face and the leading role of primary care level in the context on integrated health systems, there is a need for professionals who work in the various forms and modalities offered, to be prepared both for processes related to the provision of care and those related to management primary care's health services. Thus, successful experiences in training, under graduate and graduate studies were visited as policies related to the theme, and in the end, some policies and content were suggested to be used and contemplated to support municipal and regional management teams in diagnosing needs, proposing, establishing partnerships and developments of educational processes.

Keywords: Primary Care, professional qualification, active methodologies, integrated systems, educational processes.

* Pedagoga, especialista em saúde pública e processos educacionais em saúde, com ênfase em metodologias ativas de aprendizagem, Mestranda em Estudos sobre Mulheres, Gênero, Cidadania e Desenvolvimento –UAB-PT.

**Enfermeira e Advogada Sanitarista, especialista em desenvolvimento de RH para o SUS. Mestre em Demografia pelo IFCH/UNICAMP, Pesquisadora associada PESS/NEPP/UNICAMP.

***Enfermeira Sanitarista, Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP, Doutora em Saúde Coletiva pelo Departamento de Saúde Coletiva, FCM/UNICAMP e aposentada da Área de Saúde da Família do Departamento de Saúde Coletiva, FCM/UNICAMP.

****Médica, Docente aposentada da FCM/UNICAMP, Doutora em Clínica Médica pela FCM/UNICAMP, ex-Coordenadora da Área de Saúde da Família da FCM/UNICAMP.

Abreviaturas

AB – Atenção Básica
ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica
ACS - Agente Comunitário de Saúde
AP – Atenção Primária
APS – Atenção Primária em Saúde
CIES - Comissão de Integração Ensino - Serviço
CIR- Comissão Inter-regional
COSEMS – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais
EaD- Ensino à Distância
EPS - Educação Permanente em Saúde
MAA - Metodologias Ativas de Aprendizagem
MEC – Ministério da Educação
MFC- Medicina de Família e Comunidade
MS – Ministério da Saúde
NASF-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PAREPS - Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde
PET-SAÚDE - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PLE - Projeto Larga Escala
PMM - Programa Mais Médicos
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente
PROFAE - Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
Profsaúde - Programa de Pós-graduação *Strictu Sensu* em Saúde da Família
PROMED-Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PROVAB - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF – Programa Saúde da Família
RS- Regiões de Saúde
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SF – Saúde da Família
SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TICs - Tecnologias de Informação e Comunicação
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNA-SUS - Universidade Aberta do SUS

Introdução

Entre as atividades humanas socialmente organizadas, a oferta de cuidados através dos sistemas de saúde se constitui, sem dúvida, naquela que guarda maior dependência em relação à formação e à capacitação de seus profissionais, bem como à integração das equipes multiprofissionais responsáveis por essa oferta.

O interesse e a preocupação com uma educação diferenciada dos trabalhadores da área da Saúde surgem no interior do movimento pela Reforma Sanitária, no início da década de 1970, quando se assinalava o compromisso do SUS com a qualificação e o desenvolvimento de seus profissionais, demarcando assim os vários momentos em que iniciativas de formação se desenvolveram no âmbito dos serviços de saúde, onde se encontravam os trabalhadores e as equipes de saúde do País.

Considerando que qualquer sistema de saúde deve permanentemente se ajustar, seja em função das necessidades da população sob sua responsabilidade, seja em relação à incorporação de novos conhecimentos científicos e de novas tecnologias ou, ainda, referente às exigências da sua própria organização, a preocupação com esses processos de formação e de capacitação profissional é permanente e demanda proposições de iniciativas robustas, que podem ser explicitadas através de políticas ou programas voltados, especificamente, ao desenvolvimento de seus profissionais.

Quando se aplicam esses pressupostos na Atenção Básica (AB), destaca-se a importância e o dimensionamento das políticas e iniciativas relacionadas à formação e à capacitação dos profissionais que atuam diretamente nas unidades de saúde da AB ou equipes de SF existentes no País* e nas 5570 equipes gestoras municipais, tendo em vista que a execução da AB no SUS está sob a responsabilidade dos municípios brasileiros e deve ser sempre priorizada pelos gestores.

Observa-se que os processos de formação dos profissionais de nível médio e superior no país estão sob a égide das normatizações e responsabilidade dos setores da educação com os quais as instâncias gestoras do SUS dialogam ou devem dialogar, permanentemente, em espaços criados com essa finalidade.

* Segundo o portal de Atenção Primária do Ministério da Saúde acessado em 18-05-2021, atualmente, o Brasil tem mais de 42 mil unidades básicas de saúde com 44 mil equipes de Saúde da Família e 1.229 equipes de Atenção Primária atuando no território- <https://aps.saude.gov.br/noticia/10136>.

Entretanto no que se refere à gestão e à regulação do ensino, formação e desenvolvimento dos profissionais da Saúde, a Lei Orgânica (LOAS/1990) explicita a responsabilidade dos órgãos de gestão do SUS pela ordenação do ensino e o desenvolvimento, subtendido o ensino médio e superior (graduação, pós-graduação) e a capacitação continuada em serviço. De acordo com a LOAS, compete aos órgãos de gestão do SUS: Ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde e o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico (Art. 3 - Inciso III e X); Criação das Comissões Permanentes de Integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior (Art. 14); Participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde (Art. 15 - Inciso IX).

Desse modo nos propomos a refletir a respeito desses processos de educação em geral, passando pela formação profissional de educação permanente e continuada, que se desenvolvem sob a responsabilidade do SUS nos três âmbitos de governo. Reforçamos assim, o entendimento de que, mesmo a AB sendo operada pela gestão municipal, a capacitação de seus profissionais constitui-se em compromisso tripartite.

84

Partimos do princípio de que a formação de profissionais para a Atenção Básica deva estar comprometida com a construção da autonomia e do protagonismo de sujeitos e coletivos, valorizando as dimensões subjetiva e social das práticas de cuidado e de gestão em saúde (BRASIL, 2004a).

E nesse sentido, e com vistas a contribuir para o aperfeiçoamento e maior adequação da formação de profissionais[†] da AB, tal qual os pressupostos previstos na PNAB 2017, é que apresentamos um conjunto de reflexões e proposições neste texto.

1. Desafios a Serem Enfrentados no Processo de Formação para a Atenção Básica

A formação na área da Saúde vem sendo bastante criticada nos últimos anos, sob o argumento de que os profissionais egressos dos cursos não atendem às necessidades sociais e de saúde da população, contribuindo de forma incipiente para o funcionamento dos sistemas integrados de saúde e para a consolidação do SUS.

[†]Utilizaremos aqui o termo profissionais de saúde e não o termo trabalhadores, considerando que o termo trabalhadores da saúde engloba TODOS aqueles que atuam em espaços e estabelecimentos de assistência e vigilância à saúde, e o texto tem o foco voltado para aqueles que tem uma profissão específica voltada para o setor saúde, seja de nível médio ou superior

Inúmeros são os desafios colocados no que se refere à formação de profissionais para a Atenção Básica no nosso País.

Inicialmente observa-se que a formação ofertada na maioria das instituições ainda está impregnada da lógica biologicista e com grande ênfase nas doenças, de alguma forma "sabotando" o funcionamento do próprio modelo de saúde que precisamos consolidar. Na mesma perspectiva, os profissionais de saúde são formados de modo isolado, com práticas pedagógicas que priorizam o trabalho e o desempenho individual. A formação destes profissionais, também, está direcionada para o cuidado de condições clínicas menos comuns da população, o que dificulta o seu desempenho e a inserção no mercado de trabalho. O correto direcionamento na formação dos profissionais pode contribuir para que o SUS seja mais resolutivo e para que haja a mudança necessária no modelo de saúde vigente (BATISTA, 2011), de modo que responda à tríplice carga de doenças que enfrentamos hoje no Brasil (MENDES, 2010).

Observa-se ainda que os processos de formação nem sempre contemplam conceitos e práticas relacionados ao planejamento, à promoção de saúde e à prevenção de doenças com a utilização de tecnologias eficazes e de metodologias de ensino-aprendizagem que considerem a aprendizagem significativa, que vão além dos espaços acadêmicos e cheguem às realidades da população. Dessa forma, os futuros profissionais da saúde resistem a se aproximar de cenários que os distanciam do ideal de prática que cultivam: ser um trabalhador em serviços de saúde privados e de "alto nível".

Mas, para além do perfil profissional que devemos formar, o processo educacional também enfrenta desafios próprios às mudanças sociais. Há a dificuldade em despertar e manter o interesse do aluno durante as aulas, no mundo em que a informação é bastante acessível e provisória (MITRE et al., 2008); a tecnologia desperta maior interesse nos jovens do que aulas expositivas, e a individualidade se sobrepõe aos interesses coletivos (BORGES; ALENCAR, 2014).

Além disso, podemos observar outro grande desafio na formação de profissionais da AB que é a diversidade do País no que se refere às suas características geográficas e culturais. A AB é ofertada sob modelos distintos e variados, tais comunidades: fluviais para populações ribeirinhas; para população indígena e quilombola; para população prisional; para as populações dos grandes e médios centros urbanos e municípios remotos. Ressaltamos, entretanto, que qualquer oferta de ações e serviços na AB deve seguir os princípios,

fundamentos e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica do SUS, configurando um processo que considera e inclui as especificidades loco regionais acima pautadas, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no seu território.

Também merecem destaque os processos de formação voltados à gestão da AB dos municípios e à gerência dos serviços. Observa-se que os profissionais não são formados para trabalhar na perspectiva de contribuir para estruturar e atuarem sistemas integrados, assegurando que as necessidades de saúde sejam plenamente atendidas e os usuários possam participar dos processos decisórios.

Frente a esses inúmeros desafios, buscaremos apontar alguns caminhos a serem percorridos para o seu enfrentamento, na perspectiva de contribuir para uma Atenção Básica potente, eficaz e resolutiva e que seja, de fato, a ordenadora dos sistemas de saúde e coordenadora do cuidado ofertado.

2. Relato de Experiências Exitosas no Âmbito da Formação e Qualificação de Profissionais da Atenção Básica

86

Buscaremos, neste momento, discorrer, de forma cronológica e respeitando os diferentes níveis de formação de profissionais de saúde, sobre algumas iniciativas relevantes e exitosas que já foram desenvolvidas no âmbito do SUS, destacando algumas características desses processos.

- Profissional de Nível Médio

A formação de **profissionais de nível médio** é mais recente que os cursos de graduação: Auxiliar de Enfermagem (1949); Técnico de Enfermagem (1966); Técnico em Farmácia (Meados da década de 70), mas só em 2010 ganha o *status* de “Técnico em Farmácia”; Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) (1975). Essa ação requer a articulação entre os serviços de saúde, o controle social e as instituições de ensino. Estas últimas devem preferencialmente ser Centros Formadores/Escolas Técnicas do SUS, de Saúde Pública e de Formação Técnicas Públicas.

No final da década de 70, o quantitativo da Força de Trabalho em Saúde cresceu de forma importante e já se evidenciava o grande número de atendentes de enfermagem, sem qualificação específica. Essa expressiva quantidade de profissionais definiu a linha estratégica

para as ações de cooperação técnica, destacando-se algumas propostas educacionais para a formação de pessoal em saúde. O Projeto Larga Escala (PLE), iniciado na década de 1980, com o objetivo de capacitar profissionais de nível médio e elementar para os serviços básicos de saúde e satisfazer as necessidades da demanda, foi um programa estratégico de formação e uma experiência pedagógica bastante exitosa de qualificação profissional em consonância com a Reforma Sanitária Brasileira (BASSINELLO; BAGNATO, 2009).

Outra iniciativa importante que envolveu a categoria da Enfermagem foi o Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), em 2000. Foi uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS) que integrou três campos: educação, trabalho e saúde, e visava contribuir para a qualidade da atenção à saúde, através de capacitação profissional e a complementação do ensino fundamental dos trabalhadores da área de Enfermagem empregados nos serviços de saúde públicos e privados (GÖTTEM, 2003).

No que se refere especificamente à Saúde da Família, um novo profissional de nível médio surge com a implantação do programa em 1994: o Agente Comunitário de Saúde (ACS). O ACS deve, sempre que possível, morar na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) para fortalecer o vínculo com as famílias e as ações de saúde individuais e coletivas. Deve ter o ensino fundamental concluído e ter realizado o Curso Introdutório. Os agentes atuam na realização de atividades educativas, promoção de saúde, prevenção de doenças e cadastramento da população (BRASIL, 2002).

- Profissional de Nível Superior

Em relação aos **Cursos de Graduação da área da Saúde**, alguns foram criados muito antes do SUS e datam do século XIX: Medicina (1808); Farmácia (1825) e Odontologia (1884). Outros tiveram início em meados do século passado, como Enfermagem (1923), Serviço Social (1938), Fisioterapia (1951) e Psicologia (1962).

As necessidades de mudanças na formação dos profissionais ficaram mais evidentes com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), para o qual o perfil tecnicista, biologicista, hospitalocêntrico, procedimento-centrado e medicalizador dos profissionais já não era adequado. Assim, em 2001 nasce a primeira graduação do campo da Saúde Coletiva na Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, o curso de Administração de Sistemas e Serviços de Saúde (CECCIM, 2002). E, na Universidade de São Paulo, em 2005, surge o curso de Obstetrícia (USP, 2021).

Em 1994, como já dito, o MS iniciou a implantação do PSF como uma estratégia para contribuir com a reorganização da Atenção Básica. Uma estratégia com essa dimensão enfrenta vários desafios, entre eles o desenvolvimento de recursos humanos que lidem com determinantes sociais de saúde, articulando a atuação profissional de maneira intersetorial com a realidade adscrita, de forma a possibilitar a realização de novas práticas que conduzam a transformação do quadro sanitário do País. Neste sentido, os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família foram instituídos pelo MS como espaço de articulação de instituições formadoras, que se consorciavam ou celebravam convênios com SES e/ou SMS para implementar programas destinados ao pessoal envolvido na prestação de serviços em saúde da família (BRASIL, 2001a). Os objetivos eram: ofertar Curso introdutório para Equipes de Saúde da Família (ESF); cursos de especialização em SF e de atualização, destinados às abordagens coletivas e clínicas; apoiar o processo de acompanhamento e avaliação do trabalho; implantar programas de EP; introduzir conteúdos referentes à estratégia de SF, e desenvolver iniciativas destinadas a promover inovações curriculares nos cursos de graduação. O Curso Introdutório constituiu um dos pilares da capacitação inicial das equipes da Saúde da Família dentro de uma nova lógica (BRASIL, 2004).

88

Quanto às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da saúde, foram instituídas em 2001, relacionadas às mudanças do modelo de atenção à saúde. As instituições de ensino superior se mobilizaram, com vistas a transformar o ensino, orientando-se por competências, priorizando o uso de Metodologias Ativas de Aprendizagem (MAA) e garantindo a proximidade com os serviços públicos de saúde (BRASIL, 2001b).

Em 2002, foi lançado o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), elaborado pelo Ministério da Saúde, da Educação, OPAS, Rede Unida e a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), com o objetivo de propor ações para adequar a formação médica aos preceitos do SUS, provendo cooperação técnica às reformas curriculares e incentivando a oferta de estágios nos hospitais universitários e nos serviços de Atenção Básica (OLIVEIRA et al, 2008). Em 2014, novas DCN foram publicadas, enfatizando a AB como cenário de formação e futura esfera de trabalho, além de estimularem a formação interprofissional e o trabalho em equipe, focando o cuidado em saúde e desejando um perfil humanista, crítico e reflexivo (BRASIL, 2014).

Um dos marcos de destaque na política de educação dos profissionais da saúde foi a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no MS, em 2003

(BRASIL, 2011). A SGTES induziu as mudanças nas graduações, articuladas pelas universidades e os serviços reunidos na política nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Os principais eixos da política eram: integração ensino-serviço com ênfase na AB; a integralidade em saúde como eixo reorientador das práticas, e a reformulação do projeto político-pedagógico dos cursos de graduação baseada nas DCN (DIAS et. al, 2013). Nesse contexto, uma série de mudanças foram experimentadas e implementadas para os cursos de graduação e pelas estratégias indutoras, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde) (2005), através da parceria entre o MS, MEC, e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) em 2007 (BRASIL, 2005). O último procurou qualificar estudantes de graduação e pós-graduação na rede de serviços por meio de vivências, estágios, iniciação ao trabalho e programas de aperfeiçoamento e especialização (BRASIL, 2008).

Em 2004, foram criadas a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) como estratégia de formação e desenvolvimento de trabalhadores de Saúde (BRASIL, 2012), atualizada em 2007 com novas diretrizes; a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde, e a Comissão de Integração Ensino - Serviço (CIES). Essas Comissões são instâncias interinstitucionais e regionais para cogerir a política de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais, orientada pelos Planos Regionais da área da Educação na Saúde (PAREPS) em resposta às necessidades do serviço (DIAS et al; 2013).

A partir desse movimento, diversos projetos relacionados à inserção dos alunos nos serviços de saúde foram desenvolvidos, estreitando as relações e facilitando a integração entre docentes, acadêmicos, trabalhadores e gestores. O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), de 2011, e o Programa Mais Médicos (PMM), de 2013, foram criados para enfrentar o problema do déficit de médicos em determinadas regiões do país (DAL POZ, 2013). O PMM foi resultado de um acordo de cooperação entre a OPAS/OMS e o MS/CONASS/CONASEMS. O Programa foi estruturado com três eixos de atuação: I - investimento na infraestrutura das redes de atenção à saúde; II - ampliação da oferta de cursos e vagas em Medicina, incluindo reforma curricular na graduação e residência médica, e III - a implantação do PMM, caracterizado pelo provimento emergencial de médicos na APS, em áreas prioritárias para o SUS.

Ele foi executado com contratação de médicos cubanos e a atração de médicos estrangeiros, além de brasileiros, com mecanismos de remuneração gerenciados diretamente pelo governo federal, com suporte local dos governos municipais e incentivos para a formação

especializada em Medicina de Família e Comunidade (MFC) (ALMEIDA et al, 2019). O PMM deixou problemas pelo caminho, a começar pela sua focalização numa única categoria profissional, o conflito com as entidades profissionais, o desconhecimento da desarticulação dos diferentes níveis de assistência, e agravou a concentração da abertura de cursos nas regiões Sul e Sudeste (DAL POZ, 2013). A partir de 2016, o provimento do PMM deixou de avançar e enfrentou mudanças significativas, a partir do fim da participação dos médicos cubanos, no final de 2018, após a eleição do atual Presidente da República (PINTO et al, 2019).

Quanto aos cursos de **pós-graduação *latu sensu***, alguns já existiam muito antes da constituição do SUS, outros são mais recentes e vieram das demandas de formação. Em 1975, iniciou-se o Curso de Especialização em Saúde Pública, para formação de sanitaristas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, conveniado com a ENSP, e, em 1976, começava o Programa de Residência em Saúde Comunitária, provendo a formação multiprofissional em saúde por muitos anos, mas, em 1981, com a regulamentação nacional dos Programas de Residência Médica do Brasil, incorporou o nome de Medicina Geral e Comunitária (UFRS, 2021).

Com o aumento das equipes do PSF e a alta rotatividade dos profissionais, os Cursos Introdutórios já mencionados foram insuficientes para suprir a necessidade de capacitação, principalmente para profissionais de nível superior. Assim, o MS lança convocatória para implementar cursos de Especialização e Residência Multiprofissional em SF, ambos em 2002, concebidos para dar suporte teórico-prático tanto para os recém-egressos quanto aos profissionais das equipes existentes. Foi também no ano de 2002 que teve início a Residência em Medicina de Família e Comunidade, considerada pela Sociedade Brasileira da especialidade como a estratégia pedagógica ideal para formação do Especialista da Integralidade (CASTRO FILHO, 2007).

Para atender à necessidade de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do SUS por meio da modalidade de educação a distância, a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) foi estabelecida em 2010. Tem como objetivo oferecer aos profissionais do SUS as várias oportunidades de formação e educação permanente, na modalidade de educação a distância, através das redes sociais e do uso das tecnologias de informação e comunicação (TICs). A UNA-SUS é composta por trinta e cinco (35) instituições de ensino superior públicas do Brasil, com cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, habilitados para educação a distância (CAMPOS, 2017).

O Mestrado Profissional em Saúde da Família (Profsaúde), programa de pós-graduação *strictusensu* em Saúde da Família, foi aprovado em 2016. O curso foi apresentado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e instituições de ensino e pesquisa, com a finalidade de formar profissionais que atuam na AB e estimular a produção de conhecimentos e inovações, através das parcerias entre os gestores e academia. O programa conta com a retaguarda da UNA-SUS (Profsaúde, 2021).

Entre as inovações para a formação dos profissionais da saúde, temos as iniciativas como a que denominamos de “tele ensino”. A TV ABEn, é um veículo mediador de educação permanente dos profissionais da enfermagem, na qualificação permanente de professores (ABEn, 2012). Com a necessidade do distanciamento social, devida à pandemia de COVID-19, em 2020, são utilizadas para a realização de congressos e projetos de educação a distância plataformas virtuais como o Youtube. O SUS possui um canal de televisão, criado e gerenciado pela FIOCRUZ, nominado Canal Saúde. Este canal funciona desde 1994, atendendo aos anseios dos delegados e delegadas da 10ª Conferência Nacional de Saúde, que clamavam por uma comunicação potente que pudesse levar à população conhecimentos ampliados sobre saúde pública. (FIOCRUZ, 1994).

3. O Papel da Educação Permanente na Formação Profissional e Qualificação do Cuidado na Atenção Básica

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi instituída em 2004 e, após todos esses anos, vem necessitando de ajustes e adaptações que o tempo estabelece como prerrogativa, tendo em vista as mudanças e as transformações nas políticas de saúde, nas metodologias que conduzem a formação de profissionais de saúde e nos processos de gestão dos Municípios, dos Estados e da esfera federal.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) se apresenta como uma proposta de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano dos serviços e das organizações de gestão e de profissionais ligadas ao SUS. Tem como base metodológica a aprendizagem significativa e a possibilidade de transformação das práticas profissionais. Caracteriza-se, portanto, como uma estratégia educacional com potencialidades relacionadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir possibilidades e estratégias de

trabalho para o cotidiano, constituindo-se em objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (BRASIL, 2004).

A EPS é, sem dúvida, uma ferramenta de gestão do SUS voltada para a análise crítica do trabalho. Está relacionada ao cotidiano dos serviços, contemplando necessidades locais e possibilitando a melhoria dos processos e práticas, seja na gestão, na atenção ou na formação.

A vinculação da EPS à realidade das unidades de saúde e do território onde estes se encontram deve ser prerrogativa da gestão, bem como sua integração política com a formação de perfis profissionais e de serviços, lançando mão de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento e experimentação (CECCIM, 2005).

Ressalta-se o papel da EPS como uma ferramenta de gestão que deve ser desenvolvida para além de ações pontuais, contemplando necessidades locais. Para tanto, é importante que a gestão desenvolva um plano de educação permanente, construído com seus profissionais de saúde, direcionado para a realidade local. Esse plano deve ser aprovado pelo conselho de saúde e incluído no Plano de Saúde do Município ou Estado.

92

Para um plano de EP ser efetivo, é necessário observar os determinantes e condicionantes de saúde; necessidades de saúde dos usuários dos serviços, que derivam da localidade onde as pessoas habitam; perfil epidemiológico e demográfico, e as características dos profissionais daquela região. Essa contextualização possibilitará a construção de um plano que atenda às necessidades dos profissionais de saúde que atuam no território.

Um plano de EP estruturado deve ser um instrumento de gestão democrática, que seja o resultado de um processo de reflexão crítica, dialógica e democrática, além de ser estratégico, podendo ser revisitado a qualquer momento, atendendo às necessidades de saúde do território. Não é uma tarefa fácil, é um desafio para a gestão, mas terá um resultado satisfatório quando executado de acordo com o que foi planejado.

Executar processos educativos é, antes de mais nada, criar condições para permitir o diálogo democrático, trabalhar a escuta qualificada e possibilitar o crescimento político-pedagógico daqueles que participam dessa ação. Refletir sobre os problemas, suas causas e consequências e agir sobre essa reflexão possibilitarão a melhoria dos serviços de saúde e o acesso equânime dos usuários e usuárias do SUS.

4. Proposições de Estratégias, Iniciativas e Conteúdos para Qualificar os Processos de Formação dos Profissionais na Atenção Básica

Neste bloco, apresentam-se e discutem-se algumas estratégias, para que a gestão do sistema possa contribuir para a efetiva qualificação dos profissionais que atuam na AB, e também algumas observações e proposições de iniciativas, aspectos metodológicos e conteúdos considerados relevantes.

4.1 Estratégias da Gestão para uma Efetiva Qualificação dos Processos de Formação dos Profissionais de Saúde na Atenção Básica

Os gestores, em seu cotidiano, enfrentam diversos desafios em relação à formação qualificada de seus profissionais de saúde na Atenção Básica, mas estratégias podem ser utilizadas para melhorar os processos que envolvem a educação e subsidiar a gestão para que seus profissionais possam se qualificar de acordo com as necessidades do território e dos serviços de saúde.

Inicialmente apontam-se como suporte para os processos educativos as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), instâncias intersetoriais e interinstitucionais, que têm características regionais e contribuem com a formulação, condução e desenvolvimento da política de educação permanente, apoiando e cooperando com os gestores nas discussões relacionadas à EPS (BRASIL, 2007). Desse modo, estas contribuem com proposições que objetivam intervenções efetivas no campo da atuação profissional, de nível médio e superior, e a consequente melhoria dos serviços, além de se articularem com instituições de ensino que podem contribuir para ampliação da capacidade pedagógica em toda a região de saúde, potencializando o desenvolvimento da educação permanente.

Dentre as instituições de ensino que contribuem para a qualificação de profissionais de saúde, encontram-se as Escolas Técnicas do SUS, parceiras permanentes da área da saúde, presentes em todo o território brasileiro. Estas instituições de ensino atuam no segmento da educação profissional, e grande parte está ligada à estrutura das Secretarias Estaduais de Saúde. Estas escolas têm por objetivo formar profissionais que consigam refletir sobre as questões de saúde advindas do território, atuando com resolutividade nos serviços.

É importante considerar que a qualificação do profissional propiciará uma melhora significativa dos serviços de saúde, uma vez que estes atuam de maneira expressiva quando utilizam seu saber técnico-científico como norteador do processo de trabalho. Para garantir que essa qualificação seja efetivada, é fundamental a elaboração, aprovação e a implementação de um Plano de Educação Permanente que contemple as necessidades destes profissionais no território, considerando que este plano deve ser construído de forma ascendente, com a participação de profissionais dos serviços de saúde, representantes da gestão e usuários do sistema, devendo este plano ser incluído no Plano de Saúde do Município/Estado, como forma de garantir recursos e ações que viabilizarão esses processos educativos.

Atualmente, com o advento da pandemia COVID-19, realizar processos educativos presenciais pode ser um risco. Alternativas estão sendo utilizadas remotamente e contribuem para efetivas qualificações a distância de profissionais de saúde que atuam na AB O ensino a distância (EaD) é cada vez mais utilizado e as suas ofertas estão sendo ampliadas a todo momento. Parcerias podem ser feitas com instituições educacionais que viabilizarão as demandas da gestão e dos profissionais de saúde.

94

Considera-se que, para ações direcionadas à formação e qualificação da força de trabalho em saúde, é interessante, também, a realização de parceria interinstitucional com a área da educação, pois muitas vezes as ações conjuntas impulsionam e promovem processos educacionais que possibilitam intervenções de sucesso no território.

É importante compreender que, com as mudanças de perspectiva educativas, se faz necessário mudar também a forma de abordagem dos profissionais de saúde quanto ao acolhimento de usuários e usuárias nos serviços. Para tanto, existem políticas que são estratégicas para que essa ação seja efetiva. Dentre as políticas que podem ser utilizadas como base de processos educativos e como potencializadoras dos serviços da Atenção Básica em saúde, destacam-se:

- Política Nacional de Educação Popular em Saúde:

[...] reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a

ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS. (BRASIL, 2013).

- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS:

“[...]melhoria dos serviços, o aumento da resolutividade e o incremento de diferentes abordagens configuram, assim, prioridade do Ministério da Saúde, tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS[...]” (BRASIL, 2006).

- Políticas de Promoção da Equidade em Saúde:

Essas políticas têm por objetivo,

[...]diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão mais expostos, e que resultam de determinantes sociais da saúde como os níveis de escolaridade e de renda, as condições de habitação, acesso à água e saneamento, à segurança alimentar e nutricional, a participação da política local, os conflitos interculturais e preconceitos com o racismo, as homofobias e o machismo, entre outros (BRASIL, 2013).

São consideradas políticas de equidade em saúde: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, e Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

As estratégias acima citadas são condutoras de um processo qualificado de formação de profissionais de saúde que podem contribuir de maneira significativa para a sua atuação efetiva.

4.2 Iniciativas Voltadas à Qualificação dos Profissionais da Atenção Básica:

Os profissionais e gestores podem lançar mão de inúmeros recursos no sentido de alcançar sua melhor capacitação e serem agentes educadores nos serviços, com vistas a qualificar o trabalho ofertado na Atenção Básica. Neste item, iremos discorrer sobre algumas iniciativas que consideramos relevantes e que merecem destaque. Este artigo não pretende esgotar as possibilidades, pois são muitas as iniciativas e instituições que oferecem opções nessa direção.

Acreditamos que os gestores devem não somente permitir, mas principalmente incentivar os profissionais a realizarem cursos de especialização, de extensão, de atualização,

residência, ou mestrado profissional em saúde. Isso contribuirá não somente com sua própria qualificação, mas também permitirá que esses profissionais sejam agentes multiplicadores de conhecimento no âmbito das suas unidades. Para tanto, muitas vezes é fundamental que o gestor libere o profissional do trabalho por algumas horas semanais e garanta a provisão de transporte e alimentação no período do curso, no caso das iniciativas presenciais. Deve, igualmente, facilitar o acesso aos cursos semipresenciais ou totalmente a distância, através da oferta de tecnologias digitais. Seja qual for o modelo de capacitação, é importante que o acesso às TICs seja garantido pela gestão.

Os cursos devem ser formulados na lógica da máxima interação entre os participantes. Não se pode mais imaginar aulas expositivas e discursivas, mas, sim, uma troca de saberes e conhecimentos, onde alunos exerçam um papel ativo. Da mesma forma, os conteúdos devem levar em consideração a realidade socioepidemiológica as necessidades do trabalho dos alunos.

Ainda no caso dos cursos à distância, é importante que, para o sucesso dessas iniciativas, se tenha a organização de equipe técnica, própria ou terceirizada, capacitada para tal, e que contenha, pelo menos, docentes para produção de conteúdos; designers para produção de material gráfico; produtores de vídeos; designers instrucionais para organização dos conteúdos e atividades na plataforma de EaD, com o objetivo de alcançar, de forma efetiva, as finalidades das iniciativas; tutores e facilitadores capacitados; coordenação pedagógica de tutores e de alunos, entre outros.

Atualmente, as metodologias utilizadas na formação de profissionais da saúde têm se modificado constantemente. Nesse sentido, as metodologias ativas de aprendizagem se apresentam como opção para uma aprendizagem significativa, crítica e responsável, que considera o discente o núcleo do processo de ensino-aprendizagem, com autonomia, competências éticas, políticas e técnicas, dotado de conhecimentos que podem gerar intervenções em contextos complexos da realidade. O professor, nesse espaço educacional, torna-se um educador e mediador deste processo, que irá conduzir e estimular o estudante a percorrer caminhos de construção que irão gerar novos conhecimentos, potencializando ações que podem transformar a realidade.

Na literatura sobre ensino em saúde, encontram-se diferentes definições para os papéis de tutor e preceptor – os termos são muitas vezes utilizados com a mesma conotação. De fato, ambos têm praticamente as mesmas atribuições, ou seja, orientar, dar suporte, ensinar e compartilhar experiências que melhorem a competência clínica e ajudem o recém-graduado a

se adaptar ao trabalho. Tem-se observado que, nas unidades de saúde onde há a presença de estudantes, residentes ou profissionais em estágios supervisionados, existe um interesse de toda a equipe em participar das atividades de ensino e das discussões de casos e situações, e isso induz a um avanço na qualidade do cuidado ofertado.

Frequentemente, os profissionais da Atenção Básica iniciam seu trabalho nas unidades com conhecimentos e habilidades, porém com pouca ou nenhuma prática, e deles são exigidas algumas competências nem sempre adquiridas durante a formação. O preceptor/tutor tem, então, o papel de suporte, para ajudar esses profissionais a adquirir prática até que tenham maior confiança e segurança em suas atividades cotidianas. Normalmente são profissionais mais experientes que prestam esse tipo de atenção à saúde da população e são escolhidos para facilitar os processos de EP (BOTTI; REGO, 2008).

Entre as características desses facilitadores do processo de aprendizagem, devem estar o conhecimento e a habilidade em desempenhar procedimentos que favoreçam a aquisição de habilidades e competências em situações reais, no próprio ambiente de trabalho. É igualmente importante que se apropriem do território onde o profissional está inserido. Devem servir de modelo para o desenvolvimento e crescimento dos recém-graduados e, ainda, auxiliar na sua formação ética. Podem fazer parte da equipe ou serem selecionados em outros serviços ou instituições de ensino.

Posto isso, no que se refere à metodologia sugerida e ao nosso entendimento sobre o papel do docente ou agente facilitador na formação, iremos apontar um conjunto de iniciativas educacionais já existentes, devendo ser potencializadas para o processo de qualificação dos profissionais da Atenção Básica no País.

- Residência Médica e Multiprofissional

A residência é definida como modalidade de pós-graduação *Latu Sensu* de ensino-aprendizagem em serviço, sob supervisão direta. Podemos afirmar que a residência em Saúde da Família é uma das estratégias mais importantes de formação de recursos humanos para a Atenção Básica e para o SUS. Há alguns anos, prefeituras como as de Sobral-CE e Montes Claros-MG tomaram a iniciativa inovadora de organizar residências onde o médico, além de estudante, é também funcionário da prefeitura e presta assistência nas unidades da AB. Mais recentemente, este modelo tem sido reproduzido por muitas prefeituras no País.

Além da Residência em Medicina de Família e Comunidade, exclusiva para médicos, existe também a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, voltada à formação das

outras profissões de saúde. As Residências Multiprofissionais em Saúde abrangem as profissões da área da saúde, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (Resolução CNS nº 287/1998). O profissional é submetido a um processo seletivo e, se aprovado, deve cumprir um programa de dois anos, com carga horária em torno de 5.000 horas, recebendo a bolsa de residência e, no caso das parcerias com as SMS, uma complementação salarial por parte das prefeituras. Os tutores são selecionados entre profissionais do serviço e docentes de instituições formadoras. Esta é uma excelente maneira de se vivenciar o trabalho no SUS e, muitas vezes, de fixar o profissional no local onde fez sua residência.

- Cursos de Especialização Multiprofissional

Várias instituições de ensino oferecem cursos de especialização multiprofissional em Saúde da Família, a maioria deles na forma de EaD, ou semipresencial. Os cursos de especialização têm carga horária mínima de 360 horas, que geralmente é cumprida em um ano. Além do aprendizado teórico dos conteúdos, a troca de experiências entre os participantes, oriundos de diferentes regiões, é altamente enriquecedora.

- Curso Introdutório Agente Comunitário de Saúde (ACS)

De acordo com a Lei nº 11.350, que dispõe sobre as atribuições do Agente Comunitário de Saúde (ACS), é obrigatória a realização do curso introdutório, com carga mínima de 40h. Desde então, são várias as iniciativas ofertadas, seja na modalidade a distância ou semipresencial.

É de suma importância qualificar o Agente Comunitário de Saúde com conhecimentos para sua prática cotidiana com assuntos que contemplem e explorem a integração entre as equipes de saúde e a população adstrita à unidade de saúde, políticas públicas de saúde, controle social, bem como ações de promoção de saúde e prevenção de doenças

- Cursos de Extensão

Os cursos de extensão possuem uma carga horária menor e abordam temáticas mais específicas e focais.

Dentre as várias instituições existentes no País, a UNA-SUS destaca-se oferecendo cursos gratuitos a distância, que possuem enfoque prático, com base nas rotinas e necessidades dos profissionais de saúde, que contemplam as diversas áreas da AB. A variedade de ofertas

inclui cursos online de especialização, extensão, aperfeiçoamento e mestrado profissional, que abordam os mais diversos temas na área da saúde, tanto relacionados à atenção quanto à gestão. Os cursos podem ser desenvolvidos tanto pelas Instituições de Ensino Superior que compõem a Rede UNA-SUS quanto pela Secretaria Executiva. Todos os profissionais de saúde podem se inscrever e serem certificados nos cursos oferecidos pela UNA-SUS, desde que atendam aos pré-requisitos definidos em cada oferta. Para a obtenção do certificado, o aluno deverá fazer um trabalho de conclusão de curso, sob a orientação de seu tutor, de natureza individual e de temática condizente com a prática cotidiana em AB, a ser apresentado ao final do período. (UNA-SUS, 2010)

- Estágios em serviços especializados

Os profissionais de saúde das equipes podem também receber treinamentos práticos em serviços especializados como: hospitais, ambulatórios regionais e centros especializados. Procedimentos como cirurgias de pequeno porte, tratamento de feridas, inserção de dispositivo intrauterino, imobilização de acidentados e fraturas, suturas, atendimentos básicos de saúde mental etc. são, muitas vezes, requeridos na Unidade de Saúde e nem sempre a equipe tem condições ou habilidades para realizá-los.

Além dessas iniciativas mais tradicionais, hoje podemos observar um conjunto de programas que oferecem conteúdos e ferramentas aos profissionais da Atenção Básica apoiando e qualificando sua atuação diretamente na oferta do cuidado integrado.

- Telessaúde

O Programa Telessaúde Brasil Redes é uma iniciativa em âmbito nacional que busca melhorar a qualidade do atendimento no SUS, integrando ensino e serviço por meio de ferramentas de tecnologias da informação, que oferecem condições para promover a Teleassistência e a Teleducação (MS,2019).

Além da melhoria da qualidade do atendimento, com resultados positivos na resolubilidade do nível primário de atenção, o Telessaúde propicia também a redução de custos e do tempo de deslocamento, a fixação dos profissionais nos locais de difícil acesso, a maior agilidade no atendimento e a otimização dos recursos do sistema.

O Telessaúde Brasil Redes disponibiliza aos profissionais das Redes de Atenção à Saúde no SUS os serviços de: **Teleconsultoria** – consulta realizada por trabalhadores e gestores, através de instrumentos de telecomunicação, com o objetivo de esclarecer dúvidas sobre temas clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, podendo ser realizada em

tempo real, por chat, web ou videoconferência) ou por meio de mensagens off-line; **Telediagnóstico** – serviço que utiliza as tecnologias de informação e comunicação para realizar apoio ao diagnóstico ; **Tele-educação** – conferências, aulas e cursos, ministrados por meio das tecnologias de informação e comunicação; **Segunda Opinião Formativa** – é uma resposta construída com base em revisão bibliográfica, evidências científicas e clínicas e no papel ordenador da Atenção Básica à Saúde, a perguntas originadas das teleconsultorias, e selecionadas a partir de critérios de relevância e pertinência em relação às diretrizes do SUS.

A Teleconsultoria, o Telediagnóstico, as Segundas Opiniões Formativas e as ações de Tele-educação demandadas pelos profissionais do SUS serão respondidos por Teleconsultores a partir de qualquer Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico ou Ponto de Telessaúde (<https://saudedigital.saude.gov.br/Telessaúde>).

- Apoio matricial e NASF

Campos formulou, em (1999), uma nova proposta de prática complementar aos mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação em saúde, à qual chamou de Apoio Matricial. Conhecido também por matriciamento, tem por objetivo assegurar retaguarda especializada e suporte técnico-pedagógico aos profissionais da AB, de maneira personalizada e interativa. Os apoiadores matriciais são especialistas que têm um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais das equipes, que agregam saberes e contribuem com intervenções que aumentam a capacidade resolutiva (CAMPOS; DOMITTI, 2008).

O apoio matricial acontece a partir da construção conjunta de diretrizes e critérios, que servirão para acionar a retaguarda e definir os limites de responsabilidade da equipe e dos apoiadores. O contato entre equipe e apoiadores se dá por meio do agendamento de encontros periódicos, onde se objetiva discutir problemas de saúde selecionados pela equipe, elaborar diagnósticos e formular projetos terapêuticos. Além desses encontros, em casos imprevistos e urgentes, o profissional poderá acionar o apoio matricial, solicitando orientação, observando que o cuidado deve permanecer, primordialmente, sob a responsabilidade da equipe da AB (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Um avanço em relação à idéia do apoio matricial foi a criação em 2008, pelo Ministério da Saúde, do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolubilidade e a abrangência das ações. Os núcleos

configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de SF e as equipes de AB para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais).

O atendimento compartilhado entre profissionais se dá tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares e atividades em grupo, e possibilita a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma a ampliar e qualificar as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde. Porém, em 2020, o MS publicou uma nota técnica (Nº3/SAPS) que acaba com a obrigatoriedade de as equipes multidisciplinares estarem vinculadas ao modelo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), ficando a cargo dos gestores municipais a decisão de compor as equipes não necessariamente segundo os parâmetros do MS. O texto diz ainda que, a partir de 2020, o MS não realizará mais o credenciamento de NASF-AB.

4.3 Conteúdos Relevantes para Formação de Profissionais de Saúde na Atenção Básica

Alguns conteúdos são fundamentais para a reflexão sobre a importância do papel destes na atuação dos profissionais de saúde em seus processos de trabalho e de formação profissional.

O profissional deve ser um sujeito ativo, não alienado. Deve ser protagonista para reinventar novas maneiras e formas de executar o seu trabalho ou mesmo propor mudanças à equipe, desde que pactuadas previamente e respeitados os preceitos do trabalho multiprofissional. Segundo Peduzzi (2006), o trabalho multiprofissional se refere à composição de diferentes processos de trabalho que flexibiliza a divisão dele, preservando as diferenças entre os trabalhadores.

Na SF, o trabalho em equipe requer a compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade da Atenção Básica, que toma a saúde no seu contexto pessoal, familiar e social, assim como a promoção da saúde, prevenção e reabilitação. Deve-se ir, além do trabalho técnico hierarquizado, para uma prática de interação social entre os trabalhadores, com horizontalidade e flexibilidade entre diferentes poderes para promover maior autonomia, criatividade e maior integração da equipe. Além do seu protagonismo nos processos de trabalho, o profissional deve também ocupar um lugar ativo nos processos de Educação Permanente.

É imprescindível participar do levantamento e reconhecimento das reais necessidades de formação das diferentes categorias profissionais; do nível superior e médio, contemplando o

núcleo (conjunto de saberes e responsabilidades específicos a cada profissão ou especialidade, conhecimentos e ações de competência de cada profissional) e o campo (entende-se por saberes, competências e responsabilidades confluentes as várias profissões ou especialidades). Assim, através do trabalho em equipe, o “campo de competências” tende a se alargar através da troca de saberes (CAMPOS, 1977).

Como premissa da lógica da SF, deve-se garantir o acesso e acolhimento qualificado aos usuários, responsabilização, vínculo, equidade, integralidade na assistência; democratização (participação de trabalhadores e usuários na gestão); atenção a grupos populacionais específicos (crianças, gestantes, idosos, adolescentes e outros); atenção a doenças crônicas; apoio ao autocuidado; metodologias e tecnologias de educação, e promoção de hábitos e comportamentos saudáveis, entre outros.

A formação dos profissionais não acontece só no interior das salas de aula, portanto, é muito importante reconhecer o processo de trabalho como produtor do conhecimento, principalmente nas atividades que envolvem vários atores onde se trabalha com olhares da integralidade/interdisciplinaridade, essa última entendida como a integração de várias disciplinas e áreas de conhecimento (PEDUZZI, 1998). Destacamos as atividades de visitas domiciliares, trabalho com grupos de usuários, atividades de vigilância em saúde, discussão de caso com a equipe interna/externa, elaboração de projetos terapêuticos, discussão clínica multiprofissional, reuniões com a equipe de trabalho (técnicas ou administrativas), matriciamentos e outros momentos de encontros.

É importante refletir sobre a prática profissional nos espaços de trabalho e nos aparelhos formadores, observando a adequação dos cursos ofertados, se existe a aproximação da realidade vivida e as necessidades sentidas pelos profissionais para o desempenho de suas funções, além de participar das avaliações dos cursos ofertados, sejam eles de capacitação ou educação permanente, considerando a mudança nos processos de trabalho que impactam na resolutividade e integralidade dos serviços.

É importante trabalhar na lógica de um cuidado centrado no usuário, tendo em vista o trabalho multiprofissional articulado por questões que dizem respeito ao relacionamento entre profissional de saúde e usuários, bem como as decorrentes de saberes organizados, como a clínica combinada à produção de cuidados, articuladas as relacionadas ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais, ampliando as ações de acolhimento, vínculo, autonomização e resolução (MERHY, 1997).

Para além das clínicas, é necessário ter preocupação com a ética, qualidade e a integralidade da atenção aos usuários do serviço e às comunidades e buscar sempre a abordagem ampliada e singular de cada caso, observando a visão mais abrangente do processo saúde-doença, com base em seus determinantes biológicos, físicos, psicológicos, socioeconômicos, ambientais, culturais e políticos, tendo em vista a integralidade do cuidado. É fundamental conhecer profundamente o território, atuar nele e na unidade de saúde realizando ações, no âmbito individual e coletivo, de promoção e proteção em saúde, prevenção de agravos, assistência, recuperação e reabilitação da saúde, e reconhecer a intersetorialidade como elemento essencial para resolução dos problemas de saúde, por meio de diferentes equipamentos sociais existentes no território, na região e/ou no município.

O planejamento das capacitações deve ser definido no âmbito da governança das Redes de Atenção em Saúde que, segundo o MS (2010), é uma estratégia de reestruturação ao modelo fragmentado de operar a assistência e gestão, com o propósito de assegurar aos usuários o conjunto de ações e serviços que necessitam, com efetividade e eficiência. As RAS devem ser coordenadas pela atenção primária à saúde, oferecer atenção integral e contínua, prestação de serviços de saúde num determinado tempo, lugar e custo, com qualidade e humanizada a uma população definida (MENDES, 2010). Assim, a formação de profissionais de saúde para estruturar e operacionalizar esses sistemas integrados deve contemplar os aspectos acima colocados e ainda prepará-los para o planejamento e a organização das Regiões de Saúde (RS), respeitando a realidade regional e os fluxos da população dos municípios.

O processo de gestão da AB é um grande desafio que leva gestores a enfrentar vários obstáculos cotidianos: capacidade gerencial do sistema e serviços de saúde (planejamento, o monitoramento e avaliação de ações e serviços de saúde); a mediação de conflitos e resolução de problemas das equipes; a efetiva participação do controle social; a reversão do modelo de atenção; o financiamento; a capacidade dos serviços, contratualização própria, entre outros. Portanto, esses conteúdos devem ser abordados nos processos de capacitação dos gestores e profissionais de saúde da AB, tendo em vista serem essas necessidades percebidas para a ampliação das possibilidades de fortalecimento e construção do SUS mediante seus princípios e diretrizes que o conduzem.

Finalmente merece destaque o cenário atual com o advento da pandemia de COVID-19 a partir de 2020, que leva também à necessidade de repensar a atuação dos profissionais de saúde, especialmente na AB. O impacto sobre a saúde da população, seja ele decorrente da

própria patologia ou mesmo das suas nefastas consequências na saúde em problemas sociais e econômicos, afeta diretamente o trabalho.

MENDES (2020) comenta sobre a terceira onda ou o “paciente invisível” que, segundo o autor, é uma consequência da diminuição ou eliminação do cuidado a outras condições de saúde, em função da sobrecarga que a pandemia de COVID-19 causa no sistema de atenção à saúde. Essa protelação de serviços necessários pode levar a atendimentos posteriores com risco de mortes evitáveis, impacto na mortalidade/morbididade; agravamento das morbidades e incremento da mortalidade. Essas pessoas são, em geral, aquelas portadoras de condições crônicas agudizadas e não agudizadas e condições agudas não COVID-19. Os profissionais também terão que estar aptos a lidar com a Síndrome pós-COVID-19, que são sinais e sintomas desenvolvidos durante e após a infecção e implicam o manejo interdisciplinar no seu cuidado.

A reabertura da AB para esses pacientes invisíveis e a reorganização dos atendimentos necessitarão de novos arranjos no planejamento e na gestão dos serviços para permitir balancear a oferta e demanda. Entendemos que será necessário minimamente um plano de acolhimento desses casos, reagendamento desses pacientes, desenvolvimento de monitoramento dos hipertensos, diabéticos, idosos frágeis, buscando a estabilização, além de outras ações necessárias. Questões que abrangem a saúde mental (depressão, transtornos de ansiedade, dependência química) e a reabilitação física, entre outras, também terão que ser abordadas para qualificar a atenção, devendo, portanto, serem previstas em processos de capacitação e na formação dos profissionais. É sempre importante lembrar e considerar que essa doença não será solucionada apenas por modelos de intervenção no campo biomédico.

5. Considerações Finais

O processo de implementação de diversas políticas e ações no âmbito do SUS, principalmente, no nível da AB, a exemplo da ampliação do número de equipes da ESF e do seu papel como protagonista no âmbito das Redes de Atenção à Saúde, exige formação de uma força de trabalho em saúde qualificada.

Desta forma, pretendeu-se, neste texto, contribuir para que gestores do sistema, membros das equipes gestoras ou profissionais envolvidos com processos de capacitação (apoiadores, membro das CIES, gerentes de unidades etc.) possam realizar o diagnóstico qualificado das necessidades de formação, utilizando alternativas metodológicas inovadoras, contemplando novos conteúdos, estabelecendo parcerias, utilizando recursos já existentes, entre outras.

Tivemos oportunidade de compreender, no âmbito deste texto, a existência de um conjunto de fortalezas e fragilidades no que se refere à formação de profissionais para a AB no País.

Vamos destacar algumas que consideramos relevantes.

Entre as **fortalezas**:

- Previsão constitucional de que o SUS deve ordenar a formação de recursos humanos.
- Grande conjunto de experiências exitosas já desenvolvidas no nosso país para formação de profissionais de nível médio e superior (graduação e pós-graduação).
- Políticas estratégicas robustas voltadas à formação de profissionais da AB (Política Nacional de Educação Permanente, Política Nacional de Educação Popular em Saúde, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, Programa Mais Médicos etc.).
- Inúmeras instituições de ensino especializadas na formação e na qualificação de profissionais de Saúde na AB (universidades, escolas técnicas, centro formadores, entre outras).
- Ferramentas voltadas ao Ensino a Distância e suporte para atuação dos profissionais de saúde nos serviços (UNASUS, Telessaúde).

Por outro lado, há ainda um conjunto desafiador de **fragilidades** relacionadas aos processos de formação e qualificação dos profissionais na AB. Entre as principais podemos apontar:

- Diversidades regionais que dificultam a elaboração e implantação de diretrizes únicas.
- Predominância nos processos de formação de profissionais para AB ainda centrada no modelo curativista, individualista e médico centrado, fortemente orientado pela doença e pelas intervenções de especialidades médicas.
- As iniciativas não atendem às necessidades de saúde da população, caracterizada pela tripla carga de doenças, mas particularmente às questões relacionadas às condições crônicas.
- Metodologias e conteúdos inadequados nas iniciativas propostas.
- Falta de compreensão das equipes gestoras da relevância dos processos de educação para os profissionais da AB.
- Indicação pela gestão de estudantes sem perfil para a formação ofertada.
- Falta de condições tecnológicas para desenvolvimento de iniciativas semipresenciais e/ou a distância.

Pensando nesse contexto e diante de todo o exposto, recomendamos ações que acreditamos serem necessárias para contribuir com a elaboração de planos de trabalho

municipais ou loco regionais, voltados a qualificar os processos de formação de profissionais para atuar na AB. Esses planos devem contemplar aspectos abaixo citados e podem ser implementados de acordo com a viabilidade técnica, política, operacional e financeira dos municípios e/ou das Regiões de Saúde.

Para a gestão:

- Ampliar o envolvimento e o compromisso dos gestores do SUS e dos setores educacionais na formação para a Atenção Básica.
- Buscar a articulação entre organizações acadêmicas, de gestão e prestação de serviços, participando efetivamente das CIES.
- Executar parcerias voltadas à qualificação dos trabalhadores da AB com instituições de ensino e demais organizações de interesse na região.
- Acompanhar os projetos existentes no Ministério da Saúde e disponibilizar informações para utilização de vagas nas iniciativas consideradas relevantes.
- Identificar permanentemente fontes de financiamento para iniciativas educacionais voltadas ao desenvolvimento dos profissionais.
- Planejar, de forma integrada no município ou em âmbito regional, as necessidades de capacitação de RH na perspectiva de Redes de Atenção à Saúde.
- Fomentar a utilização dos recursos e plataformas de TIC e EaD envolvidos nessas iniciativas.
- Adequar suporte técnico para EAD, tanto em termos tecnológicos quanto de RH, para oferta de produtos mais adequados, interativos e que despertem o interesse dos profissionais, por meio de um desenho instrucional muito bem planejado para alcançar o objetivo de provocar alterações significativas nos processos de trabalho.
- Oferecer cursos para os profissionais da AB próprios ou do MS (extensão, especialização, residências médicas e multiprofissionais).

Sugere-se ainda organizar e implantar novos grupos técnicos no âmbito da Comissão Intergestores Regional (CIR) para:

- Apoiar o processo de planejamento, visando priorizar a execução de parcerias voltadas ao desenvolvimento profissional, com instituições de ensino e demais organizações de interesse;
- Apoiar pedagogicamente as iniciativas educacionais definidas e a serem executadas com a avaliação de resultados.

Para equipes/profissionais envolvidos ou responsáveis pela formação de profissionais nas secretarias de saúde ou instâncias regionais:

- Difundir iniciativas de sucesso em educação voltadas à AB.
- Utilizar nos processos de formação e de Educação Permanente o conceito da “aprendizagem significativa”, que considera o trabalho como princípio educativo e possibilita uma reflexão sobre a prática, e, como método, a metodologia ativa de aprendizagem.
- Solicitar que, nos processos seletivos para tutores, estes compreendam não somente o método e a dinâmica pedagógica a serem utilizados, mas também possuam conhecimentos técnicos sobre os temas a serem abordados com os alunos.
- Utilizar o conceito da integralidade em saúde como eixo reorientador das práticas nos processos de formação.
- Propiciar espaços no âmbito das agendas dos serviços para a discussão de casos pela equipe e possibilitar a interdisciplinariedade.
- Incentivar os profissionais da AB a buscarem cursos gratuitos no UNASUS.
- Buscar as instituições de ensino nos municípios ou respectivas regiões de saúde, considerando a reformulação dos projeto político-pedagógico dos cursos de graduação baseada nas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Quanto aos conteúdos a serem abordados nos processos de formação e capacitação de profissionais que atuam na AB, é muito importante que aspectos relacionados ao trabalho interdisciplinar, à atenção às condições crônicas, a tecnologias de gestão do cuidado, à gerência de serviços e de gestão da AB sejam contemplados. Particularmente, no que se refere à atenção às condições crônicas, deve-se ter atenção aos sobreviventes da COVID 19(Síndrome Pós-COVID), pois o número de sequelas físicas e emocionais que vem se observando nesses pacientes é imenso, exigindo dos profissionais da AB capacitação para atendê-los.

Diante do exposto, é imprescindível que os profissionais da Atenção Básica sejam qualificados para que a oferta do cuidado seja equânime e integral, fazendo com que o SUS responda, de forma resolutiva e universal, a demandas das cidadãs e cidadãos brasileiros.

Referências

ALMEIDA, Erika Rodrigues de; MACEDO, Harineide Madeira; SILVA, José Carlos da. Gestão Federal do Programa Mais Médicos: O papel do Ministério da Educação. **Interface – Comunic. Saúde, Educ. Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, v.23, s.supl 1, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180011>. Acesso em: 15 jun. 2021

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Documento oficial. 13º. Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem – 13º. SENADEM. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v.65, n. 4, p.696-8,jul-ago, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/wt6nn9rxrjmCgvWWvwMcNKm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 set. 2021.

BASSINELLO, Greicelene Aparecida Hespagnol; BAGNATO, Maria Helena Salgado. Os primórdios do Projeto Larga Escala: tempo de rememorar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n.4, p. 620-26, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000400022>. Acesso em: 07 ago.2021.

BATISTA, Karina Barros Calife; GONÇALVES, Otília Simões Janeiro. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, v.20, n.4, p.884-899, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400007>. Acesso em: 28 ago. 2021.

BORGES, Tiago Silva; ALENCAR, Gidéia. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante de ensino superior. **Cairu em Revista**. n. 04, p. 119-143, 2014.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n.3, p. 363-373, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300011>. Acesso em: 14 jul. 2021.

BRASIL. Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção, 1, Brasília, 11 jul. 2002. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/552383/publicacao/15716430>. Acesso em: 05maio2021.

BRASIL, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara Educação Superior. Parecer nº 3, de 7 de novembro de 2001, institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília (DF). **Diário Oficial da União**, Brasília,DF, 9 nov. 2001. 2001b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 15 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3/2014, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina dá outras providências. **Diário Oficial União**, Seção 1, Brasília, DF, p. 8-11. 23 jun. 2014. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 15 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Residência médica**. Disponível em:<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude>. Acesso em: 28 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Residência Multiprofissional**. Disponível em:<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional>. Acesso em: 28/04/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Os polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família. **Informe da Atenção Básica**, Brasília, DF, no. 10, ano 2, jun. 2001a. (Polo de Capacitação). Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/Informe10.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em Saúde**: polos de educação permanente em saúde. Brasília, DF:

Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf. Acesso em: 08 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria nº. 2.118, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) para os novos cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. **Diário Oficial da União**, Seção 2, Brasília, DF, Ano XLVI, n. 212, 4 nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 ago. 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html. Acesso em: 28 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: SGETS**: políticas e ações. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 32p. il. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/SGETS_politicas_acoes.pdf. Acesso em: 2 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, DF, p.20-5,4 maio 2006. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?id=319&siteAcao=Legislacao>. Acesso em: 05 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 414p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf. Acesso em: 17 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em 27 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, DF, p. 89, 31 dez. 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 21 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.761**, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 27 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Políticas de Promoção da Equidade em Saúde**. 1.reimpr. Brasília, DF, 2013. 14p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_prococao_equidade_saude.pdf. Acesso em 20 abr. 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 1999, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>. Acesso em: 15 jul. 2021.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.2, p.399-407, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>. Acesso em: 15 jul. 2021.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar a trabalho em equipes de Saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CAMPOS, Francisco Eduardo de et al. (org.). **Experiências exitosas da Rede UNA-SUS**: trajetórias de fortalecimento e consolidação da educação permanente em saúde no Brasil. São Luís: EDUFMA, 2017.

CASTRO FILHO, Eno Dias de et al. A especialização em MFC e o desafio da qualificação médica para a Estratégia Saúde da Família: proposta de especialização, em larga escala, via educação à distância. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 9, p. 199–209, 2007. DOI: 10.5712/rbmfc3(9)338. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/338>. Acesso em: 5 out. 2021.

CECCIM, Ricardo Burg. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. **Boletim da Saúde, Rio Grande do Sul**, v. 16, n. 1, p. 9-36, 2002. Disponível em: <http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/1171/inovacao-na-preparacao-de-profissionais-de-saude-e-a-novidade-da-graduacao-em-saude-coletiva>. Acesso em: 01 out. 2021.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. (Botucatu),v.09, n 16s,set. 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013. Acesso em: 04/04/2021.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.20, n.4, p.961-970. 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>. Acesso em: 19 set. 2021.

DAL POZ, Mario Roberto. A crise da força de trabalho em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.10, p.1924-1926.2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPE011013>. Acesso em 5 maio 2021.

DIAS, Henrique Santana; LIMA, Luciana Dias de; TEIXEIRA, Márcia. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1613-1624. 2013. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-trajetoria-da-politica-nacional-de-reorientacao-da-formacao-profissional-em-saude-no-sus/11893>. Acesso em: 05 ago.2021.

GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato. **Profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem**: desafios e avanços vivenciados pelas escolas de formação profissional de nível técnico em enfermagem no Brasil. 2003. 151f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

FIOCRUZ. **canalSAUDE**. 1994. É um canal de televisão do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/canal/sobre>. Acesso em: 10 fev. 2021.

LAVRAS, Carmen (coord.). **Marco de Referência da Educação Permanente em Saúde**. Campinas, SP; UNICAMP/NEPP/FUNCAMP/SES-SP., 2017. (Projeto: "Desenvolvimento do Plano Diretor de Educação Permanente em Saúde do Estado de São Paulo).

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2297-2305, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acesso em: 04 abr. 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O lado oculto de uma pandemia**: a terceira onda da COVID-19 ou o paciente invisível. Brasília, DF: CONASS2020

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Digital. Brasília, DF; MS, [201-?]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-digital>. Acesso em: 16 out. 2021.

MITRE, Sandra Minardi et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, supl.2, p.2133-2144. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900018>. Acesso em: 15 out. 2021.,

PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. 254f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/310392>. Acesso em: 24 jul. 2021.

UNA-SUS. **Sistema Universidade Aberta do SUS**, 2010. Criado em 2010 para atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/institucional/unasus>. Acesso em 15 fev. 2021.

Tecnologia de Equipamentos em Saúde na Atenção Básica

Technology of Health Equipment in Primary Care

Marilda Solon Teixeira Bottesi*
Suely Esteves**
Tisuko Sinto Rinaldi***

Resumo

O avanço científico e tecnológico alterou definitivamente o cuidado em saúde. A rápida incorporação de equipamentos para diagnósticos e terapias causou impacto tanto no prognóstico quanto na qualidade de vida dos pacientes. Como consequência, dirigentes de instituições de saúde de diferentes níveis de complexidade enfrentam desafios para a gestão de novas tecnologias. Este capítulo trata da importância da gestão dos processos de aquisição, manutenção e descarte de equipamentos de apoio à saúde (EAS), da necessidade de capacitação permanente de trabalhadores para o uso adequado desses equipamentos e da importância das tecnologias de informação (TIC) na Atenção Básica.

Palavras chave: Atenção básica, Gestão, Tecnologia, Equipamentos médicos, Segurança, SUS.

112

Abstract

Scientific and technological advances have definitely changed patient care. The rapid incorporation of medical equipment has had a major impact on patients' prognosis as well as their quality of life. However, leaders of health institutions at different levels of complexity, are facing great challenges for the management of such new technologies. This chapter deals with the importance of managing the processes for the acquisition, maintenance and disposal of medical equipment, the need for permanent training of workers for the proper use of these equipment and the importance of information and communication technology (ICT) in Primary Care.

Keywords: Primary care, Management, Technology, Medical equipment, Security, SUS.

* Mestre em Eletrônica, Especialista em Engenharia Clínica, Engenheira, docente aposentada do CTC/UNICAMP, membro do Conselho Executivo do Bavaria University Center for Latin America – BAYLAT.

** Mestre em Gerenciamento de Sistemas de Informação, Pesquisadora no Núcleo de Estudos em Políticas Públicas – NEP/UNICAMP.

*** Mestranda em Saúde Coletiva, Médica Sanitarista e Pediatra, Pesquisadora Colaboradora no Núcleo de Estudos em Políticas Públicas – NEPP/UNICAMP, sócia fundadora do Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social –IPADS.

Introdução

Assistimos desde meados do século XX, um grande avanço científico e tecnológico em todo o mundo, com fortes repercussões no setor saúde através do aperfeiçoamento dos processos diagnósticos e terapêuticos o que proporcionou maior eficiência e eficácia das intervenções clínicas e cirúrgicas, levando a melhoria nos prognósticos e na qualidade de vida dos pacientes.

Por outro lado, podemos afirmar que a incorporação desses conhecimentos e, em particular dessas tecnologias, impactou, também, na organização dos sistemas e dos serviços de saúde. Os sistemas foram se tornando cada vez mais complexos, com unidades de atenção e de apoio diagnóstico terapêutico, bastante especializadas, acompanhando a tendência de especialização do mundo contemporâneo e nesse caso, imprimindo o desafio referente a sua integração.

Quando se observa em particular, a forma como se deu a incorporação de dessas tecnologias nos serviços de saúde, com certeza, podemos afirmar que ela se deu, preponderantemente, em serviços especializados sejam eles ambulatoriais ou hospitalares, bem como nas unidades de apoio diagnóstico de patologia e análise clínica, imagem ou métodos gráficos.

Mas, mesmo assim, hoje se observam grandes mudanças no processo de incorporação tecnológica na Atenção Básica, propiciada pelo próprio aperfeiçoamento e maior disponibilização de equipamentos cuja utilização se mostra adequada a esse nível de atenção. Assim é que, além dos já existentes esfigmomanômetros; estetoscópios; otoscópios; autoclaves; geladeiras com controle de temperatura adequado para vacinas; todos tradicionalmente presentes nas UBS há muito tempo, mais recentemente foram incorporados equipamentos diagnósticos distintos, além de um outro conjunto de equipamentos, classificado como tecnologia da informação e comunicação (TIC).

É sobre os processos de aquisição, manutenção, descarte e capacitação permanente de trabalhadores para o uso adequado desses equipamentos na AB e, conseqüentemente, sobre o custo da gestão dessa tecnologia que nos propusemos a discutir nesse texto, visando contribuir com o fortalecimento da gestão do SUS e da AB, em particular.

Preocupado com a gestão da tecnologia em saúde o Ministério da Saúde criou em 1990, o Programa de Equipamentos Odonto-Médico-Hospitalares (PROEQUIPO),

visando à implantação de políticas para garantir que o sistema de saúde pudesse dispor, em todos os níveis, de equipamentos em condições adequadas para apoiar as ações e serviços de saúde. No esteio do PROEQUIPO foram criadas **centrais de gerenciamento de equipamentos**, responsáveis pela gestão da aquisição, instalação, capacitação para o uso, manutenção e eventualmente a descontinuidade/descarte dos equipamentos das unidades de saúde do município ou da região. Essas unidades deveriam estar devidamente equipadas e com profissionais treinados para exercerem as atividades. No Estado de São Paulo, por exemplo, essas estruturas foram implantadas em Jaú, Campinas, Sorocaba e Barretos.

No processo de consolidação do SUS, vem se buscando a organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) que integrem as unidades existentes em uma região e possibilitem a oferta do cuidado de forma integral, permanente e com equidade, tendo como porta de entrada preferencial as unidades de Atenção Básica.

A estratégia **Saúde da Família** foi definida como prioritária embora outras modalidades de Atenção Básica sejam reconhecidas como transitórias, respeitando as singularidades loco-regionais e a existência de populações específicas. Todas as unidades da AB devem desenvolver ações e serviços essenciais, e ampliadas se houver demandas e necessidades para garantir acesso e resolutividade. Os serviços de padrões essenciais, bem como os equipamentos e materiais necessários devem ser garantidos com qualidade em todo território nacional.

Conforme a PNAB 2017, os tipos de unidades da AB estão assim definidos:

- Unidade Básica de Saúde
- Unidade Básica de Saúde Fluvial
- Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)
- Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF)
- Equipe de Consultório na Rua (eCR)

1. Caracterização do parque tecnológico do SUS e das UBS

O SUS tem sua arquitetura estrutural desenhada e definida pelas especificidades geográficas, socioeconômicas e epidemiológicas das 438 Regiões de Saúde que abrangem 5.568 municípios de 26 estados e 1 distrito federal.

A diversidade das realidades loco-regionais exige que unidades de saúde com programas e projetos sejam também diferenciados.

Assim, as Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família na região Amazônica contam com embarcações que comportam equipamentos e materiais para intervenções médicas, odontológicas, de suporte de vida e transporte para serviços mais complexos. Frente à escassez e impossibilidade de vias de acesso, equipes necessitam de helicópteros e aviões para encaminhamento de pacientes nas regiões de florestas.

Por outro lado, grandes distâncias entre municípios dificultam atendimento de maior complexidade e, não raro, as UBS se tornam os únicos recursos de saúde existentes e são transformadas em unidades de emergência/urgência e de observação.

Os Consultórios de Rua desenvolvem ações em parceria com as demais equipes de Atenção Básica, dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência/Emergência, da Assistência Social e da sociedade civil.

De forma progressiva, os municípios têm assumido ações e serviços mais complexos na atenção à saúde de sua população como fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, ações de promoção da saúde como Academia de Saúde e orientação nutricional, exigindo recursos físicos e humanos especializados.

2.1 Equipamentos de Apoio à Saúde (EAS)

Na página https://www.who.int/health-topics/medical-devices#tab=tab_1 - “WHO medical devices webpage” [2021?], encontramos a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) para essa tecnologia, agrupada como “Medical Devices”, que chamamos neste caderno de **Equipamentos de Apoio à Saúde (EAS)**. Ali assim estão definidos:

“A medical device can be any instrument, apparatus, implement, machine, appliance, implant, reagent for in vitro use, software, material or other similar or related article, intended by the manufacturer to be used, alone or in combination for a medical purpose”.

Ou seja, é amplo o espectro de equipamentos que podem ser classificados como EAS.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) contam hoje com diversos desses equipamentos, também conhecido na literatura nacional como equipamentos odonto-médico-hospitalares (EMH), que auxiliam nos diagnósticos, alguns equipamentos para análises clínicas imediatas e, eventualmente, alguns equipamentos de terapias como por exemplo os de suporte a fisioterapias que são executadas na própria UBS. Contam também com equipamentos de informática que auxiliam na administração da UBS e ainda no controle de dados epidemiológico e de pacientes, com equipamentos audiovisuais, equipamentos de infraestrutura e equipamentos chamados de “cadeia de frios” para estoque de medicamentos e vacinas.

Apesar de serem equipamentos simples, com o avanço da tecnologia aplicada à saúde, a diversidade e a complexidade desses equipamentos aumentaram nos últimos anos e, conseqüentemente, passaram a demandar maior atenção dos gestores responsáveis pelas UBS.

A variedade de equipamentos se deve às diferentes tipologias das Unidades Básicas nos municípios, que podem também ser unidades mistas de atendimento de urgência e ambulatorial.

Dados extraídos do Cadastro Nacional de Saúde (CNES) mostram que, em janeiro de 2021, o parque de equipamentos de apoio à saúde nos municípios estava classificado como:

1. Equipamentos para Manutenção da Vida

(Monitor, respirador, ventilador respirador, bomba infusão, incubadora, desfibrilador, marca passo temporário, monitor ECG)

2. Equipos odontológicos

3. Equipamentos Métodos gráficos

(ECG, EEG)

4. Equipamentos de infraestrutura

(Usina O₂, gerador de energia, central de ar-condicionado)

5. Equipamentos de audiologia

6. Equipamentos de imagem

a. Ultrassom

b. Raio X (odontológicos e geral)

Embora esse grupo de equipamentos seja de baixa ou média complexidade tecnológica e de fácil uso pela equipe de médicos e enfermeiros, necessita de constante

atenção e controle de modo a garantir eficiência e eficácia de funcionamento. Isso significa que necessitam de constante manutenção preventiva, aferição e calibração.

2.2 Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC)

É crescente hoje o movimento de implementação da tecnologia de informação e comunicação (TIC) em todos os setores da sociedade. Para área de saúde pública a adoção da TIC é fundamental tanto no que se refere à qualidade do atendimento à população quanto na gestão dos serviços de saúde.

Além dos equipamentos de apoio à saúde, as UBS precisam ter equipamentos de informática e de comunicação. Itens como roteadores, computadores e impressoras conectados em rede com a finalidade de informatização dos consultórios e registro dos atendimentos; e também câmeras, leitores biométricos, televisores e vídeos para salas de espera. Pode-se utilizar também de dispositivos *mobiles* como tablets e smartphones por meio de aplicativos próprios e aplicativos multiplataformas de mensagens para comunicação com os pacientes como, por exemplo, confirmação de consulta pelo WhatsApp.

A informatização da atenção à saúde tem sido um grande desafio desde a criação do Sistema Único de Saúde que se inicia na necessidade de redes elétricas e da expansão do acesso à internet interligando os computadores nos lugares mais remotos do país até a exigência de software que contemple a diversidade de atendimento e a magnitude de informações que possibilitem a integralidade do cuidado e a gestão dos serviços de saúde.

Adotar estas soluções traz o grande benefício da padronização de dados, o que permite aperfeiçoar o fluxo de pacientes dentro da unidade. Outro benefício é acompanhar o perfil da população adscrita no território da UBS facilitando a identificação das suas necessidades e referenciando o seu cuidado.

Um dos requisitos básicos para realizar a escolha do produto a ser implantado é identificar a capacidade de interoperabilidade do sistema para que possa se comunicar com os sistemas de informação em saúde sob a responsabilidade do Estado e do Ministério da Saúde.

Recentemente, o Ministério da Saúde, através do DATASUS, desenvolveu o aplicativo **ConecteSUS** com objetivo de reunir as informações de saúde do cidadão, acompanhando sua trajetória no SUS. Essa ferramenta é integrada à Rede Nacional de

Dados em Saúde (RNDS) que interliga os sistemas de prontuário eletrônico, possibilitando dessa forma o cruzamento de informações digitais, e assegurando a continuidade do cuidado do paciente.

O Conecte SUS viabiliza o acesso ao cartão SUS, à caderneta de vacinação, consultas realizadas, exames, internações e medicamentos prescritos. Essas informações são alimentadas nas UBS e disponibilizadas com agilidade e segurança. O aplicativo pode ser baixado nos smartphones ou acessado na página da Web do Conecte SUS.

Outro avanço tecnológico cuja aplicação vem crescendo é a **telemedicina**, com plataforma para teleconsultas médicas, de enfermagem e multiprofissionais, a partir de recursos de informática e de telecomunicações. A teleconsulta pode ocorrer por telefone ou por ferramenta de videoconferência e utilizada principalmente para pacientes crônicos evitando sua locomoção até o local de atendimento.

As TIC podem ser uma grande aliada no processo de educação permanente dos profissionais de saúde da Atenção Primária. Embora ocorram as rodas de conversa e oficinas, entre outros eventos presenciais, a internet proporciona a divulgação e participação em cursos, treinamentos, palestras para profissionais que estão distantes dos grandes centros. Além disso, a realização de videoconferências promove a reunião remota de inúmeros profissionais de saúde para troca de experiências visando a aprendizagem em temas relacionados ao atendimento ao usuário.

Aspectos fundamentais que complementam toda essa abordagem se relacionam com a necessidade de treinamento dos profissionais para utilizarem a tecnologia, a existência de infraestrutura para manutenção de equipamentos e o suporte técnico.

2. Política Nacional de Tecnologia em Saúde

A Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (**PNCTIS**) é parte integrante da Política Nacional de Saúde formulada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e pauta-se pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

A PNCTIS tem como objetivo desenvolver e otimizar os processos de produção e absorção de conhecimento científico e tecnológico pelos sistemas, serviços e instituições de saúde, centros de formação de recursos humanos, empresas do setor produtivo e demais segmentos da sociedade. Desta forma, deve ser vista também como componente

das políticas industrial, de educação e demais políticas sociais (12.^a Conferência Nacional de Saúde, 2003).

São consideradas **tecnologias em saúde**: medicamentos, materiais, equipamentos e procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informações e de suporte, e programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população, Portaria n° 2.510/GM de 19/12/2005 (BRASIL, 2005)

É consenso que há necessidade de maior protagonismo do Ministério da Saúde na estruturação do fomento à pesquisa em saúde possibilitando o aumento da capacidade indutora aproximando-a das necessidades da política de saúde. A falta de articulação entre MCT e MS, além de outros órgãos de fomento resultam na baixa capacidade de transferência de conhecimento novo para as indústrias, sistemas e serviços de saúde, e para a sociedade em geral.

O crescimento contínuo dos gastos em saúde, a produção cada vez maior de novas tecnologias e as mudanças no perfil epidemiológico das populações levam à necessidade de diversificação dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos e há forte pressão pela incorporação de novas tecnologias.

Observa-se que os recursos existentes nem sempre são utilizados da forma mais efetiva e equitativa para que o objetivo seja atingido, exigindo ação específica de gestão de tecnologias em saúde.

Define-se gestão de tecnologias em saúde como o conjunto de atividades relacionado com os processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias do sistema de saúde.

Este processo deve ter como referenciais as necessidades de saúde, o orçamento público, as responsabilidades dos três níveis de governo e do controle social. Implica em uma reflexão sobre o princípio da equidade, visto que o SUS é um sistema hierarquizado, no qual a tomada de decisão para incorporação tecnológica envolve 27 unidades federativas e cerca de 5.600 municípios, com necessidades específicas e diferentes tetos financeiros.

A Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde tem o propósito de garantir que tecnologias seguras e eficazes sejam usadas apropriadamente. Ou seja, não é suficiente saber que o uso de uma tecnologia traz benefício, é necessário também planejar

e assegurar que os recursos financeiros destinados à saúde pública sejam utilizados sem prejuízo da equidade e dos princípios de universalidade e integralidade do SUS.

Atualmente, os seguintes setores estão envolvidos no processo de gestão e que compõem o CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia em Saúde no Sistema Único de Saúde:

- Ministério da Saúde nas áreas de Ciência, Tecnologia e Inovação - Insumos Estratégicos - 07 membros
- ANVISA - Agências de Vigilância Sanitária - 1 membro
- ANS – Agência de Saúde Suplementar - 1 membro
- CONASS – Secretarias Estaduais de Saúde - 1 membro
- CONASEMS - Secretarias Municipais de Saúde - 1 membro
- CFM – Conselho Federal de Medicina - 1 membro

a. Normas e Regulamentos da ANVISA/MS

Os órgãos da administração direta (federal, estadual e municipal) possuem papel estratégico na incorporação de tecnologias relacionadas às políticas de prevenção, controle e vigilância em saúde, atenção primária, secundária e terciária, de assistência farmacêutica, de atenção a grupos populacionais específicos e vulneráveis.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), autarquia criada pela lei nº 9.782, de 26 de Janeiro de 1999, tem como missão: "Promover e proteger a saúde da população e intervir nos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária, em ação coordenada com os estados, os municípios e o Distrito Federal, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde".

A agência exerce o controle sanitário de produtos e serviços (nacionais ou importados) submetidos à vigilância sanitária, tais como medicamentos, alimentos, cosméticos, saneantes, derivados do tabaco, equipamentos médicos, órteses e próteses, sangue, hemoderivados e serviços de saúde públicos e privados.

Também é responsável pela aprovação dos produtos e serviços para comercialização, implementação e produção no país assim como na elaboração de regulamentos técnicos com características de identidade e qualidade de produtos. Em

conjunto com o Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços controla os portos, aeroportos e fronteiras nos assuntos relacionados à vigilância sanitária.

Todas as análises e recomendações técnicas são baseadas em evidências científicas, levando em consideração aspectos como eficácia, acurácia, efetividade e a segurança da tecnologia, além da avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já existentes.

Como exemplo, são as Recomendações sobre Segurança e Equipamentos Médico-Hospitalares” (BIT-4-2004) e “Boas Práticas de Aquisição em Equipamentos Médico-Hospitalares” (BIT-1-2004).

Em resumo, a ANVISA trabalha com medidas voltada para a elaboração, aplicação, controle e fiscalização de normas e padrões de interesse da saúde individual e coletiva, relacionadas com o ambiente, produtos, serviços e trabalho.

3. Gestão de Tecnologia em Saúde no âmbito dos Municípios

Considerando a quantidade e diversidade dos equipamentos utilizados nas UBS, torna-se imprescindível uma boa gestão de todo o parque instalado. Nesse contexto, é importante enfatizar que as Secretarias de Saúde, sejam elas municipais ou estaduais, a depender do tamanho e da capacidade do município ou da Unidade da Federação, necessitam de **equipes técnicas capazes de gerenciar** tudo o que se refere aos diversos Equipamentos de Apoio à Saúde, incluindo aqueles relacionados a TIC (veja o item 2.2 deste capítulo), hoje amplamente usados nas Unidades Básicas de Saúde.

O planejamento adequado da aquisição de equipamentos e sua compatibilidade tecnológica com os já existentes, a instalação adequada, a garantia de treinamento frequente dos profissionais que operam os equipamentos, o cuidado com o uso e com o controle de falhas, um programa factível e adequado da manutenção, seja ela preditiva, preventiva ou corretiva, inclusive com aferição e calibração, o descarte correto do equipamento em desuso, entre outros, fazem parte das atividades dessas equipes.

Equipamentos descalibrados ou utilizados de modo indevido podem levar a erro de diagnóstico e de terapia que, em alguns casos, podem colocar em risco a vida do

paciente. Quando instalados fora de normas, podem provocar danos aos usuários, sejam eles pacientes ou profissionais operadores do equipamento.

Não é raro que acidentes ou erros de operação como os citados levem à indesejável judicialização trazendo transtornos para os gestores em todos os níveis da estrutura municipal de saúde.

Outro ponto importante a ser destacado é que a boa gestão dos equipamentos, incluindo todos os relacionados a TIC, podem levar à redução do desperdício de recursos com aquisições inadequadas, com equipamentos parados por quebra ou falta de calibração/aferição, com contratos robustos de manutenção eventualmente desnecessários e, conseqüentemente, a redução do custo total de funcionamento das UBS.

a. Proposta de implantação de estruturas locais ou regionais para gerenciamento de tecnologia nos municípios

Visando contribuir com o fortalecimento da gestão do SUS e, em particular, da Atenção Básica, nossa proposta é a implantação de Centros de Gerenciamento de Equipamentos de Apoio à Saúde (CGEAS), que se responsabilizem por tudo o que se refere aos equipamentos das diversas UBS.

Os CGEAS - que poderão ser municipais, regionais e até estaduais, dependendo da característica e da realidade de cada Unidade da Federação - deverão dar suporte aos processos de aquisição, instalação, manutenção, descontinuidade/descarte dos EAS e ainda se responsabilizarem pela capacitação permanente de trabalhadores para o uso adequado desses equipamentos.

O processo de implantação do centro deverá ser gerenciado por um profissional que, além de capacidade liderança, deve ter conhecimentos técnicos relacionados aos EAS para assim conseguir planejar e dimensionar a estrutura de cada centro segundo a realidade local/regional. Por exemplo, centros que atendam às UBS da Amazônia – em geral são UBS móveis - ou àquelas de regiões de fronteira, terão características relativamente diferentes das dos demais centros.

a. Inventário

O primeiro passo para o dimensionamento do CGEAS deve ser a realização do **Inventário** do parque de equipamentos existentes nas UBS que serão atendidas pelo centro. Esse inventário nada mais é do que um levantamento sobre a quantidade de equipamentos existentes de cada tipo e função e da qualidade de cada um desses equipamentos.

Uma maneira simples de realizar o inventário é preparar um questionário que pode ser preenchido com ajuda dos profissionais de cada UBS. O questionário deverá detalhar cada equipamento quanto à sua idade, fabricante, modelo, função, valor atualizado de aquisição, condição e frequência de uso, quantidade de reparos a que foi submetido nos últimos meses etc., de modo a se obter uma “fotografia” do parque de equipamentos que estará sob cuidados do CGEAS.

Há na literatura especializada metodologias para a elaboração de questionários para tal fim.

Uma sugestão importante é que, a partir do inventário, seja criado um código específico para **cadastro** de todos os equipamentos, imprescindível para a necessária identificação dos equipamentos.

O inventário completo e bem elaborado servirá para classificação dos equipamentos por grupos de compatibilidade, definição do local de realização da manutenção, definição do tipo de contrato de manutenção a ser adotado.

Será útil também para especificação do perfil e cálculo da quantidade de pessoas para trabalharem no centro, especificação da infraestrutura física e material necessária e ainda para cálculo dos custos de implantação e manutenção do centro.

b. Equipe

Pronto o inventário, o segundo passo para implantação do centro deve ser a contratação de equipe de técnicos em quantidade devidamente dimensionada com base nos dados obtidos a partir do inventário. Preferencialmente esses profissionais técnicos deverão ter formação em cursos específicos.

Para dimensionamento da equipe, assim como para realização do inventário, há metodologias que auxiliam o gestor.

Um dos principais fatores que deve ser levado em conta no momento de dimensionar a equipe é a definição sobre o **local da manutenção**, se externa ou interna, isto é, se será terceirizada total ou parcialmente.

Em caso de opção por manutenção externa parcial, é preciso definir que **tipo de manutenção**, se preventiva ou corretiva, ficará sob responsabilidade dos técnicos do CGEAS. Os técnicos poderão ser responsáveis, por exemplo, apenas pela manutenção preventiva de equipamentos de baixa complexidade tecnológica ou então por todo o serviço de manutenção.

Somente a partir dessa decisão é que o gestor terá condições de contratar os profissionais. É claro que, com o tempo e ganho de experiência da equipe, alterações de local e tipo de manutenção poderão ser feitas e, desse modo, o perfil dos profissionais que compõem a equipe pode ser alterado.

É importante frisar que há também metodologias que ajudam na tomada de decisão sobre **local e tipo de manutenção** a ser executada pelo centro. Porém, se fossemos tratar desse tópico, seria necessário escrever um novo capítulo apenas para discussão sobre manutenção, o que não é o propósito deste Caderno.

124

O Brasil oferece hoje cursos nos níveis superior e técnico para formação de profissionais desde o Engenheiro Clínico, em cursos de pós-graduação, até o tecnólogo, o técnico e o artífice. Algumas instituições que oferecem esses cursos podem ser encontradas em <http://cnct.mec.gov.br/cursos/curso?id=7> e em <http://www.sbeb.org.br/site/graduacao/> ressaltando que, no caso de cursos de graduação em Engenharia Biomédica, a formação em Engenharia Clínica, necessária para qualificação do gestor, é parcial e oferecida em uma das disciplinas do curso. Há cursos em quase todas as Unidades da Federação, oferecidos por universidades públicas e particulares, escolas técnicas federais e estaduais e um em nível de pós-graduação oferecido pelo Hospital Albert Einstein em São Paulo. Desse modo, não parece ser muito difícil encontrar profissionais capacitados para comporem as equipes dos CGEAS.

c. Implantação

Definido local de funcionamento e a jurisdição do centro, conhecendo o parque de equipamentos de todas as UBS a serem atendidas pelo centro e contratada a equipe, o centro pode iniciar o funcionamento.

Como já abordado neste capítulo, os centros poderão ser municipais, regionais ou estaduais, dependendo das características dos municípios e das Unidades da Federação. Em experiências bem-sucedidas, por exemplo, no interior do Estado de São Paulo, alguns municípios se organizaram na forma de consórcios municipais, cuja gestão é compartilhada e, com esse modelo, implantaram centros regionais para gestão dos equipamentos.

Por outro lado, Unidades da Federação geograficamente pequenas, com relativa facilidade de locomoção, podem optar por centros estaduais enquanto cidades muito grandes e populosas devem optar por centros municipais.

Para auxiliar o processo de implantação já há disponível bibliografia em acesso aberto publicações com orientações técnicas para implantação de CGEAS. Citamos em particular algumas utilizadas nos cursos de formação de profissionais: (CALIL; TEIXEIRA, 1998, v.11; BRASIL; MS, 2002) Tais publicações podem ser úteis tanto para a etapa de implantação do centro quanto durante seu funcionamento.

4. Considerações finais

a. Elaboração de Plano Municipal/Regional de Gestão de Tecnologia em Saúde

Segundo a OMS, estima-se que existem hoje no mercado mundial 2 milhões de diferentes tipos de EAS categorizados em mais de 7000 grupos.

Entre 145 países analisados, apenas 34% têm o trato com a tecnologia em saúde incluído na política nacional de saúde. Como consequência de ações iniciadas pelo PROEQUIPO, o Brasil felizmente faz parte desse grupo, como mostra a página (http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/health_technologies/policy/atlas.htm l).

Contar com a Política de Tecnologia em Saúde incorporada à Política Nacional de Saúde atende à lei 8.080/1990 que define como atribuição da direção nacional de saúde e

suplementarmente do nível estadual: formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais.

Enquanto cabe à direção municipal de saúde conforme disposto no Art. 18, inciso V, da mesma lei: **dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde.**

A Atenção Básica tem sido o recurso de saúde mais procurado pelos brasileiros e progressivamente responsável por ações e serviços de saúde de maior complexidade no seu território como vimos no enfrentamento da epidemia da dengue e agora na pandemia do Covid-19. Tem exigido das equipes municipais informações técnico-científicas para gestão das tecnologias, desde o processo de planejamento e aquisição, de planos de manutenção e de descarte dos variados equipamentos cada vez mais sofisticados.

Contar com estrutura e plano específico para gestão municipal/regional de tecnologia em saúde, além de melhorar a qualidade do atendimento à população, poderá ter significativa redução dos custos dispendidos com tais equipamentos.

126

Mostramos no item 4 deste capítulo que, se houver vontade política e empenho dos gestores municipais, não será difícil implantar os CGEAS. Para a tomada de decisão sobre a característica, o tamanho e a natureza do CGEAS, basta seguir os passos descritos no item 4 deste capítulo, resumidos abaixo:

- a. Fazer o **Inventário** do parque de equipamentos das UBS do município
- b. Com base nos dados obtidos com o inventário, decidir sobre a **jurisdição** do centro, se Municipal ou Regional, lembrando que sendo regional, pode-se optar pelo formato de Consórcio
- c. Decidir sobre tamanho e perfil da **Equipe** e assim optar pelo **local e tipo de Manutenção**
- d. Decidir sobre a **infraestrutura** (o local de funcionamento, mobiliário e equipamentos de apoio) para efetivar a **implantação do CGEAS**, levando em conta os dados e decisões descritas nos itens A, B e C acima.

Seguindo os passos descritos nos itens A a D acima descritos, o CGEAS pode iniciar o funcionamento.

b. Inovação de Tecnologias e Procedimentos em Saúde

Nas últimas quatro décadas o avanço tecnológico tem sido uma constante em todas as áreas. A internet provocou uma mudança planetária de paradigma, uma nova maneira de viver e um novo comportamento social, graças ao acesso fácil e universal à informação. Essa mudança de paradigma trouxe como consequência a busca incessante por novas tecnologias e pelo aperfeiçoamento de toda a tecnologia já existente.

Na área da saúde isso não é diferente. Aliás, é nessa área que aconteceram e vem acontecendo as maiores mudanças. Temos visto o avanço tecnológico muito claramente nesses tempos de pandemia de COVID 19. Por exemplo, são notáveis a velocidade como a ciência respondeu à necessidade de vacinas e a adoção rápida da telemedicina que se fez absolutamente necessária para respeitar o isolamento social sem perder a atenção aos pacientes.

Sendo assim, é importante ressaltar que não bastará aos gestores de Unidades de Saúde em todos os níveis e, particularmente, dos gestores dos CGEAS, cuidarem apenas dos equipamentos existentes. É imprescindível que o gestor esteja sempre atento às **inovações** tanto no que se refere a novos equipamentos quanto a novos procedimentos, visando a incorporação adequada das novas tecnologias, especialmente todas as que surgiram durante a pandemia de COVID 19 e as que estão por vir.

Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações**, 5. ed. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em; https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rede_frio4ed.pdf. Acesso em: 8 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, seção 1. Brasília, DF: ed. 183, p. 68 em 22 set. 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031. Acesso em: 20 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279 de 30/12/2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 20 nov. 2021.

CALIL, Saide J.; TEIXEIRA, Marilda S. **Gerenciamento da Manutenção de Equipamentos Hospitalares**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania, vol. 11). Disponível em: http://saude.riopreto.sp.gov.br/wiki/images/5/5c/Saude_cidadania_vol11.pdf. Acesso em: 6 maio 2021.

CETIC. Panorama setorial da Internet. TIC no setor de Saúde: disponibilidade e uso das tecnologias de informação e comunicação em estabelecimentos de saúde brasileiros. **Tecnologia e Saúde**, Ano 6, n. 1, jan. 2014. Disponível em: https://cetic.br/media/docs/publicacoes/6/Panorama_Setorial6.pdf. Acesso em: 23 mar. 2021.

DATASUS. Conecte SUS impulsiona a informatização do Sistema de Saúde. **Notícias Datasus**, 02, jun. 2020. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/conecte-sus-impulsiona-a-informatizacao-do-sistema-de-saude-no-brasil/>. Acesso em: 23 mar.21.

LAVRAS, Carmen C.C. et al. **Plano Diretor de Unidade Básica de Saúde: Manual de apoio para uso de facilitadores**. Campinas, SP: UNICAMP/NEPP. 2018. Disponível em: <https://www.nepp.unicamp.br/upload/documents/publicacoes/87d5248f505c3b4c9e8d403051419974.pdf>. Acesso em: 10 out. 2021

NÚCLEO DE INFORMAÇÃO E COORDENAÇÃO DO PONTO BR. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros**, 2017. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2018. Disponível em: <https://cetic.br/pt/publicacao/pesquisa-sobre-o-uso-das-tecnologias-de-informacao-e-comunicacao-nos-estabelecimentos-de-saude-brasileiros-tic-saude-2017/>. Acesso em: 31 mar. 2021

PEREIRA, Pedro. Entenda o Programa (PIUBS) que vai informatizar 100% da saúde básica, mais de R\$ 3,4 bilhões por ano. **Blog EPHEALTH**, Florianópolis, 10 mar. 2018. Disponível em: <https://www.ephealth.com.br/post/2018/03/10/entenda-o-piubs-3-bilhoes>. Acesso em: 29 mar. 21.

OMS. **Baseline country survey on medical devices**, 2014 update: Health technology policy. Disponível em: http://gamapserv.who.int/gho/interactive_charts/health_technologies/policy/atlas.html. Acesso em 26 mar, 21.

Promoção da Saúde e Atenção Básica

Health Promotion and Primary Care

Camila Benvenuto*

Karine Magnani**

Maria José Comparini Nogueira de Sá***

Resumo

Práticas de Promoção da Saúde são previstas no âmbito do SUS, e devem ser desenvolvidas especialmente pela rede de Unidades de Atenção Básica, responsável pela oferta de saúde à população de um dado território, seja adscrita ou mesmo aquela não cadastrada, visando promover a melhor qualidade de vida, atuando intersectorialmente sobre os determinantes em saúde e sobre hábitos e comportamentos individuais que produzam saúde, em parceria com os usuários.

Palavras-chave: Promoção da saúde, Atenção básica, Participação social; Saúde pública.

Abstract

Health Promotion Practices are provided for within the scope of the SUS and should be developed especially by the network Primary Care Units, responsible for providing health care to the population of a given territory, whether registered or even unregistered, in order to promote a better quality of life, acting intersectorally on health determinants and on individual habits and behaviors that produce health, in partnership with users.

Keywords: Health promotion, Primary care, Social participation.

* Psicóloga, especialista em Gestão de Ambientes Inclusivos e em Saúde Pública, atuando no trabalho com pessoas com deficiência, na gestão de Projetos de Inclusão na Prefeitura de São Paulo e como supervisora na APAE de São Paulo.

** Assistente Social, atuando com profissional na área nas Prefeituras Municipais de Franca e Brodowski. Atualmente compõe a equipe gestora de saúde em Ilha Solteira, SP, na gestão da atenção básica do SUS.

*** Psicóloga, Especialista em Planejamento e Gerenciamento em Saúde, atuando na docência e gestão de organizações voltadas à saúde mental e saúde pública.

Introdução

Práticas sociais relacionadas a promoção de melhores condições para a saúde das pessoas através de ensinamentos voltados ao desenvolvimento de hábitos individuais e a produção de ambientes saudáveis nas comunidades, se observadas historicamente, certamente serão encontradas nas diversas culturas humanas, em evolução, e, baseadas nas crenças, na observação e nos resultados empíricos. Escolhas e proposições de hábitos alimentares, de higiene, arranjos habitacionais, ritos coletivos festivos, esportivos e artísticos são encontrados nas expressões das diversas civilizações e culturas humanas, ressaltados por vezes como “saudáveis”.

Entretanto, o estabelecimento de relações causais entre saúde e qualidade de vida e a proposição de práticas organizadas ao favorecimento da saúde de pessoas e populações, podem ser observados a partir do século XVIII e se concretizam a partir dos conhecimentos científicos produzidos nos séculos XIX e XX (BUSS, 2000) e (RESTREPO, 2001) desenvolvidos a partir do estabelecimento de relações sistematizadas encontradas entre saúde e condições de vida e da crítica ao modelo biomédico que considera apenas a história natural das doenças e o acesso à assistência como meio de melhorar a saúde humana.

No Brasil, muitos estudos relacionando condições de vida e saúde vêm se apresentando no campo da medicina social, epidemiologia e ciências sociais, a partir do século XX, nos quais se destacam que a baixa renda, menor escolaridade, condições ruins de habitação e ambientes hostis, entre outros, exercem determinação na condição de saúde das pessoas, bem como estilos de vida, hábitos e comportamentos.

Como resposta integradora ao enfrentamento de condições adversas à saúde de indivíduos e de coletivos e, acompanhando a evolução da conceituação mundial, a promoção da saúde se apresenta como busca das melhores condições e modos de vida das pessoas e populações. Faz parte da atenção à saúde a ser ofertada pelos sistemas de saúde, mas estende sua dimensão setorial aos indivíduos e às sociedades e seus setores organizados como responsabilidade social imposta ao desenvolvimento humano.

1. Marcos da Promoção da Saúde

Relatórios, cartas e conferências globais, internacionais e nacionais vêm apresentando o desenvolvimento dos conceitos que embasam as políticas e estratégias de promoção da saúde nos diversos continentes.

Foi a partir do Relatório Lalonde de 1974, Canadá, e das missões da Organização Mundial de Saúde realizadas na China também em 1974, que se iniciam os movimentos com novas bases e fundamentos para a compreensão ampliada de saúde e de promoção da saúde como qualidade de vida, sustentando as conferências mundiais de promoção realizadas até o momento e influenciando na Conferência de Alma-Ata de 1978, que estabelece a atenção primária como estratégia central para a saúde das populações.

Os princípios norteadores da promoção da saúde, constituídos na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (OTTAWA, 1986), perpassam as nove Conferências Internacionais realizadas, cada qual apresentando contribuições e aperfeiçoamentos nas estratégias para a produção de saúde. São eles:

- desenvolvimento de políticas públicas saudáveis
- criação de ambientes favoráveis à saúde
- a ação e participação comunitária
- desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde
- a reorientação dos serviços de saúde.

Esses princípios decorrem do conceito integral de saúde entendida como resultante de sistemas individuais próprios e sociais, regidos por condições econômicas, ambientais e culturais, que podem se modificar favoravelmente para a produção social de saúde, sendo os sistemas de saúde um dos agentes desse processo.

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), inspirada nesses princípios e no bojo da construção do Sistema Único de Saúde, foi institucionalizada em 2006 (BRASIL, 2006) com responsabilidades definidas conforme o pacto federativo entre União, Estados e Municípios, destacando a responsabilidade intersetorial no desenvolvimento das ações, o compromisso com a equidade, as formulações que considerem as diferentes necessidades, diferentes modos de viver, territórios e culturas, e, que contem com a participação das pessoas e comunidades na gestão das políticas públicas.

Quanto ao financiamento da PNPS, é remetido especialmente ao financiamento da atenção básica onde as ações estão contempladas, às outras políticas setoriais articuladas e às parcerias estabelecidas entre entes estatais e sociedade.

A condução dessa política solicita inovações gestoras, uma forma de gestão para além das funções de planejamento, formulação, execução e avaliação de cada setor, mas impele à articulação de potências territoriais, diversos setores estatais e da sociedade civil, atores, recursos e envolve uma forte comunicação social (DOWBOR, 2016).

É proposta como “política transversal, integrada e intersetorial”, buscando construir “redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde”. (BRASIL, 2006).

2. Fundamentos para ações de promoção da saúde

A partir das formulações expressas na PNPS, cabe visitar brevemente alguns conceitos que perpassam as ações de promoção da saúde e orientam suas dimensões para o acompanhamento e avaliação, considerando aspectos individuais e coletivos como promotores do processo saúde/doença.

Há que se considerar que as coletividades se apresentam com situações de saúde diversas, iniquidades no acesso a bens e serviços, hábitos e comportamentos culturais próprios.

Para definir as necessidades da população alvo em relação aos seus determinantes em saúde deve-se identificar os fatores sanitários, sociais, ambientais, econômicos, culturais, e comportamentais presentes que representam fatores de risco à saúde. Para os indivíduos caracterizar hábitos, comportamentos e a própria constituição biológica estrutural e funcional que a ciência e tecnologia permitem sempre considerando a interação homem-meio auxilia na identificação de fatores de risco e ainda os auxiliares na produção de saúde.

O conhecimento profundo e consideração dos elementos determinantes presentes nos territórios onde as pessoas habitam e trabalham, espaços constitutivos das relações sociais, de poder e da vida, quer sejam da produção de doença, mas especialmente da produção de saúde, constitui-se em ferramenta fundamental para uma possível gama de construções de ações promotoras de saúde, que podem orientar tanto no campo da atenção- cuidado, quanto na gestão de políticas para promoção da saúde. Assim, deve-se identificar os determinantes desfavoráveis à saúde e os potenciais produtores de saúde naquele território e naquele sujeito-pessoa.

As ações que atuam sobre os determinantes sociais envolvem a integração e cooperação sinérgica entre os diversos setores, entre Estado e Organizações da Sociedade e a participação ativa das comunidades sendo sempre de natureza intersetorial para mudança nos determinantes, o que revela uma atuação do setor saúde condicionada a articulação e integração com outros setores.

No tocante às ações relacionadas a mudança de hábitos e comportamentos, nos quais aspectos individuais são contabilizados, considera-se o conjunto de práticas de educação em saúde com participação ativa, autonomia e ampliação do autoconhecimento dos sujeitos para o seu autocuidado. Nesse caso, os sistemas de saúde devem responder às necessidades em saúde

daquela pessoa para sua melhor qualidade de vida. A evolução científica e tecnológica vem permitindo prever alguns riscos, o que amplia a possibilidade de conjuntamente estabelecer-se ações promotoras de saúde mais singulares.

Para êxito nas ações de promoção da saúde de pessoas e populações, tanto nas próprias do setor saúde quanto naquelas intersetoriais, um elemento essencial e imprescindível a estar presente é a participação das pessoas e comunidades, sua capacitação para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde próprias, seu empoderamento tomada de decisões e no desenho das ações promotoras de saúde, exercendo direitos, ampliando escolhas, assumindo responsabilidades.

Tanto nas ações promotoras de saúde voltadas a mudanças ou aprendizagens de hábitos e comportamentos, quanto nas que se voltam aos determinantes sociais, a informação, processos educativos e comunicacionais são meios estratégicos para ampliar a participação necessária.

3. A Atenção Básica e Promoção da Saúde

É consenso que a atenção primária à saúde deve constituir-se na base dos sistemas universais de saúde para o melhor cumprimento de sua finalidade que é a de dar respostas às necessidades de saúde daquela sociedade.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde, constituiu-se ressaltando a Atenção Básica como base norteadora do próprio sistema e que ao longo de sua construção vem evidenciando mudanças positivas na saúde da população, constatadas historicamente e presentes nas avaliações e indicadores gerais de saúde. Previu desde sua constituição, regido pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade, a oferta de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e, mais recentemente de palição.

A Atenção Básica no SUS, institucionalizada como política, ressalta em 2006, 2011 e 2017 que as ações de promoção à saúde são parte integrante desse nível de atenção. A Política Nacional da Atenção Básica de 2017 apresenta a atuação no território com ações de promoção por parte das equipes e serviços de atenção básica, sendo parte intrínseca de sua oferta.

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Já a Política Nacional de Promoção da Saúde aponta a atenção básica como o lugar privilegiado ao desenvolvimento das ações de promoção e propõe como eixos temáticos prioritários de atuação os seguintes:

- Formação e educação permanente de gestores, trabalhadores de saúde e de outros setores, e, lideranças sociais para a promoção da saúde;
- Promoção de alimentação adequada e saudável com segurança;
- Orientação de práticas corporais e atividades físicas considerando a cultura local;
- Enfrentamento ao uso do tabaco e de seus derivados;
- Enfrentamento do uso abusivo de álcool e de outras;
- Promoção de mobilidade segura;
- Promoção da cultura da paz e dos direitos humanos;
- Articulação da Rede de Atenção à Saúde com as demais redes de proteção social;
- Promoção de desenvolvimento sustentável.

A partir destes eixos constituídos, ocorrem no Brasil proposições de natureza intersetorial pactuadas de modo tripartite. Podemos exemplificar com programas mais recentes como Academia da Saúde, Saúde na Escola e outros anteriormente desenvolvidos.

Assim, buscar a mudança das condições de vida e contribuir com a qualidade de vida das pessoas e das coletividades no território, formulando, executando e participando de ações de promoção, é função indispensável da atenção básica que se operacionaliza a partir da apropriação do território e do reconhecimento das necessidades de saúde de sua população.

Entretanto, é uma de suas atribuições mais complexas, uma vez que o próprio campo da promoção demanda grande parte das ações fora do setor saúde, o que impõe à gestão da Atenção Básica, aos Gerentes das Unidades Básicas de saúde e profissionais, uma articulação e integração com outros setores e com a comunidade local, além dos usuários da unidade, para uma participação ativa que passa pelo conhecimento, análise e planejamento das ações de todos os envolvidos.

4. Contribuições metodológicas para promoção da saúde

O mapa do território é uma importante ferramenta para o planejamento das ações em promoção da saúde, não se constituindo em um simples descritivo de serviços ou de “problemas” do território.

Constitui-se numa metodologia complexa, dinâmica e participativa da equipe da unidade básica de saúde e dos conselheiros locais, que busca identificar e descrever as multifacetadas do território vivo e mutante, para potencializar os recursos dos diferentes setores existentes e dar pistas para a formulação de ações promotoras. No seu desenvolvimento devem ser considerados os riscos e os potenciais saudáveis de uma comunidade levando-se em conta:

- utilização planejada e adequada de dados censitários e secundários sociais e de saúde;
- identificação dos pontos de riscos à saúde e a identificação de barreiras geográficas, físicas, sociais;
- identificação dos recursos potenciais existentes (serviços públicos, comunitários, privados e recursos de pessoas e coletivos culturais, artísticos, esportivos, ambientais, religiosos, entre outros);
- reconhecimento de lideranças do território (lideranças comunitárias, religiosas, políticas, sindicais, educacionais, de movimentos sociais, artísticas e pessoas que tem destaque na comunidade);
- criação de conexões a partir do reconhecimento do território com pessoas, serviços e organizações que podem atuar na formulação do próprio mapa e participar no delineamento das ações, fortalecimento e/ou acompanhamento.



Imagem ilustrativa de mapa elaborado por Equipe de Saúde da Família, Ilha Solteira, SP, 2015.

Também as metodologias dialógicas se apresentam como ferramenta expressiva e potente ao desenvolvimento de práticas de promoção da saúde, seja no âmbito da ação comunitária ou mesmo individual e de apoio ao autocuidado. Constituem-se de práticas educativas com participação ativa de todos os envolvidos (profissionais de saúde, usuários e outros agentes) de modo horizontal, caracterizada pelos debates, trocas de saberes e produção de conhecimentos sem a ideia de transmissão.

O planejamento participativo das ações e projetos promotores de saúde, quer seja no âmbito individual ou coletivo ocorre a partir das metodologias de educação dialógicas e não prescritivas e informativas.

Nos quadros apresentados a seguir destacam-se algumas experiências empíricas de ações de promoção da saúde, em que os fundamentos e princípios se explicitam¹.

¹ Agradecemos a contribuição aos autores das experiências.

Projeto: Redes de Inclusão

Objetivo: Desenvolver e implementar uma metodologia de intervenção para a atenção integral as crianças com Síndrome Congênita do Zika vírus (SCZv).

Público-alvo: Mulheres gestantes, famílias e cuidadores de crianças com Síndrome Congênita do Zika vírus (SCZv).

Contexto: O projeto redes de inclusão surge em 2016 nos municípios de Campina Grande -PA e Recife-PE no contexto de emergência do Zika Vírus no Brasil.

Participantes: Profissionais de saúde, gestores saúde, profissionais de educação, assistência social, representantes de organizações não governamentais, universidades, conselhos de políticas públicas além de familiares de crianças com microcefalia.

Método: A construção do projeto se deu a partir de ampla articulação com poder público, organizações sociais, universidades e comunidade.

Foram realizadas rodas de conversas e grupos focais com familiares e profissionais de saúde para levantamento da demanda.

Dentre uma série de ações, o projeto enfatizou o protagonismo dos familiares, desenvolveu vídeos e materiais informativos, oficinas de produção de Kits multissensoriais para estimulação de crianças com microcefalia e encontros formativos para profissionais de saúde, educação, assistência social e familiares.

Resultados: Potencialização de diferentes iniciativas intersetoriais, fortalecimento da rede, ampliação do atendimento, protagonismo da comunidade e orientação para gestão do auto cuidado e do cuidado das mães junto às crianças afetadas pela microcefalia.

UNICEF, Redes de Inclusão, 2018. Disponível em <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/redes-de-inclusao-2018>

Projeto: Reunião da Rede de Atenção - Minas do Leão - RS

Experiência premiadas durante a 15ª Mostra Brasil, aqui tem SUS, realizada no 34º Congresso do CONASEMS.

Objetivo: Integrar as áreas da prefeitura de Minas do Leão-RS a fim de atender o indivíduo em sua integralidade.

Público-alvo: População atendida no município de Minas Leão.

Contexto: Necessidade de maior integração entre os serviços

Participantes: Representantes da Saúde, Educação, Assistência Social, Conselho Tutelar e outros setores que discutem caso a caso, usuários e famílias que necessitam de acompanhamento.

Método: Realização de reuniões quinzenais com gestores e técnicos representantes das áreas de saúde, educação, assistência social e conselheiros tutelares para discussão e acompanhamento conjunto dos casos atendidos.

Resultados: Organização do trabalho em rede, qualificação do trabalho e maior resolutividade nos casos atendidos.

CONASEMS, Webdoc Brasil, aqui tem SUS - Minas do Leão – RS.
Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=1TDVuVzMyQs>

Projeto: Ações de promoção à saúde vivenciada com grupo de idosos

Objetivo: Promover bem estar, aprendizagens e vínculo num grupo de idosos.

Público alvo: Idosos de um Conselho Comunitário-Natal-RN

Contexto: Integração de atividades de assistência social, da unidade básica de saúde e recreativas ofertadas pela comunidade.

Participantes: estudantes de enfermagem e saúde coletiva, profissionais de saúde, de assistência social e o grupo de idosos

Método: Desenvolvimento de atividades de aferição de pressão arterial, investigação de condições crônicas prevalentes, dinâmica de consciência corporal, conversa terapêutica, jogos, histórias e comemorações.

Resultados: Identificação e encaminhamento de novas morbidades como obesidade e perdas auditivas, relatos de ampliação do bem estar, fortalecimento de vínculos e autonomia para atividades grupais, novas aprendizagens dos idosos e dos alunos e fortalecimento das ações educativas em saúde naquela comunidade.

Braz. J. of Develop., Curitiba, v. 6, n. 6, p.33817-33828, jun. 2020.ISSN 2525-8761

Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n6-074>

5. Agenda de promoção da saúde na atenção básica

Como parte inalienável do SUS e da atenção básica, compete às instâncias gestoras inserir a promoção da saúde no planejamento das políticas nacional, estaduais e municipais, definindo as estratégias e o fomento ao desenvolvimento e fortalecimento das ações, visando promover a melhor qualidade de vida dos cidadãos.

Entretanto, cabe às equipes de atenção básica a responsabilidade pelo desenvolvimento das ações de promoção da saúde das pessoas em seu território de atuação. Na atenção básica do SUS, vem se desenvolvendo um conjunto expressivo de práticas dessa natureza, exitosas, que podem ser intensificadas, mais valorizadas e apropriadas por gestores e equipes profissionais, incorporadas aos processos de planejamento centrais e das unidades, ampliando-se o conhecimento e promovendo melhores resultados na qualidade de vida dos cidadãos, sempre com empoderamento das pessoas e populações no seu processo de saúde.

6. Agenda prioritária da promoção

Num mundo em constante e rápidas transformações observam-se profundas mudanças nos modos de viver e nas necessidades em saúde.

Refletido no SUS, encontram-se dificuldades e desafios que se traduzem em um sistema sobrecarregado, com subfinanciamento, falta de profissionais, capacidade de gestão limitada, atenção fragmentada e cuidado inconcluso.

Entretanto, essas mudanças, acompanhadas do avanço das ciências e das tecnologias possibilitam a introdução de práticas inovadoras e mais precisas em saúde.

No campo da promoção em saúde a identificação e o conhecimento dos determinantes do processo saúde-doença das pessoas e populações criam um cenário propício e estimulante à inovação e intensificação de práticas no setor, que possibilitam aumentar o tempo e a qualidade de vida e favorecem a inclusão da promoção da saúde como parte de uma agenda de desenvolvimento dos povos e do planeta.

Na construção dessa agenda, a revisão dos modelos de gestão, a reflexão das práticas profissionais, as mudanças no modo de cuidado e as inovações nas ações de promoção em saúde, sustentada pela participação ativa dos sujeitos e coletivos, são imperativos das proposições.

Essa agenda voltada aos campos de atuação da promoção da saúde, quais sejam: formulação e implementação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes saudáveis, a

capacitação da comunidade, ao desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e a reorientação de serviços de saúde, deve ser permeada de princípios éticos, de liberdade, solidariedade, equidade e sustentabilidade da vida.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)** (Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS). Brasília, DF. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 15 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 687**, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Diário Oficial da União, seção 1. Brasília, DF, Nº 63, p. 138, sexta-feira, 31 de março de 2006. Disponível em: https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/1553/Portaria_687_30_marco_2006_DOU.pdf?sequence=4&isAllowed=y. Acesso em: 7 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BUSS, Paulo Marchiori; RAMOS, Célia Leitão. L. *Desenvolvimento local e Agenda 21: desafios da cidadania*. In: **DESENVOLVIMENTO LOCAL**. Rio de Janeiro, RJ: Oficina Social, 2000. (*Cadernos da Oficina Social*, v. 3, p. 13-65, 2000).

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>. Acesso em: 14 jul. 2021.

CARNEIRO, Angélica Cotta Lobo Leite et al. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 2, p. 115-20, 2012. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n2/115-120/pt>. Acesso em: 19 abr. 2021.

CARVALHO, Antonio Ivo; WESTPHAL, Marcia Faria; LIMA, Vera Lucia Pereira. Histórico da promoção da saúde no Brasil. **Promotion & Education**, v. 1, p. 7-12, 2007. Edição Especial.

CONASEMS, Webdoc Brasil, aqui tem SUS - Minas do Leão – RS. 1 vídeo (8 min e 50 seg.). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=1TDVuVzMyQs>. Acesso em 05 abr. 2021.

DOWBOR, Ladislau. **O que é poder local**. Imperatriz, MA: Ética, 2016.

FARIAS, Laísila Ludmyla Sousa de et al. Ações de promoção à saúde vivenciada com grupo de idosos: um relato de experiência. **Braz. J. of Develop**, Curitiba, v. 6, n. 6, p.33817-33828, jun. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/11065/9284>. Acesso em: 20 maio 2021.

RESTREPO, Helena E. Antecedentes históricos de la Promoción de la salud. In: RESTREPO, Helena E.; MÁLAGA, Hernan. **Promoción de la salud: cómo construir vida saludable.** Bogotá: Editorial Média Internacional, 2001.

UNICEF. **Redes de Inclusão**, 2018. Disponível em:
<https://www.unicef.org/brazil/relatorios/redes-de-inclusao-2018>. Acesso em: 15 abr. 2021.

Integração da Atenção Básica e Vigilância em Saúde no território

Integration of Primary Care and Health Surveillance in the territory

Alessandro Aldrin Pinheiro Chagas*
Andrea Paula Bruno von Zuben**
Marema de Deus Patrício***
Maria do Carmo Ferreira****

Resumo

O texto discorre sobre a criação e aprimoramento do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e de Vigilância Sanitária ocorrido no Brasil nas décadas finais do século XX até a evolução para o conceito de vigilância em saúde, aumentando a abrangência e atendendo às mudanças no perfil de morbimortalidade da população brasileira. O texto discute ainda, os avanços da vigilância em saúde, as iniciativas para a descentralização e integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica, tendo como foco o uso da epidemiologia nos serviços de saúde e as ações realizadas nos territórios das unidades básicas de saúde e os desafios a serem enfrentados para esta integração.

Palavras-chave: Vigilância em Saúde, Atenção Básica, Integração Vigilância em Saúde e Atenção Básica

Abstract

The text discusses the creation and improvement of the National System of Epidemiological Surveillance and Health Surveillance that took place in Brazil in the final decades of the 20th century until the evolution to the concept of health surveillance, increasing the scope and meeting the changes in the morbidity and mortality profile of the Brazilian population. The text also discusses advances in health surveillance, initiatives for the decentralization and integration of Health Surveillance with Primary Care, focusing on the use of epidemiology in health services and the actions carried out in the territories of basic health units and the challenges to be faced for this integration.

Keywords: Health Surveillance, Primary Care, Integration, Health Surveillance and Primary Care

* Farmacêutico e Bioquímico, mestrando em Saúde Coletiva. Assessor técnico do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS.

** Médica Veterinária Sanitarista, doutora em Epidemiologia. Diretora do Departamento de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Professora de Epidemiologia do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Políticas e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

*** Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UNB), Especialista em Gestão de Saúde e em Políticas Públicas e Movimentos Sociais. Membro da equipe do Projeto Observatório da Gestão Estadual – Rio Grande do Norte (OGE RN) vinculado ao Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz.

**** Enfermeira Sanitarista, mestre em Saúde Coletiva pela FCM da Unicamp. Atualmente é doutoranda em epidemiologia pelo Departamento de Saúde Coletiva da FCM- UNICAMP. Atua como pesquisadora colaboradora no Núcleo de Estudos de Políticas Públicas NEPP- UNICAMP.

Introdução

A Vigilância em Saúde no Brasil começou a ser estruturada em 1975 com a criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) (BRASIL, 1975). Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal houve a criação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e posteriormente, em 1999 foi criada a Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BRASIL, 1999).

A estruturação do SNVE se deu logo após a criação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em 1973, e tinha como principal prioridade o controle das doenças transmissíveis, como tuberculose, hanseníase, tétano, difteria, entre outros. Nas décadas seguintes à criação do SNVE ocorreu um grande avanço na vigilância epidemiológica de todo o país com a implantação e padronização de instrumentos de abrangência nacional (WALDMAN, 2012). Entre as medidas adotadas destacam-se:

- Padronização das fichas de notificação e investigação dos agravos de notificação, e a primeira lista de doenças de notificação compulsória;
- Padronização da ficha de declaração de óbitos;
- Criação do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SNLSP) regionalizados para o controle de doenças e vigilância, e a criação dos Laboratórios Nacionais de Referência integrando uma rede de Laboratórios Internacionais de Referência;
- Criação do laboratório para controle de qualidade de vacinas;
- Implementação do Sistema Nacional de Mortalidade (SIM), do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN).

O sistema de vigilância epidemiológica era organizado de forma verticalizada em formas de programas, como por exemplo o Programa de Controle da Tuberculose, e traziam como responsáveis pela execução das ações de vigilância a federação e os Estados. Neste modelo, o nível local era privado de recursos financeiros e de protagonismo na execução das ações da vigilância epidemiológica (TEIXEIRA, 2018).

Com a aprovação da Constituição Federal em 1988, a implementação do SUS e a promulgação da Lei Orgânica da Saúde em 1990 Lei 8080 (BRASIL, 1990), as vigilâncias epidemiológica e sanitária passaram a ser reconhecidas como competência legal do SUS, e são definidas como:

“Parágrafo 1º: Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo;
e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Parágrafo 2º: Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.”

A lei orgânica da saúde estabelece responsabilidade das três esferas de governo na elaboração e na execução da política de saúde, no financiamento e nas áreas de vigilância epidemiológica e sanitária.

Apesar do conceito amplo de vigilância epidemiológica estabelecido na Lei nº 8080/90, na prática as ações eram quase que exclusivamente voltadas para as doenças transmissíveis e a descentralização para os municípios avançou muito pouco na década de 90, com alguns poucos municípios assumindo a coordenação e a execução das ações da vigilância epidemiológica no país, sendo este papel exercido em grande parte dos municípios brasileiros pelas equipes de vigilância das secretarias estaduais de saúde. (SILVA JUNIOR, 2004; TEIXEIRA, 2018).

Com o envelhecimento da população brasileira, a mudança do perfil epidemiológico e o consequente aumento das doenças crônicas não transmissíveis, bem como a necessidade de ter um olhar voltado para os riscos à saúde por fatores ambientais, no ano de 2003 o Ministério da Saúde cria a Secretaria de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2003).

A nova estrutura da Secretaria de Vigilância em Saúde incorporou atividades que antes eram desenvolvidas pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e pelo Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), que era o órgão responsável pelos sistemas de informação da área da vigilância, como o SIM, SINASC e SINAN, e pela formação de epidemiologistas no país, além de incorporar outras práticas de vigilância (TEIXEIRA et al, 2018). Segundo Silva Junior (2014), a mudança do conceito e a estruturação da SVS pode ser resumida:

Sinteticamente, a adoção do conceito de vigilância em saúde procura simbolizar, na própria mudança de denominação, essa nova abordagem, mais ampla do que a tradicional prática de vigilância epidemiológica, tal como foi efetivamente construída no país, desde a década de 70, incluindo: a) a vigilância das doenças transmissíveis; b) a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e seus fatores de risco; c) a vigilância ambiental em saúde; e d) a vigilância da situação de saúde, correspondendo a uma das aplicações da área também denominada como análise de situação de saúde (ASIS) (SILVA JUNIOR, 2014)

Neste novo modelo, a Vigilância em Saúde passa a se estruturar nas esferas federal, estaduais e municipais, acelerando a descentralização para o nível local, com financiamento e metas estabelecidas. Embora o território de atuação da vigilância em saúde seja o município, onde a população reside, as ações devem ser compartilhadas e complementadas pelas equipes das secretarias estaduais e do Ministério da Saúde, mediante necessidade, como complexidade e falta de capacidade técnica da equipe municipal.

Na esfera federal, a vigilância sanitária não faz parte da estrutura da Secretaria de Vigilância em Saúde, e o sistema de Nacional de Vigilância Sanitária, como estrutura do SUS é coordenado pela ANVISA, em alguns existem agências de vigilância sanitária, no entanto, na maioria dos estados e municípios a vigilância sanitária integra o mesmo departamento ou coordenadoria das demais vigilâncias e atua sob a mesma direção. Em municípios de pequeno porte pode haver uma única equipe de vigilância em saúde, que realiza ações de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador.

Em 2013, o Ministério da Saúde através da Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013, regulamentou as responsabilidades e definiu as diretrizes para execução e financiamento das ações da Vigilância em Saúde pelo governo federal, Estados e Municípios, do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2013)

A vigilância em saúde avançou muito no país nas décadas de 2000 e 2010, com fortalecimento da vigilância das doenças crônicas não transmissíveis e monitoramento dos seus fatores de risco, vigilância das emergências em saúde pública através da criação dos centros de informação estratégicas em vigilância em saúde (CIEVS), vigilância dos acidentes e violência, grande investimento na melhoria da qualidade das informações de mortalidade no país, entre outros (MALTA et al, 2016; TEIXEIRA et al, 2018; WALDMAN, 2012). Este avanço não aconteceu na área laboratorial, que é fundamental como retaguarda para as ações de vigilância. Falta no país uma rede de laboratórios de saúde pública que possa apoiar e dar suporte para as ações de vigilância epidemiológica e sanitária.

Apesar da Secretaria de Vigilância em Saúde ter sido estruturada em 2003, somente em 2018 foi publicada a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), instituída através da Resolução nº 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde como um documento norteador do planejamento das ações de vigilância em saúde nas três esferas de gestão do SUS, com definição de responsabilidades, princípios, diretrizes e estratégias de vigilância (BRASIL, 2018). A PNVS é resultado da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (CNVS) realizada em Brasília entre os dias 27 de fevereiro e 02 de março de 2018, organizada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Na PNVS, a Vigilância em Saúde é definida como:

Processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (BRASIL, 2018).

Ainda no seu artigo 2 reforça a:

147

A Política Nacional de Vigilância em Saúde como política pública de Estado e função essencial do SUS, tendo caráter universal, transversal e orientador do modelo de atenção nos territórios, sendo a sua gestão de responsabilidade exclusiva do poder público (BRASIL, 2018).

A atuação da vigilância em saúde compreende a articulação dos saberes, processos e práticas relacionados à vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária e alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de vigilância em saúde sobre a determinação do processo saúde-doença. Ainda reforça o caráter tripartite do SUS e a importância da atuação da vigilância junto com as outras instâncias do SUS.

A PNVS, destaca a necessidade da vigilância em saúde de contribuir para a integralidade na atenção à saúde, o que pressupõe a inserção de ações de vigilância em saúde na rede de atenção do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde, bem como na definição das estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede de atenção.

Importante ressaltar, que concomitante à construção da PNVS, ocorreram outras iniciativas no sentido de estimular a integração da AB e VS, como a possibilidade de inserção do registro da produção dos Agentes de controle de endemias no sistema de informação da Atenção Básica (e-SUS AB); reforço às ações de controle e redução dos riscos em saúde pelas Equipes de Atenção Básica; integração do processo de trabalho da AB e VS, com ações de vigilância em saúde inseridas nas atribuições dos profissionais da AB (BRASIL, 2017); reformulação das atribuições do Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias, entre outras.

A participação da comunidade na construção das políticas de saúde é estimulada e garantida na Constituição Federal. No Brasil, através das Conferências de Saúde, a população foi estimulada a discutir os problemas de saúde e participar da tomada de decisão visando a melhoria na saúde da população, inovando na forma de pensar e fazer saúde, o que foi estimulado e reforçado pelo movimento da reforma sanitária que estabeleceu estratégias de trabalho intersetorial alinhadas ao desenvolvimento econômico e social com mais intensidade na década de 90. O controle social, desempenhado pelos conselhos de saúde, seja no âmbito nacional, estadual, municipal e local das Unidades Básicas de Saúde, desempenham papel importante no acompanhamento da política de saúde e na cobrança de respostas aos principais problemas de saúde da população (CARVALHO, 2013; 2017).

1. Integração Atenção Básica X Vigilância em Saúde

As equipes de saúde da atenção básica devem atuar na promoção à saúde, prevenção de doenças, monitoramento e controle dos riscos das doenças degenerativas, ampliando o foco nas mudanças de comportamento visando a transformação das condições de vida e saúde dos indivíduos (MENDES, 2015). A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade (BRASIL, 2018). Neste sentido, o conhecimento agregado da vigilância em saúde deve subsidiar e apoiar intervenções sobre os determinantes e condicionantes de saúde, com o objetivo de melhorar as condições de saúde da população e aprofundar o aprendizado no território, proporcionando intervenções com bases mais sólidas e melhores perspectivas de implementação.

A Política Nacional de Atenção Básica de 2017 (BRASIL, 2017), propõe a integração do trabalho entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, e de promoção da saúde (WESTPHAL, 2007).

Sobre a organização do processo de trabalho, a PNAB 2017 dispõe sobre a aproximação da equipe de atenção básica e de vigilância na eleição das prioridades e problemas comuns a serem enfrentados no território, possibilitando melhorar a cobertura, qualificar o cuidado, ampliar as ações e a resolutividade, considerando portanto que o território único deve direcionar a integração do processo de trabalho entre a equipe de Atenção Básica e a Vigilância em Saúde e o planejamento deve reorganizar a territorialização e os processos de trabalho de acordo com a realidade e a gestão local.

O território a ser considerado para o desenvolvimento das ações de vigilância em saúde e da atenção básica, deve ser aquele que considera não só as características geográficas, que são importantes para o planejamento das ações, mas também o território vivo, que é composto pelo conjunto da sociedade que reside, trabalha e se relaciona neste espaço (SANTOS; RIGOTO, 2010). Este território pode ser todo o município, no caso de municípios pequenos, com população pequena, mas também nos territórios das Unidades Básicas de Saúde ou das Equipes de Saúde da Família. Todos os profissionais das UBS devem conhecer o território e a população adstrita, como as características geográficas do território, situações que podem constituírem em barreira que dificultam o acesso à UBS, riscos ambientais, condições de moradia, coleta e tratamento dos resíduos sólidos, abastecimento de água e esgotamento sanitário, perfil demográfico da população residente, como faixa etária, morbidade e de mortalidade. Além destas informações é importante considerar as características culturais do território, a dinâmica da população, onde a população residente trabalha, como se desloca, onde as crianças e adolescentes estudam, ponto de lazer e cultura deste território.

Considerando que o território é dinâmico, é importante que as equipes da atenção básica e da vigilância em saúde acompanhem e monitorem suas transformações e as mudanças nos riscos à saúde da população para se antecipar aos problemas de saúde.

O território deve ser compartilhado com a UBS e as Equipes de Saúde da Família que atuam diretamente no território e em contato com as famílias que ali residem. A vigilância em saúde e a atenção básica têm atribuições que perpassam os seus conceitos e devem trabalhar de

forma articulada e integrada para dar potência às ações desenvolvidas no território, com o objetivo de melhorar a saúde da população residente (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009).

Para subsidiar e auxiliar as equipes da atenção básica e de vigilância em saúde na integração das práticas, em 2018 o Ministério da Saúde publicou o Guia PNAB, que foi construído pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS/MS) e a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), com participação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS/Anvisa, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), que no módulo 1, tem como principal objetivo, orientar gestores e profissionais de saúde na operacionalização do processo de integração da Atenção Básica com a Vigilância em Saúde (BRASIL, 2018b). O propósito deste guia é apontar diretrizes e estratégias de integração relacionadas a organização no território e ao processo de trabalho das equipes que atuam na Atenção Básica visando uma nova prática de vigilância e atenção básica com foco no cuidado ao indivíduo, à família, com o olhar da gestão no sentido de adoção e de adaptação à realidade de cada território (BRASIL, 2018b).

Este guia traz alguns elementos que visam orientar e facilitar a integração da Vigilância em Saúde e a Atenção Básica como:

- Territorialização: as equipes de atenção básica ou estratégia de saúde da família devem ter territórios de atuação definidos e conhecidos pelos profissionais das equipes. O conhecimento do território evolve a cartografia, os fatores ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais, etc.
- Compatibilização do território de atuação da atenção básica e da vigilância em saúde;
- Organização das ações integradas de trabalho com responsabilidade compartilhada das equipes de AB e VS, da atenção e da gestão, sendo pauta das equipes no cotidiano de trabalho;
- Participação da equipe de vigilância e atenção básica na construção das linhas de cuidado, projetos terapêuticos singulares, matriciamento, entre outros;
- Vigilância do óbito materno, infantil e outros que sejam considerados evitáveis, para investigar os fatores determinantes do óbito, propondo medidas de prevenção e controle desses fatores. As equipes da AB e VS devem participar na investigação e nas discussões do Comitê de Vigilância do Óbito Materno e Infantil, dos óbitos do seu território;
- Busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória para fornecer elementos para o planejamento de intervenções de prevenção, proteção e recuperação em saúde nos imóveis, domicílios, famílias e comunidades presentes no território;

- Realização de ações intersetoriais em parceria com outros órgãos públicos e da sociedade civil, para atuação nos determinantes de saúde que sejam complexos como óbitos por causas externas, os acidentes de trânsito, homicídios, violência e problemas ambientais complexos;
- Participação e mobilização da comunidade, através dos conselhos e colegiados, constituídos de gestores locais, trabalhadores da saúde e usuários, com o objetivo de melhorar a saúde da população;
- Registro das informações, de forma correta e regular, para que o gestor e equipe tenham as informações atualizadas, para o mapeamento do território, a programação das ações da equipe e da gestão. As informações que são processadas nos órgãos centralizados das secretarias municipais de saúde, como SINASC, SIM, SINAN, SPNI, AIH, entre outras, devem ser desagregadas para cada território das UBS e disponibilizadas de forma clara e de fácil compreensão pelo gestor e profissionais da UBS para subsidiar as ações da AB.

Embora, diversas normativas e estratégias tenham sido elaboradas ao longo destes anos no sentido de estimular integração de AB-VS nas últimas décadas, e esforços institucionais tenham sido empreendidos, a integração dessas duas áreas ainda não se efetivou como esperado, com exceção de algumas experiências em poucos municípios do Brasil. Portanto, a integração das ações da vigilância em saúde (VS) com a atenção básica (AB) pode ser considerada um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, em todas as esferas de gestão.

2. Desafios para a integração Vigilância em Saúde e Atenção Básica

A Atenção Básica tem entre suas atribuições, ações de vigilância em saúde, que podem ser realizadas de forma autônoma ou compartilhada com a equipe de vigilância do município ou distrito sanitário com o objetivo de ampliar a atuação para os problemas coletivos. Para que isto ocorra é essencial que haja integração entre os territórios de atuação da AB e da VS para que sejam considerados os determinantes ambientais, sociais e culturais que podem levar ao adoecimento da população adscrita.

No entanto, a despeito da importância de operacionalizar o princípio da integralidade da atenção, grande parte dos municípios ainda desenvolve ações de vigilância em saúde de modo centralizado, sem capilaridade para as unidades básicas. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) trazem a importância de haver

territórios delimitados como objeto de atuação dos profissionais das unidades de saúde, apresentando-se como espaço privilegiado para o exercício de práticas de vigilância em saúde. Tal iniciativa, no entanto, exige o planejamento dessa integração nos âmbitos estadual, regional e municipal para se tornar efetiva. O exercício de solidariedade e de construção coletiva presente na construção do SUS deve ser experimentado pelas equipes de atenção básica e vigilância em saúde municipal para darmos um salto na efetividade de implementação deste processo nos territórios.

O grande desafio inicia-se nos níveis federal e estadual, que embora, tenham políticas bem documentadas e escritas, na prática, ainda há muita fragmentação e pouco incentivo para atuação conjunta. De forma, que a estratégia que tem maior chance de produzir resultados é a aproximação de práticas nos níveis regionais dos estados e/ou municipais. Aí o desafio passa a ser das mudanças no processo de trabalho tanto da Atenção Básica como da Vigilância em Saúde, que precisam estar dispostos para romper com a prática fragmentada de atuação.

Muitos municípios desconhecem completamente como colocar em prática esta integração, outros ainda desconhecem as políticas que regem estas ações e há ainda gestores e profissionais das equipes das UBS e VS que não possuem interesse em mudanças de processos de trabalho. Além disto, em grande parte das vezes, as equipes de VS e AB são tão pequenas que mal conseguem dar conta de atribuições exclusivas da sua esfera de gestão.

De forma, que romper esta fragmentação e articular para que os territórios sejam únicos pode vir de forma descentralizada com planejamento ascendente, colaboração e sensibilização das duas equipes (VS e AB) ou precisa ser tratada como uma política de gestão fundamentada no papel de organização das práticas dos gestores municipais e/ou estaduais.

Independente da maneira que seja articulado é fundamental que sejam considerados: o território único, o trabalho compartilhado do Agente de Controle de Endemias (ACE) e do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o compartilhamento de conhecimento e responsabilidades das equipes.

Na organização da atenção, o ACS e o ACE desempenham papéis fundamentais, pois se constituem como elos entre a comunidade e os serviços de saúde, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e controle dos agravos. No entanto, os profissionais destas categorias respondem hierarquicamente para coordenações diferentes e com demandas distintas, resultando em atuação segundo suas próprias rotinas, com pouca articulação e planejamento conjuntos. Para que estes profissionais atuem priorizando e intervindo sobre os problemas de saúde prioritários da população é fundamental que os gestores e as equipes de saúde definam claramente os papéis, competências e responsabilidades de cada um destes agentes, de acordo

com a realidade local e o perfil epidemiológico dos territórios, e tenha fluxos de trabalho definidos.

O passo anterior para que isto ocorra é a aproximação da equipe técnica e gestora de atenção básica e de vigilância em saúde a fim de eleger prioridades e problemas comuns a serem enfrentados em cada território. A integração entre os ACS e ACE, apesar de importante e necessária, não é suficiente para garantir que haja a completa integração entre vigilância em saúde e atenção básica. Essa integração deve se dar de forma mais abrangente, incluindo todos os profissionais integrantes dessas duas áreas do conhecimento. Deve haver entendimento que as ações de vigilância em saúde são transversais a todas as ações da equipe de AB, que envolve desde o olhar sobre o território, passando pela concepção de processo saúde-doença que norteia as consultas individuais e coletivas, visitas domiciliares, grupos e procedimentos realizados pelas equipes de AB, até a organização de linhas de cuidado.

Existem formas diferentes de articular a integração destas duas categorias profissionais. Uma escolha possibilitada pela PNAB 2017 é a inclusão do ACE na equipe de Atenção Básica ou na equipe de Saúde da Família (eSF) para serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde.

Outra forma seria uma equipe integrada, atuando sob território único em que o ACE continua respondendo para a equipe de VS. Pode ocorrer de um único ACE ter responsabilidade de realizar as suas ações em uma localidade que envolva o território de mais de uma equipe de saúde da família ou de atenção básica, por exemplo. Neste caso, as equipes de saúde da família ou de atenção básica deverão incluir este ACE como um dos profissionais que auxiliará no enfrentamento dos principais problemas do território, no que for de sua competência. Além disso, ele pode auxiliar no planejamento e execução das ações de promoção, prevenção e controle de doenças e agravos, devendo participar das reuniões de equipe, podendo compor formalmente ou não as mesmas de acordo com a decisão do gestor local e do gestor de VS.

Para que o território seja único e a integração das equipes de VS e AB sejam efetivas é fundamental que os dados trabalhados pela vigilância em saúde sejam compartilhados e discutidos com as equipes da AB para subsidiar processos de melhoria ou tipos de intervenção no território e principalmente para subsidiar o planejamento das intervenções baseado em evidências. O uso da epidemiologia nos serviços de saúde, e a sua apropriação pelos profissionais de saúde da UBS devem contribuir para a missão de produzir saúde individual e coletiva, produzindo conhecimento e desenvolvimento de ações de impacto coletivo na comunidade (DRUMONT JUNIOR, 2012)

O uso de epidemiologia em serviço traz ainda mais desafios: nem sempre as equipes de VS sejam elas estaduais ou municipais possuem preparo para transformar dados em informações que possam nortear políticas públicas; muitas equipes com maior capacidade técnica no uso de epidemiologia possuem dificuldade em compartilhar dados e/ou trabalhar os mesmos na lógica da área de abrangência das UBS e/ou ESF; há deficiência na retroalimentação por parte das equipes de vigilância que impede que os profissionais da AB reconheçam sua contribuição no processo de geradores dos dados iniciais; ainda há lógica hierárquica da organização do trabalho, onde as equipes de vigilância demandam ações para as equipes da AB realizarem sem que estas sejam planejadas e pactuadas conjuntamente; a maioria das equipes das UBS não possuem agendas reservadas para discussão de boletins/ informes epidemiológicos municipais/estaduais/ federais; nem sempre a epidemiologia com indicadores locais é valorizada ou conhecida pelos gestores de UBS e ESF.

Neste contexto, práticas de educação continuada e capacitações técnicas promovidas pelo Estado e MS podem colaborar para promover a articulação da VS e AB, respeitando as particularidades de cada esfera de atuação e considerando a AB como agente de vigilância no território em que atua em uma perspectiva de corresponsabilidade para solucionarem os problemas, garantindo à população o cuidado integral à saúde. Órgãos como o CONASS (Conselho Nacional de Secretarias de Saúde), CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde) e COSEMS (Conselho de Secretarias Municipais de Saúde) também podem protagonizar tais capacitações uma vez que conseguem capilarizar o conhecimento a todos os municípios e podem trazer propostas de troca de conhecimentos entre municípios com maior capacidade técnica para outros com menor, na lógica do município com o conhecimento de demandas cotidianas práticas ensinando a outros municípios com as mesmas demandas. Esses órgãos colegiados podem ainda contribuir de forma efetiva no fortalecimento da integração da AB e VS no território, em processos que vão desde a infraestrutura para as UBS à educação permanente e comunicação junto às comunidades, através de construção de pactuações nas instâncias colegiadas do SUS.

Um dos principais obstáculos para a implementação de ações intersetoriais entre AB e VS advém da tradicional dicotomia vigilância-assistência na oferta de serviços de saúde no Brasil, que desde o passado privilegiou o modelo hospitalar e curativo, centrado na doença, em detrimento às ações de cunho preventivo. Assim sendo, é preciso superar esta lógica assistencial de caráter individual para que a atuação da AB sob a perspectiva da VS se concretize, evitando práticas pontuais e fragmentadas que originam um sistema de saúde com ações descontextualizadas e pouco resolutivas. Neste momento, em que as políticas estão escritas e

discutidas, a integração da AB e VS que se mostra fundamental, devem ser agora operacionalizadas nos estados e municípios brasileiros considerando as especificidades locais.

Considerações finais

A PNAB e a PNVS compartilham a necessidade de integração das ações da VS e da AB, com definição de território únicos, compartilhamento de informações, planejamento conjunto e responsabilidades compartilhadas para potencializar as ações e impactar de forma positiva na saúde da população.

Para que a integração aconteça é importante que os gestores municipais priorizem este modelo, com planejamento conjunto, educação permanente dos trabalhadores e envolvimento da comunidade. O planejamento deve ser pautado na análise da situação de saúde da população, facilitando a priorização dos problemas a serem enfrentados.

Por fim, a integração AB e VS só vai acontecer de fato se houver uma mudança do processo de trabalho das duas áreas, rompendo com o modelo fragmentado da assistência e prevenção, que deve acontecer no nível central das secretarias municipais de saúde e nas equipes das UBS e VS. O apoio dos demais entes federados bem como dos Conselhos de Secretários de Saúde é fundamental para a concretização desta política.

Referências

BRASIL. **Lei 6259, de 30/10/1975** – Dispõe sobre as Organizações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16259.htm. Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, Ano CXXVIII, n. 182, 20 set. 1990. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=20/09/1990&totalArquivos=176>. Acesso em: 05 maio 2021.

BRASIL. **Lei nº 9782, de 26 de janeiro de 1999**. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19782.htm. Acesso em: 03 maio 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 27. ed. São Paulo: Saraiva, 2001. (Coleção Saraiva de Legislação).

BRASIL. **Portaria N° 2.121**, de 18 de dezembro de 2015. Altera o Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para reforçar as ações voltadas ao controle e redução dos riscos em saúde pelas Equipes de Atenção básica. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt2121_18_12_2015.html. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.595**, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/10859112/do1-2018-04-18-lei-n-13-595-de-5-de-janeiro-de-2018-10859108. Acesso em: 13 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Ministerial 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://saude.df.gov.br/wp-conteúdo/uploads/2018/04/Portaria-n%C2%BA-2436-2017-Minist%C3%A9rio-da-Sa%C3%BAde-Aprova-aPol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. **Diário Oficial da União**. Seção 1. Brasília, DF, ed. 155, p.87, 13 ago. 2018. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 1.378**, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html. Acesso em: 05 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia política nacional de atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b. (Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf. Acesso em: 17 maio 2021.

CARVALHO, Sérgio Rezende. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: Sujeito e Mudança**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de; COHEN, Simone Cynamon; AKERMAN, Marco. Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde para problematizar ‘dogmas’. **ENSAIO, Saúde debate** 41, n.esp. 3, set. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S320>. Acesso em: 15 abr. 2021.

DRUMOND JUNIOR, Marcos. Epidemiologia em serviços de saúde: conceito, instrumentos e modos de fazer. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

MALTA, Déborah Carvalho *et al.* Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.25, n.2, p.373-390, abr./jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000200016>. Acesso em: 17 jun. 2021.

MENDES, Eugenio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2015.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância da saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.898-906, jun. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Qv99KX4zGyNr8LrTNzyqN3D/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 jun. 2021.

OLIVEIRA, Cátia Martins; CASANOVA, Ângela Oliveira. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 929- 936, jun. 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300029>. Acesso em: 15 jun. 2021.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 8, n. 3, p. 387-406, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>. Acesso em: 15 jun. 2021.

SILVA, Gabrielly Cristiny Soares et al. Relações entre Estratégia Saúde da Família e Vigilância em Saúde na perspectiva de médicos de equipes de saúde da família em Minas Gerais, Brasil: uma análise qualitativa. **Saúde soc.**, v. 29, n.4, 2020. e191007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020191007> Acesso em: 15 maio 2021.

SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. **Epidemiologia em serviço**: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. 2004. 318 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/313304>. Acesso em: 12 maio 2021.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, Jairnilso Silva. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**, v.34, n. 6, p. 63-80, nov./dez. 2000.

TEIXEIRA, Maria Glória *et al.* Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.6, p.1811-1818, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09032018>. Acesso em: 18 abr. 2021.

WALDMAN, Eliseu Alves. Vigilância como prática de Saúde Pública. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

WESTPHAL, Marcia Faria. Promoção da Saúde e a Qualidade de Vida. In: ANEIROS FERNANDEZ, Aneiros, Juan Carlos; MENDES, Rosilda (org.). **Promoção da saúde e gestão local**. São Paulo: Hucitec, 2007.

Oferta de cuidados ao idoso na Atenção Básica no SUS

Offer of care to the elderly in Primary Care in the SUS

Maria Cristina C. A. Lobo*
Maria Teresa D. F. P. M. Porto**
Mariana Reis Santimaria***
Ricardo Alves Cocolisce****

Resumo

O presente texto apresenta uma proposta de cuidado à pessoa idosa na Atenção Básica (AB) com foco na capacidade funcional nesta fase da vida. O envelhecimento da população mundial é uma preocupação de todos os países e representa um grande desafio. Considera os aspectos demográficos e epidemiológicos e as políticas públicas para o idoso. O aprimoramento e fortalecimento da oferta de cuidado ao idoso na AB e como coordenadora do cuidado tem que ser objeto da gestão municipal para se promover o envelhecimento saudável, que é a política da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a atual década.

Palavras chave: Saúde do Idoso; Cuidado Integral; Atenção Básica.

158

Abstract

This text presents a care proposal for the elderly in Primary Care (PC) with a focus on functional capacity at this stage of life. The aging of the world population is a concern for all countries and represents a great challenge. It considers demographic and epidemiological aspects and public policies for the elderly. The improvement and strengthening of the provision of care for the elderly in PC and as care coordination has to be the object of municipal management to promote healthy aging, which is the policy of the World Health Organization (WHO) for the current decade.

Keywords: Elderly Health; Integrated Care; Primary Care.

* Assistente Social. Mestre em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. Coordenadora Adjunta de Saúde da Pessoa Idosa DAPES/SAS/MS. Consultora da UNESCO em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.

** Enfermeira Sanitarista. Mestre em Demografia pelo IFCH/UNICAMP. Advogada Especialista em Desenvolvimento de RH para o SUS. Pesquisadora associada PESS/NEPP/UNICAMP.

*** Fisioterapeuta. Doutora Gerontologia. Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Professora da Faculdade de Fisioterapia nas Áreas de Saúde do Idoso e Saúde Coletiva e Responsável pelo Vitalità-Centro de Envelhecimento e Longevidade da PUC-Campinas.

**** Médico Sanitarista. Especialista em Gerontologia Social pelo Instituto Sedes Sapientiae.

Lista de Abreviaturas e Siglas

AB Atenção Básica

ABVD Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD Atividades Instrumentais da Vida Diária

CadÚnico Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal

CF Capacidade Funcional

CI Capacidade Intrínseca

IVCF-20 Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20

CNDI Conselho Nacional de Direitos do Idoso

OMS Organização Mundial da Saúde

PNS Pesquisa Nacional de Saúde

PNAD Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PTS Projeto Terapêutico Singular

SUS Sistema Único de Saúde

ICOPE Integrated Care for Older People (Atenção Integrada para Pessoa Idosa)

UBS Unidade Básica de Saúde

WHO World Health Organization

I. Introdução

O envelhecimento no mundo é uma preocupação deste século em vários países e, também, no Brasil. A OMS estima que em 2050 a proporção de idosos no mundo quase dobrará (passando dos 12% atuais para 22%) chegando à cifra de um quarto da população mundial ser de pessoas com mais de 60 anos. O Brasil, assim como os demais países em desenvolvimento, seguirá esta tendência, com o agravante que os países desenvolvidos tiveram maior tempo para a transição, como por exemplo a França que levou quase 150 anos para fazer a transição e adaptação de 10% para 20% na proporção de idosos em sua população, enquanto, os países em desenvolvimento (como Brasil, Chile, Índia, China entre outros), enfrentarão esta adaptação em 20 anos. Outra estimativa que chama a atenção é que 80% dos idosos viverão em países de média e baixa renda.

Em relação à saúde, dados do IBGE mostram que 80% dos indivíduos com mais de 60 anos apresentam ao menos uma doença crônica, corroborando com o fato de que as mudanças na estrutura etária da população implicam numa maior incidência e prevalência de agravos crônicos, que geram maior e diferenciada demanda aos serviços de saúde, e consequentemente, mais desafios aos profissionais envolvidos no cuidado ao idoso.

Outra dimensão importante é o fato de que o envelhecimento humano não é apenas uma questão etária, sendo fruto de múltiplos aspectos relacionados a desde como se viveu no passado, bem a como se vive no presente: a inserção familiar e social, a moradia e a renda; sendo um processo influenciado por aspectos biopsicossociais, como genéticos, ambientais e subjetivos, expressando, os efeitos das exposições a fatores de risco e de proteção vivido durante todo o curso de vida.

Isto posto, apresenta-se premente a necessidade de se pensar e estabelecer políticas públicas adequadas nos campos da proteção social e da saúde para esta parcela da população, e, também, a definição de medidas econômicas, que respondam a necessidade de maior aporte de recursos previdenciários como resposta a esse aumento da longevidade. Assim, a implementação de políticas públicas que garantam a oferta de cuidados aos idosos em todas as dimensões, representam grandes desafios que já vem sendo enfrentados pela sociedade brasileira e que só tendem a aumentar nos próximos anos.

No tocante à oferta de cuidados em saúde, a Unidade Básica de Saúde (UBS) se constitui no local privilegiado para o desenvolvimento de ações voltadas aos idosos, pois

é nela que se encontra as condições necessárias para uma abordagem multidimensional e integral à população idosa, estando a AB inserida no contexto da comunidade, dentro do território e tendo a Estratégia de Saúde da Família como uma potente política de assistência.

II. Aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento no Brasil

1. Situação de saúde com destaque para condições crônicas e doenças crônicas

No Brasil, a transição demográfica, caracterizada pela mudança de uma situação de altas taxas de fecundidade e mortalidade para uma situação de baixa fecundidade e progressiva redução da mortalidade, tem sido responsável por mudanças significativas na estrutura etária. Também no último século, as expectativas de vida tiveram um aumento significativo na população brasileira e como consequência de todo esse processo, o tamanho e a participação relativa da população de 60 anos e mais no total da população brasileira vêm aumentando, devendo representar em 2060, 25,5% da população total, segundo projeções do IBGE (2018). Isso corresponde a uma proporção mais alta que a encontrada hoje em qualquer país europeu.

O cenário demográfico e epidemiológico brasileiro é desenhado pelo aumento expressivo do envelhecimento populacional e da participação relativa das condições crônicas, aqui entendidas como “problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas” (BRASIL, 2006a), entre as causas de internação hospitalar e de mortalidade entre os idosos. Vale ressaltar que no âmbito das condições crônicas estão as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e fazem parte desse grupo, as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, dislipidemias, diabetes mellitus, doenças respiratórias obstrutivas e neoplasias, responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade no mundo (GOULART, 2011).

Podemos afirmar que a situação de saúde no Brasil se caracteriza especificamente por uma transição demográfica acelerada e por um perfil epidemiológico de tripla carga de doenças, representada por uma agenda não superada de doenças infecciosas, uma carga importante de causas externas e uma expressiva presença das condições crônicas.

Hoje, tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, as condições crônicas são significativas causas de incapacidade e reduzida qualidade de vida dos idosos. Estima-se que entre 75% a 80% da população de 60 anos e mais são portadores

de pelo menos uma condição crônica, o que resultaria num contingente de 27 milhões, em 2025, e de 50 milhões, em 2050 (BRASIL, 2006a).

Fator que merece destaque nesse cenário é que entre os idosos é comum a prevalência de comorbidades ou a presença concomitante de uma ou mais condições crônicas; somando-se o fato de as doenças comuns se tornarem mais complexas com o avançar da idade do indivíduo, sendo que as interações complexas das comorbidades precisam ser compreendidas e levadas em conta no estudo das causas do estado de saúde dos idosos. Assim, em geral, as doenças nessa faixa etária, além de crônicas, são múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante e tratamentos contínuos.

Esse cenário e suas implicações no setor saúde reforçam a importância da atenção integral ao idoso.

1. Fatores de risco em comum

O desafio das condições crônicas está colocado, assim como a superação e o enfrentamento de seus potenciais fatores de riscos, na maioria das vezes, comum para a maior parte delas, tais como tabagismo, sobrepeso e obesidade, a sedentarismo, o estresse, a alimentação inadequada e o consumo abusivo de álcool.

Nesse contexto é necessário o planejamento adequado e metas a serem cumpridas para atender aos idosos, caso contrário o envelhecimento ocorrerá com altas prevalências de simultâneas doenças crônicas.

2. Vulnerabilidade social, desigualdade social em saúde (sexo, idade, raça, regiões)

Não podemos negar a importância de se examinar o envelhecimento e atenção integral a saúde do idoso à luz de fatos importantes como a urbanização, escolaridade e a crescente desigualdade social.

Recente estudo (SOUSA, 2019) identificou que os idosos com maior nível de renda e escolaridade são mais envolvidos em atividades sociais, físicas e produtivas, reforçando a importância do combate à desigualdade educacional e de renda como forma de promover o envelhecimento ativo.

De acordo com outro recente estudo (BOS et al, 2018) os idosos moradores da zona rural apresentam menor nível socioeconômico (classes D & E) e são mais dependentes

do SUS do que os moradores da zona urbana, que por sua vez possuem maior percentual de usuários de plano de saúde. A menor cobertura por planos de saúde no meio rural possivelmente é compensada pela maior presença de domicílios cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Malta et al. (2016) constataram que a proporção de domicílios cadastrados em ESF foi superior na área rural em relação à urbana, de acordo com os dados obtidos ao comparar a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 a outro estudo domiciliar de 2008, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD). Também nesse mesmo estudo observou-se que há a presença de longevos (80 anos ou mais) em maior proporção nas zonas urbanas que nas rurais, provavelmente, entre outros fatores, relacionadas ao maior acesso a serviços de saúde.

Outro dado que merece ser destacado e que reflete a vulnerabilidade dos idosos, é o fato de que estavam inscritos no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal - CadÚnico em 2019, 25,6% da população idosa, o que revela que aproximadamente um quarto dos idosos brasileiros estava em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2020). Certamente com o advento da Pandemia esse percentual tende a aumentar, considerando o pagamento do auxílio emergencial.

163

Para reforçar os reflexos das desigualdades sociais nas condições de vida e saúde do idoso, Braveman et al. (2011), demonstraram que as pessoas com menos escolaridade e que vivem em localizações geográficas menos favorecidas, são desproporcionalmente afetadas por doenças crônicas, muitas vezes como resultado dessas desvantagens sociais e maior vulnerabilidade.

Sabe-se que as oportunidades para desfrutar de uma velhice, com melhores condições de saúde e bem-estar, estão distribuídas de forma desigual dentro e entre as sociedades. Diante do desafio de oportunizar que todos os idosos envelheçam de forma ativa e com dignidade, tem sido enfatizada a relevância da abordagem das desigualdades sociais, não apenas investigando a distribuição dos recursos entre diferentes gerações, mas dedicando atenção especial às desigualdades sociais na velhice (ILINCA et al, 2016).

Nesse sentido a AB, independente do modelo escolhido, pode contribuir com a redução das desigualdades ao oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores, uma atenção coordenada, humanizada, com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais e às diversidades do envelhecer.

III. Políticas de atenção aos idosos no Brasil

Para dimensionar a importância da atuação articulada das políticas públicas para qualificar o processo de envelhecimento da população brasileira é necessário considerar o contexto de complexidade e de heterogeneidade, além do impacto de diversos fatores individuais e coletivos que influenciam a evolução/desfecho dessa etapa da vida. Assim, quando pensamos o envelhecimento populacional brasileiro, devemos contextualizar e relacionar o impacto de diversos aspectos singulares, individuais e coletivos, com destaque para:

- dimensões continentais do território nacional caracterizadas por expressiva desigualdade social e iniquidade no acesso às políticas públicas tais como saúde, educação, assistência social e direitos humanos;
- presença marcante de situações de desigualdade regional e cultural: para exemplificar essa afirmação, buscou-se a diferença existente entre envelhecer na Região Sul ou na Região Nordeste. Segundo dados de 2019, enquanto a expectativa de vida média do brasileiro era de 76,6 anos, no Maranhão era de 71,4 anos e em Santa Catarina 79,9 anos. (IBGE, 2019);
- outro fator importante a ser considerado no momento do planejamento das políticas públicas, é que 89% dos municípios brasileiros são de pequeno porte com população de até 50 mil habitantes (IBGE, 2016) e que parte expressiva dessas localidades apresenta capacidade instalada insuficiente para ofertar cuidados adequados para sua população;
- cabe registrar a situação do envelhecimento da população rural, que em muitos casos, apresenta dificuldade para acessar os serviços públicos de cuidado;
- aumento crescente das situações de idosos em condições de vulnerabilidade social e de dependência dos programas de complementação de renda do governo federal revelando a necessidade de ampliar ofertas de cuidado para esse segmento;
- aspectos referentes aos comportamentos individuais como tabagismo, alcoolismo, hábitos alimentares e sedentarismo que impactam na saúde do idoso e resultam no surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, morbimortalidade, perda de funcionalidade e incapacidades;

“no Brasil, 30,1% das pessoas com 60 anos ou mais apresentam limitação funcional, definida pela dificuldade para realizar pelo menos uma entre dez atividades básicas ou instrumentais da vida diária”. (LIMA-COSTA et. al, 2017).

- mudanças nos arranjos familiares com predomínio de famílias menores, além de maior participação das mulheres no mercado de trabalho com expressiva participação

da renda familiar, impactando assim, na disponibilidade para o cuidado familiar do idoso e na ampliação da procura por cuidado terceirizado;

- situação recente sobre o impacto da pandemia de COVID – 19 no declínio da renda familiar no país, com agravamento da situação socioeconômica, impacto no declínio da segurança alimentar e aumento da situação de fome percebido em todos os grupos etários, inclusive idosos.

De acordo com o resultado do inquérito, as regiões norte e nordeste são as mais afetadas e a fome tem gênero, cor e grau de escolaridade, atingindo 11,1% dos lares chefiados por mulheres, 10,7% dos lares chefiados por pessoas pardas ou pretas e 14,7% dos lares chefiados por pessoas com baixa escolaridade”. (Inquérito Nacional sobre a Segurança Alimentar no cenário da Covid-19, 2020).

Diante da complexidade do cenário, fica evidente a importância da articulação de esforços entre as políticas públicas para ofertar o almejado cuidado integral a essa população. O cuidado integral compreendido como:

O conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade. (BRASIL, 2017, PORTARIA MS Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017).

A experiência demonstra que existem diversos desafios a serem enfrentados para concretizar o trabalho articulado e intersetorial no território, porém as experiências de boas práticas nos três níveis de gestão revelam o potencial desse arranjo e reforçam a importância de fomentar uma cultura institucional nesse sentido.

O Quadro a seguir identifica conceitos, normativas e exemplo de boas de práticas no componente Intersetorialidade:

Natureza da contribuição	Conteúdo	Fonte
Conceito	“Articulação de saberes e experiências que propiciam ao planejamento, realização e avaliação de políticas, programas e projetos condições para alcançar resultados sinérgicos em situações complexas. Buscam-se, por meio delas, mais que unir setores: desenvolver uma nova dinâmica para o aparato governamental com base territorial e nas características e necessidades da população. Ao compartilhar responsabilidades, eliminar ambiguidades e atuar em conjunto, o efeito da estruturação da Intersetorialidade é muito benéfica para a máquina pública como um todo, e deve ser cada vez mais incentivada como uma boa prática de geãost”.	FERNANDES, CASTRO & MARON, 2013.
Normativas	<p>“Estímulo às Ações Intersetoriais, visando à Integralidade da Atenção. A prática da intersectorialidade pressupõe o reconhecimento de parceiros e de órgãos governamentais e não-governamentais que trabalham com a população idosa. A organização do cuidado intersectorial a essa população evita duplicidade de ações, corrige distorções e potencializa a rede de solidariedade. As ações intersectoriais visando à integralidade da atenção à saúde da pessoa idosa devem ser promovidas e implementadas, considerando as características e as necessidades locais”.</p> <p>“Assistência Social, enquanto política pública que compõe o tripé da Seguridade Social, e considerando as características da população atendida por ela, deve fundamentalmente inserir-se na articulação intersectorial com outras políticas sociais, particularmente, as públicas de Saúde, Educação, Cultura, Esporte, Emprego, Habitação, entre outras, para que as ações não sejam fragmentadas e se mantenha o acesso e a qualidade dos serviços para todas as famílias e indivíduos”.</p>	<p>Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - 2006</p> <p>Política Nacional de Assistência Social</p>
Experiência Municipal	“Exemplifica-se Belo Horizonte/MG, que tem a tradição de trabalhar, planejar e tomar decisões em parceria com representantes da Sociedade Civil, por meio de fóruns. O Fórum Regional (itinerante) da Pessoa Idosa, por exemplo, realiza encontros mensais com a participação de representantes da sociedade e do governo municipal, envolvendo as áreas da Saúde, Cultura, Educação e Assistência Social. A agenda de trabalho é definida pela Sociedade Civil. Nesses espaços, são debatidos assuntos como prestação de serviços à pessoa idosa pelo SUS, oferta de medicamentos, campanhas de vacinação. Outros temas também são tratados, como assédio bancário à pessoa idosa (com a participação de advogados parceiros), afeto e relações familiares”.	Guia de Orientações para Estados EBAPI, 2020.

Elaboração própria

Considerando a importância do trabalho articulado intersetorial nas três esferas de gestão, encontra-se disponível o **Anexo 1 - Políticas Públicas para cuidado integral ao idoso** contemplando as principais ofertas de cuidado para a população idosa no âmbito das políticas públicas do governo federal, categorizadas por instituição responsável pela iniciativa, classificação do nível de atenção, oferta de cuidado disponível e finalmente, link de acesso.

Para fomentar o controle social e a participação social dos idosos, vale destacar a importância da criação e atuação dos Conselhos Municipal, Estadual e Nacional de Direitos da Pessoa Idosa, além de representarem dispositivos potentes para qualificar o cuidado à pessoa idosa nos territórios. Assim, destaca-se a sua competência:

Intervir, formular, propor alterações, acompanhar, e avaliar as políticas públicas e ações privadas destinadas ao atendimento da pessoa idosa, incentivar e/ou propor, junto aos poderes e autoridades competentes, a criação dos fundos especiais da pessoa idosa em sua instância político-administrativa. Já a natureza paritária significa que o conselho deve ser constituído por igual número de representantes do governo e da sociedade civil local. Com estas características os conselhos constituem espaços propícios para o exercício da participação direta e do controle democrático das políticas destinadas ao atendimento da pessoa idosa”. (CARTILHA: QUER UM CONSELHO? Guia prático para a criação de conselhos e fundos estaduais e municipais de defesa dos direitos da pessoa idosa, 2013).

O Conselho Nacional de Direitos do Idoso (CNDI), criado pela Lei 8.842 de 1994, dentre suas realizações no campo, foi responsável pela criação do Estatuto da Pessoa Idosa. Importante resgatar a função do Estatuto como ferramenta para assegurar direitos especiais e instituir programas de promoção da qualidade de vida desta parcela importantes na política de promoção dos direitos das pessoas idosas no país. Todos os estados e os municípios brasileiros podem criar seus conselhos. Segundo levantamento coordenado pela Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (SNDPI-2020), hoje existem 3178 conselhos municipais ativos.

Os conselhos também podem criar os fundos de direitos da pessoa idosa com a finalidade de captar recursos financeiros por meio de recursos oriundos de dotação orçamentária do governo, das diferentes esferas de governo e de doação de pessoas físicas ou jurídicas por meio da Receita Federal. Por meio de projetos aprovados pelos conselhos, os recursos do fundo são aplicados em melhoria da qualidade de vida dos idosos como criação de centros de convivência, melhoria da acessibilidade dos espaços da cidade, aquisição de transporte para

população rural idosa acessar serviços públicos, horta comunitária e dentre outras iniciativas. Segundo o Pacto Nacional de Implementação dos direitos da pessoa idosa (2020), no ano de 2020 foram cadastrados 694 Fundos na Receita Federal.

Por fim, o **Anexo 2 - Linha do tempo das políticas sobre envelhecimento e pessoa idosa – 1993- 2019** apresenta o conjunto de políticas públicas e demais normativas relevantes no campo do envelhecimento, no período 2002-2019, com as seguintes categorias: base legal, contribuições relevantes daquela normativa para qualificar a vida dos idosos brasileiros e ainda, o link para acesso individual das portarias, leis e demais normas.

IV. Atenção ao Idosos no SUS e a oferta de cuidados na AB

É de conhecimento que a Atenção Primária à Saúde está preparada para responder em torno de 85% das necessidades de saúde da população em geral, e de 70% das necessidades dos idosos. O SUS hoje apresenta capilaridade nacional atingindo, pelo acesso à AB, mais de cinco mil municípios do País.

A apropriação do território bem como da situação de vida e saúde da população adscrita é de vital importância para se trabalhar/elaborar um quadro de fatores que permita estabelecer respostas às necessidades demandadas pela comunidade e, em questão, pelas pessoas idosas e, tanto nos seus aspectos de atenção aos agravos em geral, e imprescindivelmente aos mais frequentes e, ainda, às situações de riscos que podem levar ao adoecimento, definida como vigilância de riscos para a ocorrência de agravos à saúde, com o objetivo de estabelecer o desenvolvimento de ações que promovam proteção aos idosos, principalmente aos mais vulneráveis.

No geral, o sistema de saúde responde às questões pontuais e por assim dizer mais voltadas às situações agudas ou às agudizações de agravos crônicos não transmissíveis. Com o advento do envelhecimento da população, e não só por isto, a demanda de serviços tem cada vez mais aumentado e diversificado, requerendo da atenção em saúde como um todo, incluindo as promovidas pela AB, a formulação e implementação de propostas de intervenção mais complexas, multiprofissionais e multissetoriais, para promover maiores níveis de saúde e o bem-estar dos que envelhecem.

A promoção de maiores níveis de saúde e bem-estar, requer a abordagem de múltiplas dimensões da vida dos idosos. Conhecer a população idosa usuária é o passo inicial para se migrar de um atendimento focado no atendimento dum demanda espontânea para o polo que trabalhe uma oferta de cuidado a partir das necessidades da pessoa e do grupo populacional

adscrito à UBS. Assim, a identificação da população idosa é o ponto de partida para o reconhecimento das reais necessidades dos residentes no território, com a realização de um cadastro das pessoas e das famílias, numa perspectiva para além dos problemas de saúde estritamente, e sim, identificando como vivem os idosos, qual o suporte familiar e comunitário que possuem, como moradia, trabalho e renda, lazer e participação social, mobilidade e autonomia. O conhecimento desta população é um processo complexo e que exige organização e método para enxergar potenciais e fragilidades pessoais e do grupo, e identificar vulnerabilidade.

1. Envelhecimento e Capacidade Funcional

O aumento da expectativa de vida não está diretamente relacionado ao aumento na proporção de pessoas que envelhecem de forma saudável, principalmente nos países em desenvolvimento (Relatório Década Envelhecimento Saudável- OMS, 2020) e este cenário requer mudanças estruturais na visão de saúde, do processo de envelhecimento e, sobretudo, na abordagem aos idosos. Diante do envelhecimento populacional e da complexa transição nos padrões de morbi-mortalidade da população, passou-se a observar, para além das doenças crônicas, a capacidade funcional (CF) e os níveis de independência e autonomia da pessoa idosa, para a promoção de um envelhecimento saudável, alvo da OMS nesta década (2020-2030).

De forma abrangente, promover o envelhecimento saudável, envolve o desenvolvimento e manutenção da CF ao longo de toda a vida para que se possa atingir bem-estar na velhice. A incorporação da CF na abordagem ao idoso se mostra como um novo paradigma de saúde pois, além de considerá-la como medida de bem estar físico, mental e social, traz uma visão multidimensional que vai além da doença, possibilitando um cuidado mais abrangente, integrado e longitudinal (CÉSAR, 2015; PINTO, 2016; OPAS, 2020).

A CF envolve a interação entre a capacidade intrínseca (CI), o ambiente e o indivíduo, e segundo a OMS, é definida como os atributos de saúde que permitem que a pessoa faça aquilo que valorize de forma independente, (ICOPE, 2020). Define-se CF como a habilidade para realizar atividades que possibilitam à pessoa cuidar de si mesmo e viver de forma independente. A Sua mensuração, na avaliação do idoso, propicia um indicador de saúde mais amplo que a morbidade, pois se correlaciona com a qualidade de vida; por outro lado a CI abrange as capacidades tanto físicas como locomoção, metabolismo, equilíbrio energético, visuais, auditivas, quanto as mentais como as cognitivas que incluem as habilidades de pensamento,

raciocínio e memória de um indivíduo que são utilizadas durante sua vida e recrutadas conforme a demanda do ambiente (WHO, 2015; OPAS, 2020), sendo, de forma prática, o que determina o desempenho das atividades do cotidiano, incluindo as atividades básicas e instrumentais de vida diária (KATZ; LAWTON; BRODY, 1963) atividades básicas da vida diária (ABVD) compreendem as atividades de auto cuidado **como realização de transferências, uso do vaso sanitário, continência esfinteriana, alimentar-se, tomar banho e vestir-se**. As atividades instrumentais da vida diária (AIVD) envolvem funções como **uso do telefone, fazer compras, uso de meios de transporte para locomoção, manejo de medicação, tarefas domésticas, preparo de refeições, e manejo das finanças**, requerendo além de boas funções físicas, bons níveis de capacidade cognitiva e, de forma usual sofrem impacto das alterações fisiológicas advindas da velhice antes das ABVD's por serem mais complexas. (IKEGAMI *et al*, 2020; KATZ; LAWTON; BRODY, 1963).

Em função do processo de envelhecimento experienciado por cada indivíduo, a CF e a CI podem declinar, de formas e em ritmos distintos entre elas e os indivíduos. A exposição a fatores de risco e proteção, doenças, escolhas individuais e recursos disponíveis ao longo da vida interferem neste declínio, evidenciando como a velhice se apresenta de formas distintas entre os idosos, independentemente da idade. Por diversas razões, um indivíduo de 60 anos pode ter um nível de CF menor do que um indivíduo de 80 anos e se tornar dependente de cuidados, apesar de ter menos idade. (WHO, 2015; WHO, 2017; GUTIÉRREZ-ROBLEDO *et al.*, 2019; BEARD *et al.*, 2019; IKEGAMI *et al*, 2020; ICOPE, 2020).

Decréscimos dos níveis de CF, embora sejam usuais entre os idosos, não são inerentes à velhice, mas podem afetar seu desempenho nas atividades de vida diária e, portanto, devem ser identificados de forma precoce pelas equipes utilizando-se instrumentos de fácil aplicabilidade e sensibilidade ao declínio, permitindo cuidado do idoso de maneira antecipada e eficiente, além de resposta adequada dos serviços de saúde, prevenindo-se a dependência (WHO, 2017; GORE *et al.*, 2018; BEARD *et al.*, 2019, CÉSAR *et al*, 2016, PINTO *et al*, 2015; IKEGAMI *et al*, 2020). O cuidado integral, longitudinal e coordenado pelas equipes, centrado na AB, permite que idosos possam viver mais e com maiores níveis de CF.

A identificação e classificação do **perfil funcional** permite aos profissionais da equipe uma visão realista dos problemas, necessidades e preferências do idoso, de forma a direcionar suas ações e cuidado.

A avaliação da dimensão funcional, tem como propósito analisar as funções globais para desempenho das atividades da vida diária, que somada à avaliação ambiental, além de anamnese e exame físico, permitem a identificação de perfis funcionais e a elaboração de planos de cuidados que atendam às necessidades e preferências do idoso e sua família. Intervir de forma imediata impede perdas na CF, minimizando o risco de dependência e cuidado a longo prazo (GORE *et al.*, 2018)

A caderneta de saúde da pessoa idosa é um importante instrumento no gerenciamento do cuidado ao idoso e está disponível para os profissionais da AB, de forma a qualificar a atenção, uma vez que é neste nível de atenção que encontramos os principais recursos de assistência que a maioria dos idosos necessita, além de capacidade para oferta do cuidado integral à pessoa idosa. Diretrizes para cuidado da pessoa idosa no SUS. (SUS, 2014).

A elaboração de um plano de cuidado para o idoso envolve a identificação de diferentes perfis de funcionalidade, práticas seguras de cuidado centrados na pessoa, em suas doenças, especificidades e em evidências científicas.

A avaliação multidimensional do idoso (ou Avaliação Geriátrica Ampla), disponível na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (Ministério da Saúde) é um recurso de reconhecida evidência, imprescindível para se ampliar e compreender a visão do estado de saúde da pessoa idosa, garantindo uma abordagem integral e eficiente sobre as suas principais necessidades e, principalmente, com o objetivo de se prevenir declínios da CF. Apesar de ser um processo diagnóstico que englobe as principais dimensões de saúde, planejado para detectar problemas clínicos, psicossociais e funcionais deve ser utilizado com racionalidade e com objetivo também de se traçar um plano de cuidados adequado e integral que envolvam cuidado a médio e longo prazo, de preferência por equipe interdisciplinar (BRITO; NETTO, 2010)

FICHA ESPELHO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

1. IDENTIFICAÇÃO



Nome: _____ Nome Social: _____
 Data de Nascimento: ____/____/____ Feminino Masculino Estado civil _____
 Raça/Cor: Branca Preta Parda Amarela Indígena Não declarada

Endereço: _____
 Telefones: _____ Pessoa de Referência: _____ Tel.: _____
 Unidade de saúde de Referência: _____ CNS: _____ Nº Prontuário: _____
 Data de entrega da Caderneta: ____/____/____ Responsável pela entrega: _____

2. AVALIAÇÃO CLÍNICA

Doenças prévias ou já diagnosticadas:
 Acidente Vascular cerebral Anemia Asma Diabetes Hipertensão arterial Doença arterial coronariana
 Insuficiência cardíaca Doença pulmonar obstrutiva crónica Úlcera gastrointestinal Epilepsia Depressão
 Ansiedade Incontinência Urinária Declínio cognitivo ou Demência Outras: _____

Mais de 2 internações no último ano: Sim Não Motivo 1ª _____ Motivo 2ª _____ Motivo 3ª _____
 Cirurgia (s) prévia (s): Sim Não Tipo: _____ Ano: _____

Dados antropométricos

	20__	20__	20__	20__	20__
Peso					
Altura					
IMC= peso/altura ²					
Perímetro da Panturrilha (PP) esquerda					

Emagrecimento não intencional no último ano:
 Sim Não Quanto: _____ kg
 Glicemia Jejum _____
 Glicemia casual _____

Polifarmácia: uso concomitante de 5 ou mais medicamentos?

DATA / /	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	DATA / /	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
DATA / /	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	DATA / /	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
DATA / /	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	DATA / /	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO

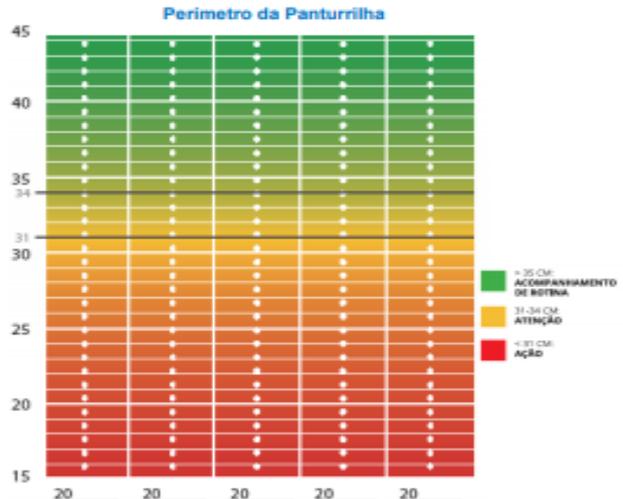
Presença de dor com duração igual ou superior à 3 meses?

DATA	LOCALIZAÇÃO DA DOR	INTENSIDADE (LEVE, MODERADA, INTENSA)	DATA	LOCALIZAÇÃO DA DOR	INTENSIDADE (LEVE, MODERADA, INTENSA)

Avaliações odontológicas realizadas

/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
-----	-----	-----	-----	-----

Hábitos de vida
 Fumante: Sim Não
 Faz uso de álcool: Sim Não
 Prática atividade física: Sim Não
 Atividades sociais ou algum tipo de lazer: Sim Não



Data da queda (mês/ano)	Qual foi o local da queda?		A queda causou alguma fratura?		Você parou de realizar alguma atividade por medo de cair novamente?	
	Dentro de casa	Fora de casa	Sim/Qual?	Não	Sim	Não

Deficiência: Sim Não
 Auditiva Visual Intelectual / Cognitiva
 Física Outra: _____

3. AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL

Sabe ler e escrever: Sim Não
 Escolaridade: Nenhuma De 1 a 3 anos De 4 a 7 anos 8 anos ou mais

Trabalha atualmente ou possui algum tipo de atividade remunerada: Sim Não
 Aposentado: Sim Não
 Recebe algum tipo de benefício: Sim Não Qual: _____

Suporte Familiar

Mora só
 Mora com cônjuge
 Mora com familiares /parentes
 ILPI
 Outros: _____

Em caso de necessidade, conta com alguém para acompanhá-lo à UBS: Sim Não

Acesso a serviços:
 Acesso a transporte público: Sim Não
 Acesso fácil a supermercado, farmácia, padaria, etc.: Sim Não

Alteração de Cognição
 (Questões dirigidas à pessoa idosa, familiar ou cuidador)

Alguém (família ou amigo) falou que você está ficando esquecido? Sim Não
 O esquecimento está piorando nos últimos meses? Sim Não
 O esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? Sim Não

Alteração de Humor
 (Questões dirigidas à pessoa idosa, familiar ou cuidador)

No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? Sim Não
 No último mês, você perdeu o interesse em atividades anteriormente prazerosas? Sim Não

4. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO VULNERÁVEL (VES-13)

1. Idade		20	20	20	20	20
60 a 74 anos	0 pontos					
75 a 84 anos	1 ponto					
≥ 85 anos	3 pontos					
2. Auto percepção de saúde:		20	20	20	20	20
Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	Excelente 0 pontos Bom 0 pontos Muito bom 0 pontos Ruim 1 pontos Regular 1 pontos					
3. Limitação física						
Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas:						
Pontuação:						
As respostas "muita dificuldade" ou "incapaz de fazer" valem 1 ponto cada. Todavia, a pontuação máxima nesse tópico é de 2 pontos, ainda que a pessoa tenha marcado ter "muita dificuldade" ou ser "incapaz de fazer" as 6 atividades listadas.						
	A B C D E	20	20	20	20	20
Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E					
Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 kg	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E					
Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E					
Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E					
Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E					
Fazer serviço doméstico pesado, como esfregar o chão ou limpar janelas	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E					
Chave de respostas:						
A) Nenhuma dificuldade	B) Pouca dificuldade	C) Média (alguma) dificuldade				
D) Muita dificuldade	E) Incapaz de fazer (não consegue fazer)					
4. Incapacidades						
Pontuação: As respostas positivas ("sim") valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima nesse tópico é de 4 pontos, mesmo que a pessoa idosa tenha respondido "sim" para todas as perguntas.		20	20	20	20	20
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?	<input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde.					
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, seus gastos ou pagar contas?	<input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde.					
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de caminhar dentro de casa?	<input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não ou não caminha dentro de casa por outros motivos que não a saúde.					
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar tarefas domésticas leves, como lavar louça ou fazer limpeza leve?	<input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não ou não realiza tarefas domésticas leves por outros motivos que não a saúde.					
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho(a)?	<input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não ou não toma banho sozinho(a) por outros motivos que não a saúde.					

0 a 2 pontos: Acompanhamento de rotina
 ≥ 3 pontos: Atenção Ação

PONTUAÇÃO TOTAL

Classificação segundo Funcionalidade: Perfil 1 Perfil 2 Perfil 3

Perfil 1: Idosos que realizam suas atividades de forma independente e autônoma.
 Perfil 2: Idosos que realizam suas atividades de forma adaptada, modificada ou com o auxílio de terceiros.
 Perfil 3: Idosos totalmente dependentes de terceiros.

173

Fonte: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. MS. 2017

Todos os idosos podem se beneficiar da avaliação multidimensional, mas sua aplicação é imprescindível para aqueles que se encontram em risco de desenvolvimento de fragilidade e declínio funcional a ponto de interferir na realização de suas atividades do dia a dia e que

precisem de uma intervenção específica para regressão do quadro de perdas funcionais e outras condições específicas associadas.

Perfil 1: Idosos independentes e autônomos para realizar as atividades de vida diária, são aqueles que devem ser abordados com a elaboração do Projeto de Saúde no Território - PST que inclui a avaliação do território e da comunidade, diagnóstico territorial e da comunidade e metas compartilhadas com comunidade da pessoa idosa e Projeto Terapêutico Singular - PTS que envolve a avaliação multidimensional, diagnóstico amplo, metas terapêuticas compartilhadas com pessoa idosa, além de ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos e intervenções terapêuticas com objetivo de evitar o declínio funcional.

Perfil 2: Idosos com necessidade de supervisão de terceiros e/ou adaptação para realizar as atividades de vida diária, além das ações propostas para o perfil 1 acrescenta-se a necessidade de promover ações terapêuticas de recuperação funcional ou prevenção de declínio.

Perfil 3: Idosos dependentes de terceiros para realizar as atividades de vida diária, além das ações propostas para os perfis 1 e 2, o Projeto Terapêutico Singular – PTS, pode ser uma importante ferramenta para o cuidado integral, pois além de contemplar possíveis ações terapêuticas de recuperação funcional ou prevenção de declínio, deve considerar o cuidado aos familiares e cuidadores, cuidados paliativos e domiciliares.

A realização da avaliação multidimensional do idoso, embora seja recomendada nos principais documentos de orientação ao cuidado da pessoa idosa no SUS, pode-se apresentar, em algumas situações, como um processo complexo 9tirei essa parte depois da fala da Cristina que provaram o tempo necessários ser satisfatório. Dentro deste contexto, o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional – 20 (IVCF-20) apresenta-se como um instrumento com alto grau de especificidade e confiabilidade quando comparado à avaliação multidimensional do idoso no rastreio de idosos com risco de fragilização ou frágeis e permite abordagem rápida nestes casos.

IVCF-20 (versão do profissional de saúde)

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20
www.ivcf.org.br

*Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você.
Não deixe incertezas de responder, utilize as respostas do cuidador.*

			Pontuação
IDADE		1. Qual é a sua idade?	
			<input type="checkbox"/> 60 a 74 anos ^B <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos ^C <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos ^D
AUTO-PERCEÇÃO DA SAÚDE		2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	
			<input type="checkbox"/> Excelente, muito boa ou boa ^B <input type="checkbox"/> Regular ou ruim ^D
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental <small>Respostas possíveis incluem: é possível cozinhar. Trabalhar a ponto-de-venda máximo de itens de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha responsabilidade por parte de um ou dois itens 1, 4 e 5.</small>	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?	6 pts 4 pts 2 pts
		4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa?	
	5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve?		
	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?		
	AVD Básica	7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?	
COGNIÇÃO		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?	
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?	
		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?	
HUMOR		11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?	
		12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?	
MORBIDADE	Alcance, proxeção e pinça	13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?	6 pts 4 pts 2 pts
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? • Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês (). • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m ² (). • Circunferência da panturrilha a < 31 cm (). • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos ().	
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?	
	Continência esfeérica	16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?	
COMUNICAÇÃO	Visão	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?	
	Audição	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato.	
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição.	
	Polifarmácia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? • Cinco ou mais doenças crônicas (). • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia (). • Interação recente, nos últimos 6 meses ().	6 pts 4 pts
	Internação recente (<= 6 meses)		
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)			

Fonte: Índice de Vulnerabilidade Clínica e Funcional. Em ivcf.org.br.

O IVCF-20 foi desenvolvido e validado no Brasil, a partir do Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13) e de outros instrumentos de triagem rápida amplamente citados na literatura. Em 2019, o IVCF-20 foi reconhecido como um dos quatro melhores instrumentos do mundo capazes de reconhecer o idoso frágil. É um instrumento simples e de rápida aplicação (leva de 5 a 10 minutos) e tem a vantagem de apresentar caráter multidimensional, avaliando oito dimensões consideradas preditoras de declínio funcional.

Cada seção é avaliada por meio de perguntas simples, que podem ser respondidas pelo idoso ou por alguém que conviva com ele (familiar ou cuidador). Pode ser aplicado por qualquer

profissional da equipe da AB, sendo de fácil capacitação. Pode ser realizado durante a visita ou atendimento familiar, nas várias oportunidades de contato com a equipe.

A metodologia propõe uma pontuação que possibilita correlacionar o risco de vulnerabilidade clínico-funcional e o declínio funcional, conforme disposto no quadro abaixo.

0-6 pontos	Idosos com baixo risco de vulnerabilidade clínico-funcional	Ausência de declínio funcional
7-14 pontos	Idosos com moderado risco de vulnerabilidade clínico-funcional	Possível declínio funcional
≥15 pontos	Idosos com alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional	Presença de declínio funcional

As doenças crônicas comuns no idoso implicam na capacidade funcional, a hipertensão arterial, assim como a diabetes melitus, e suas possíveis complicações como os agravos vasculares cerebrais, podem levar a incapacidade funcional, assim como a osteoporose, com possibilidades de fraturas/quedas, também pode comprometer a funcionalidade da pessoa idosa, para citar as mais frequentes. Importante considerar que a desnutrição ou mesmo a nutrição inadequada, pode colaborar para a perda de força e massa muscular, e aumenta a probabilidade de incapacidade.

1. Elaboração de plano de cuidados para o idoso atendido na AB

Ampliar o acesso aos serviços de cuidados integrados e de atenção primária à saúde centrados na pessoa e que atendam às necessidades dos idosos são uma das áreas de ação do plano para a Década Envelhecimento Saudável (OMS, 2020) de forma que este grupo possa ter acesso às ações de promoção à saúde até contribuir com o desenvolvimento de comunidades que promovam as capacidades da pessoa idosa. Organizar o cuidado à pessoa idosa na AB é garantir um cuidado coordenado, longitudinal, integral e eficiente, de modo que grande parte dos problemas apresentados possam ser resolvidos neste nível de atenção, evitando-se intervenções e internações desnecessárias.

Na estruturação e organização da atenção à saúde para a pessoa idosa, alguns princípios devem que ser considerados e seguidos, a saber: idoso não é uma questão etária apenas, e sim composta com as possibilidades e fragilidades de cada pessoa, nos aspectos clínico-funcional e sócio-familiares; a oferta de cuidado deve considerar as particularidades do usuário e estabelecido em comum acordo com a pessoa, familiares ou cuidadores, quando for o caso, a depender da situação de autonomia ou dependência do idoso; o cuidado deve abranger aspectos tanto de prevenção e promoção da saúde, quanto de tratamento e reabilitação buscando sempre

a manutenção da integração social; e, ainda, o cuidado é um processo contínuo devendo a organização da assistência não se caracterizar como pontual. Ainda, entende-se que as UBS's já possuem atividades em diferentes estágios de consolidação, por vezes mais ou menos articuladas e aqui procura-se apontar uma estratégia de implantação ou melhoria dos processos de trabalho existentes.

A organização da assistência à saúde numa perspectiva integral e multiprofissional requer etapas a seguir elencadas:

- Cadastro do idoso morador na área da UBS: este cadastro pode ser realizado tanto num atendimento na UBS quanto nas visitas domiciliares realizadas pela equipe de referência, e preferencialmente como o cadastro familiar.
- Captação do idoso para o acompanhamento na UBS: a depender da necessidade identificada quando do cadastramento, ou mesmo quando da utilização de serviços na UBS, como vacinação, dispensação de medicação e curativos, entre outros.
Obs. O cadastro e a captação são atividades que se sobrepõem não sendo estanques na sua sequência.
- Avaliação multiprofissional e interdisciplinar: a avaliação clínica é a mais comumente realizada, identificando fatores de risco tradicionais, presença de doenças crônicas degenerativas e medicação em uso. A avaliação familiar, funcional e da capacidade de realizar as atividades da vida diária, básica e instrumentais (ABVD e AIVD) sempre que possível devem ser realizadas, e é imprescindível para os idosos em risco de fragilização ou frágeis.
- Estratificação de risco clínico-funcional: dependendo da avaliação da pessoa idosa as atividades e acompanhamento devem ser programadas.
- Acompanhamento ao longo do tempo: os retornos periódicos bem como os atendimentos pelos diversos profissionais da equipe ficam na dependência das necessidades de cada idoso.
- Gestão do cuidado: desenvolvida pela equipe de saúde local e articulada com a gerência do serviço, buscando a integralidade das ações de saúde propostas, estabelecendo um plano de cuidado, para garantia deste à pessoa idosa.
- Monitoramento e avaliação: instituir indicadores de processo (p.ex. taxa de idosos cadastrado e taxa de avaliados); e indicadores de resultado (p.ex. taxa de internação

por causas sensíveis à atenção primária-ICSAP e taxa de internação por queda com e sem fratura).

A estruturação mais ou menos abrangente da organização do atendimento depende da estrutura física e de recursos humanos disponíveis na Unidade.

Quadro Síntese das Etapas para Abordagem do Idoso

Atividade	
Captação da Pessoa Idosa	Pode ocorrer em qualquer atendimento na UBS ou na comunidade
Cadastro (preferencialmente familiar)	Pode ser realizado na UBS e em atividade na comunidade
Avaliação Multidimensional Clínico-funcional	Pode ser realizada por qualquer técnico da equipe e, preferencialmente, utilizar o IVCF-20
Programação de atividades e acompanhamento	De acordo com o risco clínico e perfil de funcionalidade do idoso
Gestão do Cuidado	Desenvolvida pela equipe de saúde em articulação com a gerência do serviço
Monitoramento e Avaliação	Instituir indicadores de processo e de resultado

Fonte: Elaboração própria

Sem que se perca a coordenação do cuidado pela AB, o encaminhamento destes usuários para pontos de atenção secundários como Centro de Referência do Idoso (CRI) e outros ambulatoriais, deve ser feito com critérios claros de benefício para seu tratamento e recuperação e, portanto, quanto maior o número de necessidades puder ser atendido na AB, melhor o gerenciamento do cuidado e menor o risco de dano. (Diretrizes para cuidado da pessoa idosa no SUS, 2014, Estratificação de perfis de funcionalidade - UNASUS), bem como referenciar-se aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que se constituem como arranjos já existentes para prestar matriciamento e auxiliar as equipes de saúde da família a perspectiva de ampliar de garantir a integralidade do cuidado.

V. Considerações Finais

A UBS se constitui a porta de entrada do idoso para o SUS e o local mais próximo do usuário e a comunidade, tendo na AB a possibilidade privilegiada para a coordenação do cuidado. Para tanto, a organização dos processos de trabalho deve ser garantida e sistematicamente revisada, sendo de atribuição da gerência local, com clara determinação da Gestão Municipal, constituindo-se numa explícita política de governo.

O aumento progressivo no número de idosos na população, torna necessário e imperioso que os gestores municipais das todas as áreas, coloquem na pauta do dia a dia e como prioridade a ser permanentemente buscada, a organização da cidade e dos serviços oferecidos para que sejam inclusivos das pessoas idosas. Para o setor saúde o desafio é grande, mas também promissor, pois já existe uma prática de atendimento ao idoso no SUS, e na Estratégia de Saúde da Família uma potente política de trabalho em saúde para além do binômio saúde-doença, com a possibilidade de desenvolver ou aprimorar uma atenção em saúde que considere as condições sócio familiares e de riscos sanitários.

Assim, cabe aos Gestores Municipais de Saúde estabelecerem estratégias de fortalecimento da AB, com a garantia de recursos humanos multiprofissionais com formação técnica ampla na composição das equipes; promoverem a organização dos processos locais de trabalho, com a elaboração de instrumentos que auxiliem no registro de informações e dados, inclusive com o uso da informática; trabalharem com metas e indicadores-operacionais e de processos. Estas atividades devem ser construídas em conjunto com as gerencias e equipes das UBS's e com elas pactuadas. Ainda, a garantia de gerencias locais, com forte atuação na gestão de pessoas e processos, é condição primordial para a bom trabalho da AB.

179 À gerente local cabe garantir recursos necessários para o desenvolvimento dos trabalhos das equipes, organizar os fluxos internos de usuários, e, na micro gestão do cuidado, deve privilegiar espaços de discussões de casos no seu andamento e adequados encaminhamentos internos e externos, sempre com vistas ao benefício que agrega e minimizando danos à pessoa usuária. Ainda deve atentar tanto para a participação da população, através de conselho de saúde local, bem como se apropriar dos recursos sociais existentes no território, articulando a participação ativa destes.

Ainda, a depender das necessidades identificadas e/ou demandadas às UBS's cabe cuidar de situações particulares, como para pessoas em situação de rua, idosos em lares ou instituições de longa permanência, dando apoio aos cuidadores formais e informais.

As secretarias municipais de saúde devem, muitas vezes em conjunto com as secretarias estaduais, organizar fluxos externos de encaminhamento dos usuários para atendimentos em especialidades e de apoio diagnóstico, bem como com outros setores, como os da área social, mas não apenas, como com a de transporte, pensando na necessidade de deslocamento do usuário, e de cultura e lazer, na promoção de vivência e bem-estar.

Por fim, reconhece-se que o desafio é grande, mas com um olhar constante, atento, ampliado, macro e ao mesmo tempo micro, é que se conseguirá atingir um ótimo de atuação da AB como coordenadora do cuidado ao idoso e à comunidade em geral, maior resolubilidade e eficiência, numa perspectiva mais ampla.

Referências bibliográficas

ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina (org.). **A Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro.IPEA.2016.

BARRETO, S. M.; FIGUEIREDO, R. C. de. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. suppl 2, p. 38–47, 2009. DOI 10.1590/S0034-89102009000900006. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edssci&AN=edssci.S0034.8910200900090006&lang=pt-br&site=eds-live&scope=site>. Acesso em: 6 out. 2021.

BEARD, John R *et al.* The structure and predictive value of intrinsic capacity in a longitudinal study of ageing. *BMJ open*, v. 9, n. 11 e026119. 2019. Doi:10.1136/bmjopen-2018-026119. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/11/e026119.full.pdf>. Acesso em: 01 out. 2021.

BÓS, Ângelo José Gonçalves *et al.* Diferenças no perfil socioeconômico e de saúde de idosos do meio rural e urbano: pesquisa nacional de saúde, 2013. *Geriatrics Gerontol Aging*, v.12, n.3, p.148-153, 2018. Disponível em: https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/15727/2/Diferencas_no_perfil_socioeconomico_e_de_saude_de_idosos_do_meio_rural_e_urbano_PNS_2013.pdf. Acesso em: 1 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Guia de Orientações para Estados**, 2020. EBAPI- Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa. Disponível em:

<http://www.mds.gov.br/cartilha-ebapi-estados>. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**, 2017. Disponível em: <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/CADERNETA-PESSOA-IDOSA-2017-Capa-miolo.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 07 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: Proposta de Modelo de Atenção Integral**. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, maio. 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf Acesso em: 22 de abril 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS N° 2**, de 28 de setembro de 2017. Anexo XII. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 10 abr. 2021.

BRASIL Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS N° 2**, de 28 de setembro de 2017. Anexo XXII. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 10 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS N° 3**, de 20 de setembro de 2017. Anexo I. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 10 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS N° 3**, de 28 de setembro de 2017. Anexo III. Rede de Atenção às Urgências (RUE). 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 10 abr. 2021.

BRASIL Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS N° 3**, de 28 de setembro de 2017. Título XI. Organização dos cuidados prolongados na Rede de Atenção às Urgências e Emergências e as demais Redes Temáticas, no âmbito do Sistema único de Saúde. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 10 abr. 2021.

BRASIL Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS N° 5**, de 28 de setembro de 2017. Capítulo III, Seção I Do Atendimento e Internação Domiciliar. 2017. Disponível em: <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/PRC-5-Portaria-de-Consolida---o-n--5--de-28-de-setembro-de-2017.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 15 abr. 2021.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social, 2004. Disponível em: <https://www.mds.gov.br>. Acesso em: 15 abr. 2021.

BRAVEMAN, Paula A *et al.* Health disparities and health equity: the issue is justice. **Am J Public Health**, v.101 Supl 1, (Supl (1), 2011. P.149-55. doi:10.2105/AJPH.2010.300062. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3222512/>. Acesso em: 07 jun. 2021.

BRITO, Francisco Carlos; NETO, Matheus Papaléo. **Aspectos Multidimensionais. Tratado de Medicina de Urgência do idoso**. São Paulo. Editora Atheneu, 2010 p.27- 38.

CARVALHO, Islene Araujo de *et al.* **Operationalising the concept of intrinsic capacity in clinical settings**. Geneva: WHO; 2017. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/health-systems/clinical-consortium/CCHA2017-backgroundpaper-1.pdf>. Acesso em: 07 out. 2021.

CÉSAR, Cibele Comini *et al.* Capacidade funcional de idosos: análise das questões de mobilidade, atividades básicas e instrumentais da vida diária via teoria de resposta ao Item. **Cadernos de Saúde Pública**, v.31, n.5, p.931-945, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00093214>. Acesso em: 18 maio 2021.

CESARI, Matteo *et al.* Evidence for the Domains Supporting the Construct of Intrinsic Capacity. **The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences** v. 73, n.12, p. 1653-1660, 2018. doi: 10.1093/gerona/gly011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29408961/>. Acesso em: 12 jun. 2021.

CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE. **Envelhecimento Ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade**. 1ª ed. Rio de Janeiro, RJ, ILC-Brasil, 2015.

FERNANDES, Ana Tereza; CASTRO, Camila; MARON, Juliana. Desafios para implementação de políticas públicas: intersectorialidade, regionalização. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 16-18 abr. 2013, Brasília, DF. **Painel 07/025: Governança em rede: inovações da gestão regionalizada em Minas Gerais**. *Anais...* Brasília, DF, 2013. p. 1-20.

FREITAS, Elizabeth Viana de; COSTA, Elisa Franco De Assis; GALERA, Siulmara Cristina. **Avaliação Geriátrica Ampla**. In: FREITAS, Elizabeth Viana de; PY, Ligia (ed.). Tratado de geriatria e gerontologia, 4ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2016 p. 152-167.

GORE, Peter G *et al.* New horizons in the compression of functional decline. **Age and ageing**, v. 47, n.6, p.764-768, 2018. doi: 10.1093/ageing/afy145. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30165372/>. Acesso em: 02 maio 2021.

GOULART, Flávio A. de Andrade. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde, 2011. 92 p.

GUTIÉRREZ-ROBLEDO, L. M.; GARCÍA-CHANE, R.E.; PÉREZ-ZEPEDA, M.U. Allostatic Load as a Biological Substrate to Intrinsic Capacity: a secondary analysis of CRELES. **The journal of nutrition, health & aging**, v.23, n.9, p.788-795, 2019. doi:10.1007/s12603-019-1251-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31641727/>. Acesso em: 19 abr. 2021.

IBGE. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. Acesso em: 25 de Abril de 2021.

ILINCA Stefania *et al.* **Gender and Social Class Inequalities in Active Ageing: policy meets theory**. Viena: European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2016.

IKEGAMI, Érica Midori *et al.* Capacidade funcional e desempenho físico de idosos comunitários: um estudo longitudinal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p.1083-1090, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.18512018>. Acesso em: 15 jun. 2021.

KATZ Sidney *et al.* Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **Jama**, v. 185, n. 12, p. 914-9. DOI: 10.1001/jama.1963.03060120024016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14044222/>. Acesso em: 15 jun. 2021.

LAWTON M.P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Nursing Research**, v.19, n. 3, p. 278, 1970. Disponível em: https://journals.lww.com/nursingresearchonline/citation/1970/05000/assessment_of_older_people__self_maintaining_and.29.aspx. Acesso em: 3 abr. 2021.

LEITE, Iuri da Costa *et al.* Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v.31, n. 7, p. 1551-1564, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00111614>. Acesso em: 14 abr. 2021.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). **Rev Saude Publica**, v. 51, n. suppl 1, p. 6s, Jun 2017.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.2, p.327-38, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>. Acesso em: 21 maio 2021.

MULLER, Neusa Pivatto (org.) **Guia de Políticas, Programas e Projetos do Governo Federal**. Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2015.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66, n.spe. p.158-164, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>. Acesso em: 15 jul. 2021.

OPAS. **Manual: orientações sobre a avaliação centrada na pessoa e roteiros para a atenção primária**. Washington, D.C.: Organização PanAmericana da Saúde; 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51974/OPASFPLHL200004A_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 15 jul. 2021.

PINTO, Andressa Hoffmann *et al.* Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.11, p.3545-3555,

2016. Disponível em: Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.22182015>. Acesso em: 05 set. 2021.

PORTO, Maria Teresa Dalla Fontana Pinto Moreira. **O envelhecimento populacional e a atenção à saúde do idoso na Região Metropolitana de Campinas**. 2011. 122 p. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, SP. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/278695>. Acesso em: 11 abr. 2021.

SOUSA, Neuciani Ferreira da Silva *et al.* Desigualdades sociais na prevalência de indicadores de envelhecimento ativo na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. bras. epidemiol.** Rio de Janeiro, v.22, supl. 2, E190013. SUPL.2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190013.supl.2>. Acesso em: 13 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on ageing and health**. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>. Acesso em: 07 out. 2021.

VIGISAN, 2021. Inquérito Nacional sobre a Segurança Alimentar no cenário da Covid-19,2020. Disponível em: http://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf. Acesso em 12 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity**. Geneva: WHO; 2017. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.06.10>. Acesso em: 07 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Decade of healthy ageing: baseline report**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338677>. Acesso em: 13 abr. 2021.

ANEXO 1 - Políticas Públicas para cuidado integral ao idoso

Setor	Nível atenção	Oferta de cuidado para população idosa	Link
Saúde	Básica	<ul style="list-style-type: none"> - Ações individuais e coletivas no território, porta de entrada e coordenadora do cuidado no SUS e avaliação do idoso. - (NASF) Núcleo de Apoio a Saúde da Família - Consultório de Rua - (PICS) Prática Integrativa e Complementar em Saúde - Saúde Bucal 	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
	Especializada, hospitalar e Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção Hospitalar - Cuidados Prolongados - Hospital-dia - UPA e outros serviços com funcionamento 24h - SAMU 192 - Portas hospitalares de atenção às urgências - SOS Emergências - Enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos. - Inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias: AVC, IAM, traumas. 	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html
	Domiciliar	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção domiciliar na Atenção Básica - AD2/AD3 Programa Melhor em Casa 	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
	Vigilância em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - (PNI) Programa Nacional de Imunizações - (DCNT) – Plano de ações para o enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2011-2022 - Política Nacional de Promoção à Saúde - Política Nacional de Alimentação e Nutrição, de Segurança Alimentar e Nutricional e Estratégia Global de Alimentação saudável, atividade física e Saúde - Controle do tabaco 	https://www.gov.br/saude/pt-br https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf

		<ul style="list-style-type: none"> - Diretrizes e recomendações para o cuidado integral DCNT. - Pesquisas: Pesquisa Nacional de Saúde, Vigitel - (VIVA) Vigilância de Acidentes e violências 	<p>http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_controle_tabaco_relatorio_gestao.pdf</p> <p>https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/v/vigitel</p> <p>http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencias_acidentes.pdf</p>
Desenvolvimento Social (LOAS)	Serviços da Proteção Social Básica (PSB)	<ul style="list-style-type: none"> - (CRAS) Centro de Referência de Assistência Social é a porta de entrada da Assistência Social. - Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif): - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos: - Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com - Acesso ao Benefício da Assistência Social de Prestação Continuada (BPC/Loas) e aos Benefícios Eventuais 	<p>http://www.mds.gov.br/webarquivos/assistencia_social/caderno_PSB_idoso_pcd_1.pdf</p>
	Serviços da Proteção Social Especial (PSE)	<ul style="list-style-type: none"> (CREAS) Centro de Referência Especializado de Assistência Social Média Complexidade - Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (Paefi) - Serviço Especializado em Abordagem Social - Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias: - (Centro Pop) Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua Alta Complexidade - Serviço de Acolhimento Institucional: Casa-Lar e Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) - Serviço de Acolhimento em República 	<p>http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf</p>

<p>Direitos Humanos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - (PNDPI) Pacto Nacional de implementação dos Direitos da Pessoa Idosa - (BPC) Benefício de Prestação Continuada - Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa - Disque 100 – denúncia de violação de direitos humanos - (EBAPI) Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa - Cadastramento de (ILPI) Instituição de Longa Permanência para Idosos) e Concessão de auxílio emergencial para ILPIs - Programa Viver – Envelhecimento Ativo e saudável - Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030 - (CNDI) Conselho nacional de Direitos da pessoa idosa, Conselhos Estaduais e municipais de Direitos do Idoso, - Apoio para equipar conselhos de direitos da pessoa idosa. 	<p>https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/pessoa-idosa/CARTILHA_PACTO_ENVELHECIMENTO .pdf</p> <p>https://www.gov.br/inss/pt-br/saiba-mais/beneficios-assistenciais/beneficio-assistencial-a-pessoa-com-deficiencia-bpc</p> <p>https://meu.inss.gov.br/central/#/login</p> <p>http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acao_enfrentamento_violencia_idoso.pdf</p> <p>https://mdh.metasix.solutions/portal/servicos/informacao?t=50&servico=233</p> <p>https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2019/marco/ProgramaViver.pdf</p> <p>https://www.gov.br/pt-br/servicos/equipagem-dos-conselhos-de-direitos-da-pessoa-idosa</p>
<p>Cidadania</p>	<ul style="list-style-type: none"> - (CADÚNICO) - Cadastro Único para Programas Sociais - Bolsa Família - Auxílio Emergencial 2021 - Carteira do idoso 	<p>https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/cadastro-unico</p> <p>https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/bolsa-familia</p> <p>https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/lei-de-incentivo-ao-esporte</p> <p>https://www.gov.br/cidadania/pt-br/servicos/auxilio-emergencial</p>

		https://www.gov.br/pt-br/servicos/adquirir-carteira-do-idoso
Educação	- (EJA) Educação de jovens e adultos - (UnATIs) Universidades Abertas para a Terceira Idade	https://www.educamaisbrasil.com.br/educacao/noticias/tudo-sobre-eja-o-que-e-e-como-funciona
Transporte	- Gratuidade e assento preferencial para idosos no transporte público	http://www.normaslegais.com.br/legislacao/decreto-5934-2006.htm
Turismo	Viaja Mais Melhor idade	http://www.viajamais.gov.br/vm/

Fonte: Decretos, portarias e normativas do governo federal, no período 1992-2020

ANEXO 2 – Linha do tempo das políticas sobre envelhecimento e pessoa idosa – 1993 -2019

Ano	Política/Estratégia	Base legal	Contribuições	Link
1993	Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS	Lei nº 8.742/93	-Realizar, de forma integrada às políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais.	http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/LoasAnotada.pdf
1994	Política Nacional do Idoso (PNI)	Lei nº 8.842/94 regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96	-Disparar processos para que as políticas públicas incluam os idosos na sua agenda federativa, nas próximas décadas. - Criou o CNDI e foi base para a criação do Estatuto do Idoso.	http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/politica_idoso.pdf
2002	Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa	Decreto nº 4.227/2002	Criar o CNDI com as atribuições, funcionamento e composição.	https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=EA26C49222671E1B3B114AA60

			O Decreto nº 10.643, de 3 de março de 2021 atualizou as orientações e composição do CNDI.	67CC37C.proposicoesWebExterno1?codteor=107587&filename=LegislacaoCitada+-INC+3719/2002
2003	Estatuto do Idoso	Lei nº 10.741/2003.	Garantir direitos às pessoas idosas em todos os setores. -Orientar políticas públicas com foco nas especificidades dessa faixa etária, a partir dos 60 anos e destaca a importância dos conselhos de Direitos da Pessoa Idosa.	https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/lei-no-10-741-de-01-de-outubro-de-2003 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741compilado.htm
2004	Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico)	Lei nº 10.836/2004.	Identificar e caracterizar famílias de baixa renda para acessar os programas sociais de complementação de renda do governo federal. Informações registradas: características da residência, identificação de cada pessoa, escolaridade, situação de trabalho e renda, entre outras. Realiza busca ativa das famílias pertencentes a 15 Grupos Populacionais Tracionais e Específicos (GPTE) para inclusão na atenção prevista.	https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/cadastro-unico
	Política Nacional de Assistência Social (PNAS)	Resolução nº 145 do Conselho Nacional de Assistência Social.	Importante para a universalização dos direitos sociais, ressaltando a dignidade e a autonomia do cidadão, o direito a benefícios e serviços e defendendo a igualdade de direitos.	http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf
2005	Plano de Ação Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa.		Promover ações para cumprimento do Estatuto do Idoso (lei nº. 10.741/2003, sobre enfrentamento da exclusão social e de todas as formas de violência contra	http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acao_enfrentamento_violencia_idoso.pdf

	(II Plano lançado em 2007)		esse grupo social e categorizar os tipos de violências.	
2006	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	Portaria MS/GM n° 2.528/2006	- Promover a recuperação, a autonomia e a independência das pessoas idosas. – Incluir na agenda prioritária da saúde a atenção integral à população idosa e o impacto do processo de envelhecimento.	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudel egis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
2010	Fundo Nacional do Idoso	Lei n° 12.213/2010	Instituir o Fundo Nacional do Idoso e fomentar criação dos fundos estaduais e municipais. Autorizar dedução do imposto de renda devido pelas pessoas físicas e jurídicas para repassar aos fundos para qualificar cuidado do idoso.	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2010/lei/l12213.htm
2013	Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo	DECRETO n° 8.114/2013	Eixos: - Emancipação e protagonismo - Promoção e defesa de direitos - Informação e formação	https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=8114&ano=2013&ato=25fEzZU5ENVpWT93c
2015	Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos		Promover, proteger e assegurar o reconhecimento e o pleno gozo e exercício, em condições de igualdade, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais do idoso, a fim de contribuir para sua plena inclusão, integração e participação na sociedade.	http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/CAO_Idoso/Textos/Conven%C3%A7%C3%A3o%20Interamericana.pdf
	Guia de políticas, programas e projetos do governo federal para a população idosa.	Guia de Políticas, Programa e Projetos do Governo Federal para a População Idosa	Sistematizar o conjunto de políticas, programas e projetos do Executivo Federal dos diversos Ministérios e Secretarias, com foco na pessoa idosa, de acordo com o compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo	https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/1436207288_Guia_de_politicas_publicas_2015.pdf

2018	Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa (EBAPI)	Decreto nº 9.328/ 2018.	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer, nas três esferas de governo, os serviços públicos destinados à pessoa idosa, no âmbito das políticas de assistência social, de saúde, de desenvolvimento urbano, de direitos humanos, de educação e de comunicação. - Fomentar o protagonismo da pessoa idosa e dos conselhos de direitos e incentivar atuação articulada e intersetorial no campo. 	http://mds.gov.br/assuntos/brasil-amigo-da-pessoa-idosa/bases-de-sustentacao
2019	Conselho Nacional de Direitos do idoso (atualizações)	DECRETO Nº 9.893/2019	- Atualizar a composição do CNDI e orientar sobre o funcionamento e atribuições dos conselheiros.	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9893.htm
2020	Pacto Nacional de implementação dos direitos da pessoa idosa- PNDPI – Compromisso da década do envelhecimento 2020-2030.	Cartilha Pacto Nacional de implementação dos direitos da pessoa idosa	<ul style="list-style-type: none"> - Difundir a Política Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, em especial o Estatuto do Idoso, em território nacional; - Ampliar o número de Conselhos dos Direitos das Pessoas Idosas; - Reduzir o índice de violência contra a pessoa idosa. 	https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/pessoa-idosa/CARTILHA_PACTO_ENVELHECIMENTO_.pdf
2021	Conselho Nacional de Direitos da Pessoa Idosa	DECRETO Nº 10.643/2021	Alterar Decreto nº 9.893/2019 que dispõe sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa e amplia a composição do CNDI.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.643-de-3-de-marco-de-2021-306390419

Sistema de Saúde e Saúde Mental no Brasil do século XXI: Sinergismo das redes e a integralidade do cuidado

Health and Mental Health System in Brazil in the 21st century: Synergism of networks and comprehensive care

Maria José Comparini Nogueira de Sá*
Rodrigo Fonseca Martins Leite**
Sandrina Kelem Indiani***

Resumo

O texto busca apresentar questões afim de suscitar debates e diálogos relacionados ao campo social mais amplo da atenção e cuidado em saúde mental, não restrito apenas a atuação de profissionais especializados, e nem ainda às ações já desenvolvidas e consolidadas na atenção básica, previstas e descritas nos manuais e cadernos orientadores do SUS. Incita à criação de novos ambientes, amplamente participativos e acolhedores para expansão dos direitos em direção à uma vida cidadã em comunidades.

Palavras-chave: saúde mental, atenção primária, cuidado em saúde mental.

191

Abstract

The text seeks to present issues in order to raise debates and dialogues related to the broader social field of mental health care and care, not restricted to the work of specialized professionals, nor even to actions already developed and consolidated in primary care, planned and described in SUS manuals and guidebooks. It encourages the creation of new, broadly participatory and welcoming environments for expanding rights towards citizen life in communities.

Keywords: mental health, primary care, mental health care.

* Psicóloga, Especialista em Especialização em Planejamento e Gerenciamento em Saúde, atuando na docência e gestão de organizações voltadas à saúde mental e saúde pública.

** Médico Psiquiatra e Psicoterapeuta, Mestre em Mental Health Policies and Services Universidade Nova de Lisboa-UFRJ -2014, Doutorando da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto em Educação em Saúde; Especialista em Acupuntura, Psicologia Social, Psicoterapia Dinâmica Breve e Psiquiatria Clínica do Adulto, atuando como Profissional e Gestor em Saúde Pública e Mental.

*** Terapeuta Ocupacional, atuando como profissional, apoio e gestão de serviços de Saúde Mental. Exerce a função de Presidente do Conselho Diretor do Serviço de saúde Dr. Cândido Ferreira, Campinas, SP.

Abreviaturas

AB - Atenção Básica

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

1. A cidadania como horizonte inegociável do cuidado: Cidades hostis, estigma estrutural e comunidades líquidas

“Enfermeiras não podem ter qualquer tipo de relacionamento com os familiares dos pacientes, trazer informações, retirar sem permissão do hospital cartas, objetos, mensagens, cumprimentos, bem como não estão permitidas a trazer aos pacientes nenhuma notícia de fora, quaisquer objetos, material impresso ou bilhetes.” (Regulamentos de um hospital psiquiátrico). (BASAGLIA; ONGARO, 1969, tradução nossa).

As pessoas internadas não podem realizar chamadas, apenas receber, o que prejudica sobremaneira as possibilidades de comunicação. Foram obtidos relatos de que os funcionários mentiriam para familiares que tentaram ligar para os internos, dizendo que estes não queriam falar com aqueles, induzindo a pessoa a não mais telefonar e isolando o interno ainda mais de seus entes queridos. (SP 02 – Recanto Vida Nova – Mairinque), (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2017).

Outro ponto importante a se destacar é que geralmente as pessoas chegam à Comunidade Terapêutica trazidas por seus familiares, mas quando estão na comunidade permanecem sem contato com a família, com exceção dos dias de visitas, que acontecem uma vez por mês [e de raros contatos por telefone, quando obtêm autorização da coordenação], o que permite concluir que esses familiares não participam da dinâmica terapêutica. (PB 01- Fazenda do Sol- Campina Grande), (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2017).

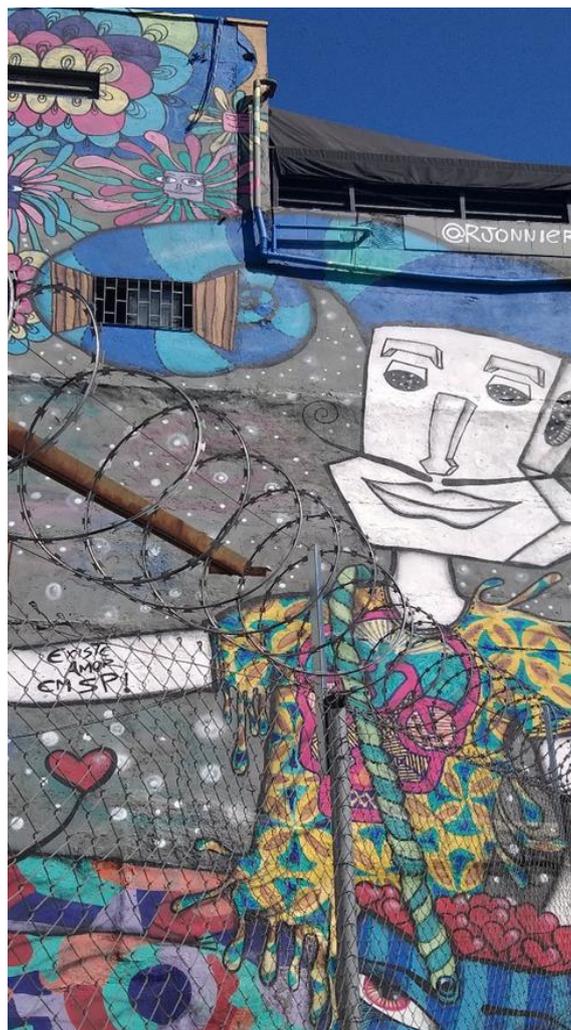
“A retirada do insano de sua casa e associações pregressas deve ser acompanhada de respeito e tratamento gentil acima de qualquer circunstância e engloba trabalhos manuais, comparecimento aos trabalhos religiosos aos domingos, estabelecimento de hábitos regulares de autocontrole e distração da mente em relação aos trens mórbidos do pensamento”. (BRIGHAM, A. 1847; THORNICROFT, G., TANSELLA, M.; GOLDBERG, D. 1999, tradução nossa).

A raiz etimológica da palavra ‘comunidade’ se origina do latim *communitas* que significa “ter em comum” (Concise Oxford Dictionary, 1993). Desta forma, este termo pode se referir a todas as pessoas vivendo numa localidade específica, um território geográfico determinado incluindo seus habitantes, um grupo de indivíduos tendo uma profissão, religião ou laços de identidade compartilhados, associação de pessoas com interesses comuns e a população geral. A aura positiva do termo pode se referir a uma comunidade nostálgica, simbólica ou idealizada, que pode, de fato nunca ter existido concretamente. Esta noção conceitual refere-se a comunidades pequenas e manejáveis com interpenetração de comunicação e experiência, percepção de pertencimento e participação numa causa comum. Nas comunidades reais, frequentemente estes componentes costumam estar ausentes, sugerindo que o campo da saúde mental deveria partir para uma conceptualização mais pragmática e singular de comunidade.

No contexto da revolução tecnológica do século XXI, as redes sociais foram virtualidade e expandem o conceito tradicional de comunidade com repercussões ainda pouco claras nas políticas públicas.

A questão do “direito à cidade” aos portadores de transtornos mentais, ou seja, a fruição plena de uma vida comunitária e pública colide com a organização elitista e asséptica do espaço público. Neste sentido, a proliferação dos condomínios fechados, o combate às cenas abertas de uso de substâncias (“Cracolândias”), a indústria da segurança privada, a imprensa sensacionalista, o incômodo social gerado pelas pessoas em situação de miserabilidade e a arquitetura hostil das cidades tornam mais improvável a inclusão de pessoas excluídas socialmente – incluindo os portadores de transtornos mentais e os indivíduos em uso problemático de substâncias - no contexto urbano Brasileiro.





Imagens públicas ilustrativas ao conceito de cidades hostis, 2020.

2. Necessidades de saúde e saúde mental

O cuidado em saúde ofertado no âmbito dos sistemas de saúde busca dar resposta de modo organizado às necessidades de saúde das pessoas numa dada sociedade. Assim, na identificação dessas necessidades, há que se considerar a temporalidade e as mudanças dessas necessidades para reorientação dos sistemas de saúde.

Para analisar as necessidades de saúde de uma população e dar respostas adequadas aos problemas apresentados se faz necessário que gestores e profissionais considerem de um lado, os determinantes sociais, econômicos, culturais, ambientais e biológicos da população, num dado território e de outro, as respostas que o sistema pode ofertar levando em conta os novos conhecimentos científicos, a incorporação das tecnologias de apoio diagnóstico e terapêutico, as tecnologias de informação e o acesso dessa população.

A situação atual de saúde no Brasil vem se apresentando como resultante de) e alterações no padrão de morbimortalidade (aumento expressivo das doenças crônicas mudanças nos modos de viver (novas exigências derivadas da globalização e tecnologias de informação e comunicacionais), alterações no perfil demográfico (rápido envelhecimento populacional não transmissíveis, persistência de doenças infecto contagiosas, presença de epidemias das violências, e, existência de fatores de risco compartilhados (sedentarismo, alimentação não saudável, tabagismo, uso inadequado do álcool) o que explicita uma situação de saúde complexa impondo desafios aos sistemas de saúde e aqui, do que se trata, ao Sistema Único de Saúde. Então, ao exame dos determinantes em saúde mental deve-se considerar os atributos individuais (administração de pensamentos, emoções, comportamentos e relações) e os fatores sociais, econômicos, culturais, ambientais (considerar as políticas de direitos humanos, proteção social e apoio comunitário).

No campo da saúde mental os determinantes expressam as necessidades, se conformam e se apresentam como importantes desafios ao sistema de saúde representando carga expressiva de doença no SUS, considerando as características do país e da conformação do próprio SUS, sistema proposto firmado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Instituiu-se para responder da melhor forma, ordenado por suas diretrizes, às necessidades de saúde da população brasileira. Prevê oferta de cuidados integrais a serem prestados em sua rede de serviços, estando aí incluídos os de saúde mental, que na atenção básica, a partir de suas unidades, tem a sua principal porta de entrada e facilidade de acesso, bem como a identificação das necessidades das populações a que se destinam, por estarem constituídas num território determinado, cuja saúde da população local encontra-se sob sua responsabilidade, e para a qual deve desenvolver ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e palição. (BRASIL, PNAB, 2017).

Deve portanto, ao identificar necessidades e no exercício de suas funções, formular e executar ações em saúde mental voltadas aos determinantes coletivos e individuais, de promoção e prevenção, realizar identificação precoce de problemas mentais, ofertar tratamento aos problemas mentais frequentes e comuns, acompanhar as pessoas com transtornos mentais mais graves estabilizados, encaminhar adequadamente a serviços especializados, integrar as ações com outros serviços de saúde, outros setores e recursos comunitários, guiada pelo plano de cuidado e projeto terapêutico, buscando dar respostas às necessidades em saúde mental de todos os usuários. (WHO, 2010).

Embora represente um intenso desafio, de um lado, pelo grande contingente de pessoas que se apresentam em sofrimento e de outro, pela falsa ideia de que atender às demandas em saúde mental implica sempre na presença indispensável de especialistas no campo, a atenção em saúde mental na atenção básica já é, muitas vezes, concretizada pelas equipes, no bojo da atenção integral ofertada nas unidades e assentada na participação dos usuários, promoção da liberdade e autonomia dos cidadãos, apoio às lutas pelos direitos sociais, processos de humanização promovido nos territórios e unidades e ainda, assistência com participação, reconhecimento e escuta qualificada das necessidades de cada usuário. Cabe a toda a equipe de saúde da atenção básica o desempenho neste campo, com busca continuada de apoio e capacitação para ampliar o acesso e qualificar as respostas.

2. Necessidades não atendidas de saúde na saúde mental: Baixa expectativa de vida, mortalidade cardiovascular e por causas externas

A tríplice carga de doença no Brasil – representada pelas elevadas taxas de doenças infecto-contagiosas, agravos não transmissíveis relacionados ao envelhecimento da população e alta incidência de acidentes, homicídios e suicídios – constitui desafio sanitário que deve ser confrontando por todas as redes de atenção à saúde; destacando o papel da rede de atenção psicossocial. Os transtornos mentais são, de forma geral, crônicos, de caráter recorrente e, via de regra, em co-ocorrência com hipertensão, diabetes mellitus, doença pulmonar crônica e outras e com fatores de risco tais como uso problemático de tabaco, álcool e outras drogas, sedentarismo, estilo de vida, exposição à violência, auto-agressão e acidentes e dificuldades no acesso ao cuidado em saúde, determinando crescente carga de doença, atualmente de 7% da carga global (GBD, 2016), estimada por anos perdidos por incapacidade e mortalidade precoce. Neste contexto, as ações de promoção, prevenção e seus componentes, tratamento, reabilitação e palição, ofertadas destacadamente pela atenção básica, revestem-se de enorme importância (BRASIL, PNAB, 2017).

A presença de problemas de saúde mental constitui a principal variável associada a iniquidade no cuidado à saúde geral. A evidência de que profissionais de todas as áreas da saúde – inclusive da própria saúde mental – estigmatizam e discriminam esta população é crescente.

A pesquisa epidemiológica mostra de forma clara o excesso de mortalidade entre portadores de transtornos mentais severos e persistentes mesmo em países de alta renda. 77% deste excesso

é relacionado a condições físicas e apenas 14% devido a suicídio. A redução na expectativa de vida é de 20 anos para homens e de 15 anos para mulheres em relação a população geral.

A conclusão de que o transtorno mental *per se* é responsável isoladamente pela carga de mortalidade deve ser evitada. Pessoas com transtornos mentais severos apresentam mortalidade 2 a 3 vezes superior à da população geral, sendo principalmente por causas cardiovasculares.

Experiências no sistema público de saúde do Reino Unido demonstram que, mesmo indicadores simples de qualidade assistencial como porcentagem de indivíduos com transtornos mentais severos e persistentes que tiveram aferição de índice de massa corpórea e medidas de pressão arterial nos últimos 15 meses apresentam baixa cobertura, o que sugere iniquidade no monitoramento da saúde geral desta população. (Physical health indicators in mental illness – NHS). Do ponto de vista da formação dos profissionais e dos campos epistemológicos, é possível afirmar que ainda há uma dicotomia entre os paradigmas essenciais da saúde mental e da saúde pública. A conciliação destas áreas permitirá uma redução efetiva da carga de doença em indivíduos e populações com sofrimento mental.

1. Paradigmas saúde mental - saúde pública: quadro comparativo

Saúde mental	Saúde pública
Foco prioritário em indivíduos	Foco individual e em populações
Destaque a aspectos biológicos e biográficos	Destaque a fatores contextuais e determinantes sociais
Perspectiva episódica e especializada do cuidado	Perspectiva longitudinal e integral do cuidado
Cura enquanto desfecho	Níveis de prevenção cumpridos
Perspectiva episódica e especializada do cuidado	Cuidado em rede de serviços de saúde e intersetoriais

Fonte: Adaptado de: Thornicroft, G., Tansella, M., & Goldberg, D. (1999). Community, mental health services and the public health. In *The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services* (pp. 9-23). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511549557.004

2. Condições clínicas e Fatores de risco à saúde frequentes em indivíduos com transtornos mentais

Hipertensão arterial sistêmica
Diabetes Mellitus
Obesidade/ síndrome metabólica/ alimentação inadequada
Tabagismo
Uso problemático de substâncias
Uso crônico de medicação psiquiátrica
Baixa adesão (ex:em ações programáticas preventivas, mudanças de estilo de vida e tratamentos)
Abordagem reduzida de aspectos de saúde geral pelos profissionais e serviços da rede /iniquidade no acesso
Sedentarismo
Doença pulmonar obstrutiva crônica
Dificuldades cognitivas e/ou de organização da vida diária
Baixo suporte sócio-familiar e dificuldades de acesso aos serviços
Câncer (ex: pulmão, cabeça e pescoço, gastrointestinal, ginecológico, etc.)
Depressão maior e/ou sintomatologia psicótica ativa

Fonte: Public Health at the crossroads. Beglehole and Bonita, 1997, Cambridge. Cambridge University Press.

4. Cuidados em Saúde Mental no SUS e a RAPS

A melhor abordagem a problemas de saúde exige atenção a momentos diferentes do processo saúde-doença com estruturas, processos e recursos diversos.

Na constituição do SUS, desde seus antecedentes e gênese, estão presentes nas diretrizes organizativas do sistema, a descentralização, uma rede de serviços integrada, regionalizada e hierarquizada, e a participação essencial do cidadão e comunidades nas ofertas.

No campo da saúde mental, as práticas de cuidado integral foram se constituindo a partir das diretrizes do sistema e da desconstrução do modelo manicomial centrado na separação das pessoas de sua vida social e privação de liberdades. Surgem no país, várias experiências e serviços buscando responder às necessidades identificadas.

Em 2011, é proposta a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – Portaria GM/MS nº 3.088/2011 que preconiza o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com

necessidades decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas, propondo ordenamento dos diferentes serviços e ações com integração dos cuidados em saúde mental para as diversas necessidades, guiada por diretrizes de respeito aos direitos humanos, promoção da equidade, garantia do acesso, cuidado integral, ênfase em serviços de base territorial e comunitária, participação e controle social dos usuários e de seus familiares, serviços em redes.

A RAPS é formada por 7 componentes:

Atenção Básica em Saúde - Pontos de atenção: Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Consultório na Rua, Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência e Cultura.

Atenção Psicossocial Especializada - Pontos de atenção: Centros de Atenção Psicossocial, - CAPS nas suas diferentes modalidades e AMENT (ambulatórios de saúde mental).

Atenção de Urgência e Emergência - Pontos de atenção: SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro e Unidades Básicas de Saúde.

Atenção Residencial de Caráter Transitório - Pontos de atenção: Unidade de Acolhimento; Serviço de Atenção em Regime Residencial CT (comunidades terapêuticas).

Atenção Hospitalar - Pontos de atenção: Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com transtorno mental e transtornos decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; Hospitais Gerais e Especializados.

Estratégias de Desinstitucionalização - Pontos de atenção: Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta para Casa.

Reabilitação Psicossocial: Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

No caso brasileiro, cada município, e de acordo com as necessidades, porte e recursos, constrói a RAPS, em contínuo movimento e desenvolvimento. Por menor que seja, tem presente a atenção básica e deve planejar a RAPS, contando com todos os recursos do território municipal e, os regionais, uma vez que as necessidades em saúde mental determinam que os

usuários recebam a atenção em lugares diferentes para momentos diferentes do seu processo saúde-doença.

Entretanto, contando com a potência do território para modular as práticas terapêuticas na atenção básica presente (incluindo todas as modalidades de AB e pontos de atenção previstos na RAPS na AB) com foco na autonomia dos usuários, na forte relação estabelecida entre usuários e profissionais, na integração dos serviços de saúde mental com a comunidade e outros setores presentes no território, afirma-se que todo município brasileiro tem sua RAPS constituída a partir da atenção básica, sendo favorecido pela articulação regional prevista no SUS, para integrar-se a outros componentes da RAPS, completando a rede de cuidados necessária.

Para o funcionamento dessa rede a gestão exige forte e solidária articulação e integração regional das políticas de saúde e os profissionais são responsáveis pela ampliação das estratégias de cuidado e pelo acompanhamento do usuário em diferentes serviços da rede. Cabe ainda articulação com outras redes e a busca do envolvimento de toda sociedade.

5. Os limites da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os entrelaçamentos vitais com as demais Redes de Atenção à Saúde (RAS): Busca ativa, engajamento de usuários e familiares dentro do cuidado integral

Embora a maioria da população Brasileira (51%) resida nos 4% dos municípios com população acima de 100.000 habitantes, 96% possuem população inferior a 100.000 habitantes, sendo que 63% dos municípios brasileiros possuem população de até 20.000 habitantes. Portanto, o cotidiano dos serviços de saúde de pequeno e médio porte, destacando as unidades básicas de saúde, caracteriza a quase totalidade dos municípios brasileiros (IBGE, 2000).

A restrição orçamentária para as políticas públicas de saúde mental agravada pelo desinvestimento, “a saúde mental representava apenas 2,7% dos gastos da saúde em 2001 e, em 2019, essa dimensão foi de somente 2,1% ou R\$ 12,50 por pessoa”, (GONÇALVES, 2020), condiciona por si limites concretos de atuação das redes de atenção psicossocial sem perspectiva de mudança no longo prazo. Somadas a este cenário, a priorização de serviços como as comunidades terapêuticas, o abandono da implantação dos leitos de saúde mental nos hospitais gerais e o esvaziamento das discussões sobre a consolidação da saúde mental na atenção básica são elementos que demandam novas estratégias para a sobrevivência dos modelos assistenciais de caráter comunitário no país.

Neste contexto, o papel da atenção básica enquanto provedora de cuidados em saúde mental para casos leves e moderados e gestão dos crônicos, sob a perspectiva do *task-shifting* e da atuação integral, é bastante relevante para impacto em indicadores de saúde pouco abordados em portadores de sofrimento mental, compreendendo esta população como vulnerável do ponto de vista sanitário e com necessidades de saúde não atendidas.

Além da mudança de cultura e capacitação técnica dos profissionais dos serviços da atenção básica na abordagem das situações mais prevalentes em saúde mental, o componente *gestão e organização dos serviços* é crucial. Pactuações institucionais entre o CAPS e as UBS com ou sem estratégia de saúde da família (ESF) de dado território devem ser formalizadas.

3. Recomendações de pactuações institucionais UBS/CAPS

Horários de atendimento compartilhado entre profissionais do CAPS e UBS à casos elencados previamente com caráter assistencial e formativo; viabilização de ações de educação permanente em saúde mental
Inserção dos profissionais da saúde mental nas rotinas da unidade tais como grupos de acolhimento, visitas domiciliares, atendimento a demanda espontânea, atividades assistenciais, entre outras
Realização de visitas domiciliares com maior duração para usuários com transtornos mentais severos e persistentes
Horários comuns de reunião com bloqueio de agendas
Foco nas necessidades de saúde geral não atendidas dos usuários de saúde mental da RAPS

Fonte: Elaboração própria

Experiências como a do CAPS Cidade Ademar, vinculado a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS – SP) viabilizou este arranjo entre 2008 e 2013 na microrregião de Pedreira e Cidade Ademar no município de São Paulo – SP. Esta microrregião de elevada vulnerabilidade social, com extensão geográfica de 30,7km² contava com população de 410.000 indivíduos (IBGE, 2001).

A resistência histórica e cultural dos profissionais da atenção básica em ofertar cuidado a indivíduos com sofrimento mental foi sendo mitigada pela integração e vinculação entre o CAPS da região e as unidades básicas do território. Deste modo, a atenção básica se tornou mais permeável ao cuidado a portadores de sofrimento mental leve e moderado, na medida em que a atenção especializada mantenha sua prontidão em apoiar e mesmo assumir

provisoriamente a assistência de casos mais desafiadores. Deve-se destacar o importante protagonismo das equipes da ESF em realizar visitas e abordagens terapêuticas domiciliares para indivíduos não aderentes ao CAPS, apontados pela literatura como justamente os que mais têm necessidades não atendidas e pior prognóstico do que os usuários inseridos no sistema.

4. Fatores principais de não - adesão em pacientes de saúde mental

Vínculo terapêutico frágil ou inexistente
Efeitos colaterais indesejáveis das medicações psiquiátricas
Não procura de cuidado acima de 06 meses do início do quadro
Estigma individual, familiar, comunitário e dos profissionais dos serviços de saúde
Proatividade reduzida dos serviços (ex:ausência de busca ativa e inflexibilidade do projeto terapêutico singular)
Baixo status sócio-econômico, pouco suporte social, pertencimento a etnia não hegemônica
Sintomatologia que prejudique a capacidade de <i>insight</i> e crítica

Fonte: Thompson, L., McCabe, R. The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review. *BMC Psychiatry* 12, 87 (2012). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-87>.

6. A cidadania como horizonte inegociável do cuidado: cidades e comunidades acolhedoras

203

A importância das residências terapêuticas na comunidade!

O relatório da inspeção nacional em hospitais psiquiátricos, realizado com base em 40 hospitais de 17 estados, em 2019, aponta que pelo menos 1185 pessoas ainda estão internadas em condição de longa permanência, necessitando de esforços para retomada dos laços familiares ou a implementação de serviços residenciais terapêuticos na comunidade.

Algumas experiências de desinstitucionalização em diversos estados utilizaram da área do próprio hospital psiquiátrico para que seus internos passassem a morar em casas, porém esse modelo perpetuou o distanciamento das relações com a comunidade, a circulação errante pela cidade e apresentou pouquíssimos avanços para a autonomia e independência dessas pessoas.

Em Campinas SP, o processo de desinstitucionalização que ocorreu antes mesmo do aparato das medidas legislativas regulamentadoras, para o modelo de cuidado de pacientes com prolongadas internações, iniciou-se já com inserção das RT na comunidade para garantir a inclusão social.

A experiência da segunda residência terapêutica fundada com o compromisso de parceria com o Centro de Saúde Santa Odila, de atenção básica, possibilitou que os moradores passassem a residir em casas localizadas no espaço urbano do bairro, acompanhados por equipe de saúde da família, usufruindo dos cuidados necessários para reestabelecer seus projetos de vida, com intervenções na saúde clínica e melhora da saúde psíquica, rompendo com o distanciamento social, o silenciamento e empobrecimento das subjetividades e cidadania.

“Temos a arte para não morrer de verdade” (Friedrich Nietzsche)

Ao abrir as portas do hospital psiquiátrico do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira para a comunidade, instituiu-se o bloco de carnaval Unidos do Candinho, que inicialmente saía com seus internos e profissionais para desfilarem pela comunidade do distrito de Sousas. Há 28 anos essa iniciativa agrega moradores, hoje os usuários da RAPS, seus profissionais, moradores de outras regiões e comunidades carnavalescas. E sem a festa na rua, no último ano, os foliões celebraram o tema: “Bora carnavalizar a pandemia, a solidão e toda forma de opressão”. Atualmente é um Bloco tradicional nos carnavais de Campinas SP.



https://www.google.com.br/url?sa=i&url=http%3A%2F%2Fjornallocal.com.br%2Fsite%2Fblogs-3%2Fsousas-e-joaquim-egidio%2Fsousas-abre-o-carnaval-com-o-bloco-unidos-do-candinho%2F&psig=AOvVaw3GfaIO0iKPIFzX6xbKuCjo&ust=1623332968879000&source=images&cd=vfe&ved=2ahUKEwiC7PvY2IrxAhWvvJUCHTZHA_cQr4kDegUIARCdAQ. Acesso em: 07 jun. 2021.



Fotos memória do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, Campinas, SP.

Caso grave também é da atenção básica!

Os pais de Helena ao fazer seu cadastro no Centro de Saúde de referência, comentaram que uma das filhas apresentava problemas com a vizinhança, decorrente do fato dela jogar pedras nos telhados, alegando que era para se proteger. Também comentaram o discurso com elementos estranhos que a filha expunha. Foram orientados a levá-la para consulta com o médico clínico, que já no primeiro atendimento observou um quadro delirante e risco de heteroagressividade importante. Aos 24 anos, Helena iniciou acompanhamento com a enfermeira e uma agente de saúde que ela já conhecia das visitas domiciliares realizadas por

elas, nos fundos de sua casa, quando seus avós apresentaram dificuldades de locomoção e passaram a ser atendidos a domicílio pela equipe de saúde.

O enlace que permitiu uma boa vinculação no tratamento foi um grupo de contos que Helena passou a frequentar semanalmente. A leitura e depois o diálogo entre os demais colegas do grupo, a enfermeira e a agente de saúde, trouxeram relevantes observações para que o médico da equipe realizasse ajustes na medicação, para que o quadro de psicose se estabilizasse e os conflitos no bairro, acabaram sendo substituídos por saraus na praça.

Parceria na padaria!

Que o tratamento de base comunitária possibilita a integração de pessoas com transtornos psiquiátricos na vida comum, já temos dados relevantes e resultados evidentes. Essa história demonstra a importância da reabilitação psicossocial de Pedro, que começou a ser acompanhado pela agente comunitária de saúde do bairro depois que passou a morar em situação de rua. Não era por falta de lugar, pois tinha familiares que o receberiam em casa, desde que parasse com a cachaça. Quando ficou sabendo do seu quadro de hipertensão arterial, já tinha vínculo suficiente com a profissional que sempre o visitava, e esta conseguiu parceria na padaria próxima da praça que o paciente permanecia, para administrar a medicação pois lá ficavam guardados os comprimidos, que ele perdia. Quando Pedro compreendeu que poderia morar em outro espaço, com apoio da equipe de AB e da assistência social foi morar num abrigo. Continuou indo para passeios até a padaria, sempre acompanhado pelo café, pelas conversas sobre as novidades da vida, para a convivência no grupo a que se vinculou e que participou de sua rede de cuidados.

A Luta antimanicomial continua!

O grupo de bordado do Centro de Saúde não faz somente artesanato, também discutem temas assuntos relevantes que são acordados entre os participantes. O grupo conta com pessoas que apresentam quadros de ansiedade. A cada entrelaçar das linhas os integrantes do grupo desembaraçam temas de relevância definidos a cada mês. Maio, além de memorar as mulheres que lhes trouxeram à vida, comemoram também o nascimento de uma nova forma de cuidar em saúde mental. Todos tem histórias de parentes e amigos que não tiveram a mesma sorte, dessa troca de experiências de vida e saberes e do acolhimento como estratégia do cuidado na atenção básica.

Caminhando na construção

O papel de todos os profissionais de saúde na atenção básica, voltado ao cuidado da saúde geral da pessoa, não pode ocorrer se houver dissociação entre saúde física, mental e social. Conjuntamente às intervenções prescritas definidas naquela unidade que se referem a possibilidade de: prescrição e administração de medicamentos, intervenções grupais como grupos operativos, terapia comunitária, grupos de suporte social, terapias breves, terapias cognitivas e interpessoais, mediação de conflitos e práticas integrativas; o exercício das práticas de acolhimento, a busca de vinculação social de cada pessoa, o acompanhamento longitudinal, e o desenvolvimento de abordagens singulares que considerem cada história de vida, devem estar presentes na ação de todos os profissionais, como estratégias de cuidado em saúde e construção de novos conceitos.

Aos gestores cabe planejar para além dos serviços de saúde, entendendo a construção de territórios acolhedores como lugares da existência e, a coesão social como produção de vida e saúde, estendendo os lugares da assistência.

À sociedade cabe finalmente transformar-se para ser o lugar de viver de todos.

Referências bibliográficas

ALVES, Domingos Sávio. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2001.

BANTON, R. et al. **The Politics of Mental Health**. London: Macmillan, 1985.

BASAGLIA, Franco; ONGARO, Franca Basaglia. **Morire di classe: la condizione manicomiale**. Torino: Giulio Einaudi, 1969.

BEAGLEHOLE, Robert; BONITA, Ruth (ed.). **Public health at the crossroads: achievements and prospects** Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n.2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, DF, ed. 183, p. 68, 22 set. 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031. Acesso em: 13 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Disponível em: [em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf). Acesso em: 17 abr. 2021

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017**. Brasília DF: CFP, 2018. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf. Acesso em 20 out. 2021.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira et al. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020. e00285117. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>. Acesso em: 19 out. 2020.

GADELHA, Ângela Maria Jourdan et al. **Projeto carga de doença**. Relatório Técnico. Ensp/Fiocruz/ Fiotec, 2002.

GONÇALVES, Renata Weber. “**Saúde mental para todos**”: estudo sobre (des) financiamento no Brasil. Brasília, DF: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://youtu.be/ipCUhWHCZho>. Acesso em 15 out. 2021.

HOAD, T. F. **The Concise Oxford Dictionary of English Etymology**. Oxford: Oxford University Press, 1993.

GBD 2016 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Supplementary appendix. **Lancet**, v.390, n. 10100, p.1260-1344, 2017. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32130-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32130-X). Acesso em: 10 maio 2021.

IBGE. **Censo demográfico 2000**: características da população e dos domicílios - resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/85/cd_2000_caracteristicas_populacao_domicilios_universo.pdf. Acesso em: 17 fev. 2021.

LAWRENCE, David; HANCOK, Kirste J.; KISELY, Stephen. The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. **BMJ**, n. 346, f1539, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3660620/>. Acesso em: 19 jun. 2021.

LIU, Nancy H. et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. **World Psychiatry**. v. 16, n. 1, p. 30-40, feb, 2017doi: 10.1002/wps.20384. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5269481/>. Acesso em: 09 jul. 2021.

MENDONÇA, J. G.; LACERDA, M. H. Segregação socioespacial e construção de identidades urbanas na RMBH. In: MENDONÇA, J. G.; LACERDA, M. H. (org.). **População, espaço e gestão na metrópole**: novas configurações, velhas desigualdades. Belo Horizonte: PUC Minas, 2003. p. 180-204.

OPAS. **Salud Mental en la Comunidad**. 2ed. Washington, D.C.: OPS, 2009. (Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 49).

THORNICROFT, G., TANSELLA, M.; GOLDBERG, D. 1999. The historical context. In: **The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services**. Cambridge: Cambridge University Press, 1999. p.24-38. Disponível em: 10.1017/CBO9780511549557.005. Acesso em: 15 out 2021.

WHO. **Manual GAP de Intervenções para Transtornos Mentais**, Neurológicos e por Uso de Álcool e outras Drogas para a Rede de Atenção Básica à Saúde. WHO; 2010. Disponível

em: https://www.who.int/mental_health/publications/IG_portuguese.pdf. Acesso em 15 jul. 2021.

WHO. **WONCA**. Integrating mental health in primary care: a global perspective. Geneva: WHO; 2008. Disponível em: <https://www.mhinnovation.net/who-and-wonca-2008-integrating-mental-health-primary-care-global-perspective>. Acesso em: 04 jun. 2021.

A Unidade Básica de Saúde como organização no SUS

Basic Health Unit as an organization in the SUS

Carmen Cecilia de Campos Lavras^{*}
Maria José Comparini Nogueira de Sá^{**}
Suely Bonilha Esteves^{***}

Resumo

O texto busca apresentar a Unidade Básica de Saúde como uma organização singular, à luz de teorias da administração, ressaltando a complexidade dessa organização e dos processos de trabalho nela desenvolvidos para a oferta de cuidado em saúde que responda às necessidades da população.

Palavras-chave: Unidade Básica de Saúde, Organização Complexa, Processos de trabalho

Abstract

The text seeks to present the Basic Health Units as a unique organization, in the light of management theories, emphasizing the complexity of this organization and the work processes developed within it for the provision of health care that responds to the population's needs.

Keywords: Basic Health Unit, Complex Organization, Work Processes

* Médica, Doutora em Saúde Coletiva, Especialista em Saúde Pública, Medicina do Trabalho e Planejamento e Gerenciamento em Saúde, Pesquisadora do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas NEPP/UNICAMP. Experiência em gestão pública da saúde e docência no ensino superior.

** Psicóloga, Especialista em Especialização em Planejamento e Gerenciamento em Saúde, atuando na docência e gerência de projetos e organizações voltadas à saúde mental e saúde pública.

*** Bacharel em Ciência da Computação. Mestre em Gerenciamento de Sistemas de Informação. Possui especialização em Desenvolvimento Gerencial, atuando nas áreas de Planejamento Estratégico e Gestão por processos.

Introdução

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde, oficialmente denominada de Atenção Básica (AB), tem atualmente, como principal instrumento norteador, a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB 2017, em vigência, a qual define esse nível de atenção como de responsabilidade da União, Estados e Municípios e, expressa sua concepção no seu artigo 2º:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

A Atenção Básica é identificada como o contato preferencial dos usuários com o sistema, sua principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. A AB se operacionaliza no SUS, através de ações e atividades ofertadas por um conjunto bastante diversificado de unidades denominadas, genericamente, de “Unidades Básicas de Saúde (UBS)”.

Existem no Brasil, conforme dados do DATASUS/ CNES, em setembro de 2022, 49.872 unidades básicas distribuídas por todo território nacional. Essas UBS, onde atuam profissionais de distintas formações, apresentam configurações muito variadas, dependendo do perfil da população sob sua responsabilidade; de características locais, particularmente, relacionadas a acesso e infraestrutura; de seu próprio processo de desenvolvimento e implantação; ou ainda, da modalidade de atenção adotada pelo município ao qual se vinculam, mesmo que se considere que a maioria de nossos municípios adota como modalidade a Estratégia de Saúde da Família.

Podemos afirmar que as UBS dos grandes e médios centros urbanos tendem a se assemelhar no que diz respeito a essa configuração, mas temos que nos lembrar da existência de: unidades móveis para áreas de baixa densidade populacional; fluviais para atenção a populações ribeirinhas; unidades prisionais para atendimento da população carcerária; consultórios de rua, mesmo que vinculados a uma outra UBS, para atendimento de população de rua nos grandes centros; ou, aquelas próprias para atendimento da população indígena e/ou quilombola.

É essa “variedade de tipologias” que acaba por respeitar a diversidade existente no tocante as necessidades de saúde, as características sociais dos grupamentos populacionais e as demais características de cada território onde essas unidades são instaladas.

Embora esses serviços tenham recebido de diferentes formas, investimentos do SUS para melhoria de sua infraestrutura física e tecnológica durante as últimas décadas, esses investimentos se deram sem uma padronização específica ficando a cargo, na maioria das vezes, da gestão municipal ou do organismo responsável por implementar essas melhorias e, mesmo que respeitando as normas sanitárias vigentes elas se deram de forma muito variada. Esse fato, associado as distintas realidades socio sanitárias existentes no país e ainda, às dificuldades existentes no que diz respeito a oferta de profissionais, faz com que a “Rede Básica de Saúde” se apresente de forma muito diversificada quando se considera o conjunto de UBS distribuídas por todo o território brasileiro.

Independentemente dessa diversidade, as UBS tendem a desenvolver ações e atividades de natureza muito semelhantes, para garantir a necessária oferta de cuidado em saúde a população sob sua responsabilidade, nesse nível de atenção. Essa oferta, embora guarde características próprias e locais, no geral independem, também, da modalidade de atenção adotada. Isso significa que a equipe de saúde de cada UBS organiza seus processos de trabalho da melhor forma para dar conta dessa oferta. Pode-se dizer assim, que existe um conjunto de processos de trabalho que são próprios da Atenção Básica e que as UBS buscam desenvolver, independentemente da forma como se organizam ou, eventualmente, da forma como buscam complementá-los.

Respeitando essa diversidade existente, sem querer impor um mesmo modelo as UBS do SUS, tentamos nesse texto, apontar o conjunto de processos, próprios de uma UBS que representasse a maioria das UBS existentes no país, seja em grandes, médios ou pequenos municípios e, ao mesmo tempo, na perspectiva de contribuir com o seu aperfeiçoamento visando favorecer a maior efetividade da AB no SUS.

É a existência desses processos que faz com que se considere a UBS como uma organização complexa como será aqui discutido.

1. A UBS como organização complexa

A multiplicidade dos processos desenvolvidos nas UBS ao se responsabilizarem pela oferta de cuidado à saúde da população em seu território, na lógica da atenção integral à saúde, prevê a execução de ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e palição, independentemente da diversidade dos grupamentos populacionais assistidos e da modalidade de atenção adotada pelos diferentes municípios. Esses processos e ações, estão sujeitos ao ordenamento do SUS, realizado através de um conjunto prescrito de políticas, legislação, normatizações, orientações e definições sobre resultados esperados.

Por outro lado, para o desenvolvimento desse conjunto tão diverso de processos e atividades, faz-se necessário o envolvimento de um grupo expressivo de profissionais de diferentes formações, seja na área clínica e de vigilância em saúde, seja na área gerencial ou, ainda, nas áreas de apoio.

Assim, cada UBS pode ser definida como “*um conjunto articulado de pessoas, métodos e recursos materiais, projetado para um dado fim e balizado por um conjunto de imperativos determinantes (conhecimentos, crenças, valores, culturas, etc.)*”. Meireles, (2003). São consideradas como organizações complexas pois envolvem a interação de muitos agentes e diversos conhecimentos que devem se integrar para produzir. Embora sejam parte intrínseca do sistema de saúde, apresentam-se como um todo constituinte, em contínuo movimento.

Assim, exigem para seu pleno funcionamento, uma infraestrutura (física, tecnológica e de recursos humanos) adequada e processos organizados diversos, que se modificam, interagem e se adaptam em resposta à oferta de cuidado necessária, produzindo conhecimento.

Numa perspectiva de abordagem integral do processo saúde doença pelo sistema, cabe a AB através de suas UBS, se constituir de fato como a principal porta de entrada no sistema e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Assim, cabe as UBS ofertar cuidados próprios deste nível de atenção para a população sob sua responsabilidade, orientar a utilização dos recursos básicos e especializados no setor saúde, contribuir com a melhoria da qualidade de vida dessa população, estar instaladas próximas ou com acesso possível e facilitado no lugar onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, para prover atenção qualificada por meio de ações e serviços ofertados, respondendo às necessidades de saúde da população em seu território.

Dessa forma as UBS podem ser entendidas como:

- “unidades operacionais do SUS em âmbito municipal que executam e ofertam diversos serviços de saúde;
- unidades funcionais de uma Rede de Atenção à Saúde pois são pontos de atenção à saúde que devem integrar uma rede de atenção;
- unidades de produção do cuidado em saúde, uma vez que, atuando na perspectiva de uma abordagem integral do processo saúde/doença, desenvolvem atividades de apoio ao autocuidado; de promoção e vigilância em saúde; e, assistenciais.

Para responder às suas atribuições e atingir suas finalidades, cada unidade organiza-se a partir de uma estrutura física, tecnológica e de recursos humanos, de modo próprio no exercício de suas práticas, executando uma diversidade de processos de trabalho de caráter multiprofissional integrado. A variedade de atividades próprias de uma UBS frente às suas responsabilidades e funções possibilita os mais variados arranjos para o seu pleno desenvolvimento, o que leva, muitas vezes, a uma intensa mobilização dos agentes (profissionais e usuários) para reflexão, proposição de mudanças e inovações, e renovação das práticas para alcance dos melhores resultados.

Dessa forma, identifica-se nas UBS a necessidade de processos de capacitação e de educação permanente dos profissionais, bem como, um gerenciamento que favoreça o desenvolvimento de conhecimentos e novas formas de organizá-los, além da necessidade de considerar o ambiente de conhecimento dos usuários.

Nessa perspectiva, as UBS podem ser compreendidas, como unidades organizacionais complexas que suscitam modelos de gestão que facilitam o processo de troca e o desenvolvimento, disseminação e memória de conhecimentos, através de suas práticas, ou seja, podem ser consideradas como Organizações Intensivas em Conhecimento (OIC), (NADAI, 2006).

Apesar da necessária diversidade das UBS existentes no país, podemos afirmar que elas apresentam uma **estrutura** que considera os seguintes elementos: espaço físico, ambiência, recursos tecnológicos para apoio diagnóstico e assistencial, recursos e tecnologias de comunicação e o quantitativo de recursos humanos. Toda essa infraestrutura deve sempre ser projetada, considerando as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade e todos as práticas que aí devem ser desenvolvidas.

Em relação às práticas, cabe considerar que qualquer que seja o modelo adotado por uma UBS, espera-se que ela desenvolva:

- Ações diretamente relacionadas à oferta do cuidado em saúde tais como: promoção da saúde; de vigilância em saúde; e, assistenciais e de apoio diagnóstico e terapêutico;
- Ações de apoio logístico;
- Ações de apoio operacional; e,
- Ações gerenciais.

A cada um desses grupos de práticas corresponde um conjunto de processos que se desdobram em múltiplas atividades.

2. Processos da UBS

Define-se processo de trabalho como uma sequência coordenada e interrelacionada de atividades com objetivo de produzir um dado resultado. Todas as atividades desenvolvidas em uma organização fazem parte de algum processo de trabalho.

É primordial para o bom funcionamento de uma organização que os processos sejam planejados para o atendimento das necessidades identificadas, organizados, integrados e alinhados, mitigando dificuldades e imprevistos. Por isso é fundamental seu acompanhamento através de avaliações constantes, observando mudanças no ambiente e variáveis relacionadas a eficiência e eficácia, produtividade e agilidade, que influenciam no atendimento prestado ao indivíduo e a coletividade na produção do cuidado em saúde.

Outro aspecto que torna o acompanhamento e a revisão de processos primordiais é a rápida evolução tecnológica que requer o desenvolvimento de novas habilidades e comprometimento da equipe.

A título de propiciar a discussão, optamos também por apresentar os processos das UBS, segundo sua especificidade, respeitando a diversidade existente entre as UBS e sem a pretensão de esgotar o assunto.

3. Macroprocessos de uma UBS

Os macroprocessos de uma UBS, representam uma visão ampla da organização, abrangendo conjuntos de atividades afins e podem ser classificados em: gerenciais, táticos e operacionais.

A tabela a seguir apresenta um resumo dos macroprocessos e de seus processos equivalentes.

1. Macroprocessos de Unidade Básica de saúde

Macroprocessos	Processos
Gerenciais	▪ Articulação Sistêmica
	▪ Administração Global da Unidade
	▪ Gestão do Cuidado
Táticos ou de Apoio e Suporte	▪ Apoio Logístico
	▪ Suporte Operacional
Operacionais ou Finalísticos	▪ Promoção da Saúde
	▪ Vigilância em Saúde
	▪ Assistenciais
	▪ Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Fonte: NEPP-Elaboração própria.

3.1 Macroprocessos Gerenciais

Os macroprocessos gerenciais são compostos por processos de informação, integração e decisão, incluindo as ações que os gerentes devem realizar para dar suporte aos processos finalísticos da UBS. Englobam processos de liderança e administração; de organização à assistência; e gestão do conhecimento.

As ações gerenciais numa organização complexa como a UBS compreendem como apresentado no modelo de administração científica a coordenação, o planejamento, a previsão, a organização, o controle e a avaliação.

Entretanto, sem abandonar esses processos gerenciais, a administração moderna considera como fundamento a necessidade de gerenciar a comunicação, motivação e liderança e buscar a satisfação das pessoas envolvidas em qualquer organização, no caso, o grupo de profissionais e os usuários.

Assim, a gerência das UBS prevê um conjunto de ações e atividades organizadas especificamente para possibilitar tanto a governabilidade da unidade, a interligação com outras unidades de saúde e a gestão do cuidado. Na UBS, o gerenciamento está relacionado ao conjunto de dados epidemiológicos e sociais da população, aos resultados e impactos das

práticas ali desenvolvidas, mas também aos relacionamentos interpessoais que favorecem o vínculo esperado dos usuários e da própria equipe com essa unidade.

Em relação aos usuários há que se buscar a avaliação da satisfação individual, grupal e coletiva por meio das instâncias representativas e de cada um deles.

Em relação aos profissionais é fundamental que o gerente se apresente como coordenador e estimulador do grupo de profissionais, num processo técnico e participativo, ensejando a construção da equipe multiprofissional com trabalho integrado, favorável a mudanças e administrado nos conflitos, permeado de trocas de produção de novas atuações para que possam ser atingidos os objetivos da organização.

As tendências gerenciais atuais inferem que a ampla participação dos profissionais, com criatividade e produção intelectual, favorecem a formação e o trabalho de equipe que possibilitam uma produção de melhores resultados, no caso, a produção de saúde ou o cuidado em saúde.

Apresenta-se a seguir, os macroprocessos gerenciais a serem desenvolvidos nas UBS relacionados a:

217

Articulação sistêmica

- Participação no Conselho Local de Saúde
- Articulação com outras Unidades de Saúde
- Articulação com o nível central e/ou regional da SMS
- Articulação com outras instituições existentes no território
- Articulação com as equipes de supervisão e apoio
- Representação institucional

Administração global da unidade

- Planejamento e administração da unidade
- Administração dos trabalhadores
- Informação em saúde
- Comunicação social em saúde

Gestão do cuidado

- Gerência do processo de programação em saúde da unidade

- Gerência de projetos estratégicos de natureza diversa que se desenvolvem no território
- Gerência das atividades relacionadas a implantação de tecnologias de gestão do cuidado

3.2 Macroprocessos Táticos

Os macroprocessos táticos são também denominados de processos de Apoio ou de Suporte. Possuem caráter mais interno às organizações, viabilizam o funcionamento coordenado da UBS em busca de seu desempenho geral, garantindo o suporte adequado aos processos finalísticos. Embora sejam essenciais, geralmente produzem resultados imperceptíveis para os o público externo, pois não estão em contato direto com o paciente e usuários do serviço. São através deles que ocorre o abastecimento de materiais, medicamentos, equipamentos. Na sequência estão os macroprocessos táticos da UBS.

Apoio Logístico

- Transporte sanitário
- Informatização
- Registro eletrônico e outros sistemas informatizados e aplicativos
- Regulação de acesso

Suporte operacional

- Manutenção predial e de equipamentos
- Limpeza
- Segurança
- Patrimônio
- Solicitação, controle, armazenamento de medicamentos, insumos e materiais
- Esterilização de materiais

3.3 Macroprocessos Operacionais

Os macroprocessos operacionais são chamados de **finalísticos ou primários**. São suportados pelos outros macroprocessos e seu resultado é percebido diretamente pelo paciente ou pela população. Incluem processos de promoção a saúde, assistenciais e de atenção ao paciente, processos de apoio diagnóstico.

Promoção da Saúde

- Práticas voltadas ao desenvolvimento de hábitos e comportamentos saudáveis individuais e coletivas
- Participação em iniciativas intersetoriais voltadas ao desenvolvimento social e a melhoria da qualidade de vida da população no território;
- Processos de educação em saúde voltados aos indivíduos e comunidade.

Assistenciais

- Acolhimento e Recepção do usuário com estratificação de risco social e classificação de risco clínico.
- Processos voltados a prevenção, tratamento, reabilitação e/ou palição.
- Apoio ao autocuidado
- Processos clínicos e de oferta de procedimentos técnicos específicos como pequenos procedimentos cirúrgicos e algumas intervenções psicoterápicas.
- Processos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico relacionados à coleta e/ou realização de provas diagnósticas (análises clínicas, métodos gráficos ou diagnósticos por imagem) e dispensação de medicamentos.
- Processos de Vigilância em Saúde relacionados a vigilância de riscos e/ou agravos, busca ativa, investigação e monitoramento de casos no território, sob responsabilidade exclusiva da UBS ou compartilhada com a Vigilância como mapeamento de vulnerabilidade e iniciativas voltadas a sua redução; obtenção, análise e difusão de dados epidemiológicos e sanitários.

Todos os processos aqui apresentados podem ser detalhados de forma mais específica, isto é, desdobrados em subprocessos até chegar a um nível de ação ou atividade.

Conclusões

A evolução dos sistemas de saúde no mundo e no Brasil em particular, tem apontado cada vez mais a importância da APS como um componente essencial para o ordenamento desses sistemas e para coordenação do cuidado aos indivíduos, que muitas vezes se perdem no emaranhado de abordagens especializadas. Assim as UBS enquanto serviços próprios de APS assumem cada vez um maior protagonismo e buscam aprimorar e diferenciar seus processos de trabalho

A incorporação das tecnologias de informação e comunicação, a maior disponibilização de equipamentos de uso próprio da saúde para esse nível de atenção e a evolução do próprio conhecimento científico, de certa forma já induzem mudanças nos processos de trabalho das UBS. No entanto, vale ressaltar que essas mudanças, são também exigidas, em função do surgimento de um novo quadro de necessidades de saúde da população, marcado no caso brasileiro, pelo rápido envelhecimento de nossa população e pela predominância absoluta de condições crônicas no perfil de morbimortalidade, recentemente acrescida de doenças infecto contagiosas de caráter epidêmico como é o caso da COVID 19, da Dengue e das demais arboviroses. Na busca por uma melhor resposta da AB, as UBS devem estar abertas para aprimorar permanentemente seus processos de trabalho, de forma a melhor responder a esses desafios.

Nesse sentido, a formulação e implementação de um Plano Diretor da UBS, que respeite todas as suas características e que possa ser periodicamente ajustado e revisto, pode se constituir num importante instrumento de gestão.

Por último, é fundamental que as equipes gestoras do SUS nos três âmbitos de governo, tenham clareza da importância e da complexidade das UBS enquanto uma organização e criem políticas e programas para apoiá-las em relação ao seu desenvolvimento, o que certamente resultará no fortalecimento da AB no SUS.

Referências bibliográficas

BAUER, R. **Gestão da Mudança: Caos e Complexidade nas Organizações**, São Paulo, Editora Atlas, 1999.

BOTTI, M. L.; SCOCHI, M. J. **O aprender organizacional: relato de experiência em uma Unidade Básica de Saúde**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 107-114, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 15 jul. 2022.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da Administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações: edição compacta**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

GONÇALO, Cláudio Reis; BORGES, Maria de Lourdes. Organizações de saúde intensivas em conhecimento: um estudo no contexto de serviços de alta complexidade. **Saúde e Sociedade**,

v. 19, n.2, p. 449-461, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000200020>. Acesso em: 12 maio 2022.

LAVRAS, C.C.C.(coord.). **Plano Diretor de Unidade Básica de Saúde**: Manual de apoio para uso de facilitadores. Campinas, SP. UNICAMP/ NEPP, 2018.

LOCH, Selma. Desafios e estratégias no gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, nesp.6, p.48-58, dez. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1127387>. Acesso em: 9 de abr. 2022.

MEDICI, A. C.; BARROS SILVA, P. L. A administração flexível: uma introdução às novas filosofias de gestão. **Rev. Adm. Pub.**, Rio de Janeiro, 27 (3): 26-36, jul./set. 1993.

MEIRELES, Manuel. **Teorias da administração: clássicas e modernas**. São Paulo: Futura, 2003.

NADAI, F. C. de. Uma análise crítica do termo organizações intensivas em conhecimento. **Revista Gestão da Produção Operações e Sistemas**, [S.l.], n. 3, p. Pag. 97, dez. 2006. ISSN 1984-2430.

NADAI, Fernanda C. de. Uma análise crítica do termo organizações intensivas em conhecimento. **Revista Gestão da Produção Operações e Sistemas**, n. 3, p. 97, dez. 2006. Disponível em: <https://revista.feb.unesp.br/index.php/gepros/article/view/124>. Acesso em: 2 abr. 2021.

Tecnologias de Gestão do Cuidado em Saúde nas UBS do SUS

Health Care Management Technologies in the UBS of the SUS

Carmen Cecilia de Campos Lavras*

Resumo

O texto apresenta conceituação de cuidado em saúde e de gestão do cuidado, e, aponta diferentes tecnologias de microgestão do cuidado utilizadas no âmbito das práticas profissionais que se desenvolvem numa UBS, categorizando-as para melhor compreensão e manejo.

Palavras-chave: Gestão do Cuidado, Tecnologias, Atenção Básica

222

Abstract

The text presents a conceptualization of health care and care management and points out different care micromanagement technologies used in the scope of professional practices that are developed in a UBS, categorizing them for better understanding and management.

Keywords: Care Management, Technologies, Primary Care

* Médica, Doutora em Saúde Coletiva, Especialista em Saúde Pública, Medicina do Trabalho e Planejamento e Gerenciamento em Saúde, Pesquisadora do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas NEPP/UNICAMP. Experiência em gestão pública da saúde e docência no ensino superior.

O termo “cuidado em saúde” tem sido utilizado como expressão de diferentes entendimentos. Assim sendo, cabe inicialmente apontar o conceito sob o qual se sustenta a reflexão que nos propusemos a construir.

Entendemos, aqui, Cuidado em Saúde como o conjunto de saberes, práticas e/ou intervenções voltadas à promoção, preservação ou recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade. Visa, portanto, qualificar a vida e/ou proporcionar alívio de um sofrimento ocasionado por uma circunstância ou patologia. Engloba desde as iniciativas singulares de autocuidado desenvolvidas pelos próprios indivíduos, até as atividades ofertadas de forma organizada pelos sistemas de saúde.

Tendo-se como pressuposto a abordagem integral do processo saúde doença, a oferta do cuidado em um sistema de saúde se operacionaliza através do desenvolvimento de ações e atividades de caráter individual ou coletivo de: promoção, prevenção, cura, reabilitação e oferta de cuidados paliativos. O desenvolvimento dessas atividades exige saberes e tecnologias, aqui entendidas como o conjunto de técnicas, métodos e instrumentos, próprios de vários campos do conhecimento, o que pressupõe a participação integrada de diferentes profissionais e de diferentes serviços.

O grande avanço científico e tecnológico característico das sociedades contemporâneas trouxe, sem dúvida, um enorme impacto sob a oferta do cuidado em saúde nessas sociedades com efeitos já relativamente conhecidos. O aperfeiçoamento dos processos diagnósticos e terapêuticos proporcionou maior eficiência e eficácia das intervenções clínicas e cirúrgicas, levando a melhoria nos prognósticos e na qualidade de vida dos pacientes. No entanto, vale ressaltar alguns limites daí decorrentes, já que comumente se desvaloriza os aspectos psicossociais envolvidos no processo de adoecimento; estimula-se uma prática excessivamente especializada que atua sobre partes do corpo do paciente, segmentando-o em órgãos e funções; desvaloriza a relação profissional paciente; e, favorece o intervencionismo, muitas vezes encarecendo os procedimentos realizados.

Ademais, atua apenas sobre parte do processo saúde doença, já que desconsidera ou pouco valoriza as práticas voltadas a promoção da saúde ou mesmo a prevenção dos agravos.

Mesmo no campo restrito da assistência e com enfoque eminentemente biomédico, o cuidado em saúde é muitas vezes ofertado através de processos que carecem de maior racionalidade e que se apresentam distantes das necessidades das pessoas.

Um outro aspecto que deve ser considerado atualmente na oferta do cuidado em saúde, diz respeito à quantidade e à diversidade de profissionais e instituições envolvidas nesse processo. Como decorrência do avanço científico e tecnológico, novas profissões e especialidades foram surgindo e gradativamente se incorporando aos sistemas de saúde. Por outro lado, esses sistemas também foram se tornando mais complexos, com unidades de atenção e de apoio diagnóstico terapêutico, bastante especializadas e, muitas das vezes, pouco integradas. Superar a fragmentação dos sistemas de saúde em particular dos sistemas públicos, constitui-se também, na atualidade, em grande desafio para muitos países.

É por essa razão que quando se busca qualificar o cuidado em saúde entendido como finalidade última de um sistema, deve-se lançar mão de mecanismos adequados de gestão que incidam tanto sobre as práticas clínicas e de saúde coletiva como sobre a organização de serviços e do próprio sistema de saúde. Nessa perspectiva, o cuidado ofertado é resultante da interação profissional/usuário; da forma como se organiza um serviço de saúde; e da forma como o próprio sistema se organiza. Com esse entendimento, é possível também, de modo análogo, nos referirmos à gestão do cuidado em cada uma dessas dimensões: da prática profissional e da interação profissional/usuário (micro gestão do cuidado), dos serviços de saúde (organizacionais/gerenciais) e sistêmicas, considerando todas, como recursos e instrumentos que quando utilizados contribuem com a qualificação da oferta de cuidados em saúde em determinado sistema.

Os processos de gestão do cuidado em saúde podem ser entendidos como aqueles que visam garantir o provimento de saberes, tecnologias e recursos para que o cuidado em saúde se efetive. Englobam iniciativas que se desenvolvem em várias dimensões: pessoais/ familiares/ comunitárias; de práticas profissionais; de serviços de saúde (organizacionais) e, de sistemas de saúde (sistêmicas). Nesse momento, nos propomos a analisar os processos de gestão do cuidado relacionados, diretamente, as práticas profissionais que se desenvolvem no **âmbito interno de uma UBS**.

Como esses processos são constituídos por um conjunto muito diversificado de atividades, podem ser melhor percebidos quando se busca identificar as tecnologias neles envolvidas

(tecnologias de micro gestão do cuidado). Respeitando esse entendimento, propomo-nos a discutir a utilização dessas tecnologias no âmbito das práticas profissionais que se desenvolvem numa UBS, categorizando-as da seguinte forma:

- a. Modalidades diferenciadas de atendimento**
- b. Formatos diferenciados de manejo clínico**
- c. Documentos de referência para as práticas profissionais**
- d. Atividades de capacitação e/ou de retaguarda aos profissionais de saúde**
- e. Instrumentos utilizados na relação direta entre profissionais-usuários**

Assim, pode-se, inicialmente, identificar as tecnologias de micro gestão do cuidado que vem sendo utilizadas pela UBS para, posteriormente, apoiar a definição de iniciativas voltadas a melhoria na sua utilização ou a implantação de novas tecnologias a serem utilizadas.

a. Modalidades diferenciadas de atendimento

Vale salientar que, geralmente a atenção ao usuário fica concentrada em encontros clínicos individuais face-a-face, através de consultas médicas, de enfermagem ou de outros profissionais. Há, certamente, atividades de grupos, mas realizadas de forma tradicional, muitas vezes como palestras para conjuntos de pessoas sem se caracterizar como atendimento clínico. Sendo assim, é possível pensar em algumas outras possibilidades de atuação diferenciada para garantir o acesso e qualificar o cuidado ofertado. São consideradas modalidades diferenciadas de atendimento individual ou em grupo, as seguintes:

- Atendimento individualizado nas unidades de saúde,
- Atendimento individualizado no domicílio,
- Atendimento individualizado não presenciais por telefone ou por meio eletrônico e digital,
- Atendimento em grupo orientado por profissionais,
- Atendimento através de grupo operativo,
- Atendimento por pares, dentre outras.

b. Formatos diferenciados de manejo clínico

São aqui considerados formatos diferenciados de manejo clínico aqueles que podem ser empregados em casos clínicos específicos que, por sua complexidade e risco, exigem uma abordagem singular e, na maioria das vezes, multiprofissional integrada. São aqui considerados formatos diferenciados de manejo clínico, os seguintes:

- **Plano de Cuidado**, formulado sempre que necessário para casos específicos, nos quais o compartilhamento do prontuário apresenta-se como fator facilitador. Recomendam-se três atributos para o plano de cuidado: o enfoque de trabalho em equipe; a participação proativa das pessoas usuárias; e o suporte de um sistema de informações em saúde eficaz.
- **Gestão da Condição de Saúde**, que diz respeito ao processo de gerenciamento de fatores de risco ou de determinada condição de saúde já estabelecida, por meio de um conjunto de intervenções clínicas e educacionais.
- **Gestão de Caso**, que corresponde ao processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso e uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa e sua rede de suporte social para: planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades da pessoa. Tem como objetivo de propiciar uma atenção de qualidade, humanizada, capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar autonomia individual e familiar.
- **Apoio ao autocuidado**, que propõe através de diferentes iniciativas, o apoio as pessoas para que, por meio do autocuidado, tornem-se agentes produtores sociais de sua saúde.

c. Documentos de referência para as práticas profissionais

Com o intuito de orientar decisões relacionadas a promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos e a assistência, bem como a organização de serviços para a oferta de cuidados adequados ao usuário, com a incorporação de evidências da clínica, da saúde pública e da gestão em saúde, esses documentos contribuem com a normalização das atividades profissionais e dos serviços e acabam por facilitar a comunicação entre eles e a efetividade dos cuidados prestados. Incluem:

- Diretrizes clínicas,
- Protocolos clínicos,

- Protocolos de encaminhamento,
- Documentos técnicos de LC,
- Protocolos de serviços de saúde,
- Manuais técnicos,
- Carteira de serviços de saúde da UBS, dentre outros.

d. Atividades de capacitação e/ou de retaguarda aos profissionais de saúde

São as atividades voltadas ao aperfeiçoamento profissional e a promoção do trabalho conjunto entre os profissionais da equipe da AB e os especialistas, tendo como exemplo:

- Matriciamento,
- Segunda opinião,
- Tutoria,
- Supervisão formativa,
- Processos de educação permanente e/ou continuada,
- Outros processos de capacitação, dentre outras.

e. Instrumentos utilizados na relação direta entre profissionais-usuários

São instrumentos e materiais utilizados pelos profissionais que visam facilitar o processo de acompanhamento clínico ou aqueles que apoiam os processos educativos junto aos usuários. Ajudam a garantir a continuidade e a longitudinalidade do cuidado, auxiliam na comunicação e tomada de decisão em equipe e permitem um arquivo de dados-base.

Constituem-se em exemplos desses instrumentos e materiais os seguintes:

- Prontuários,
- Fichas de acompanhamento,
- Cartões/Carteiras do usuário (cartão da gestante, Caderneta de saúde da pessoa idosa, carteira de vacinação),
- Relatórios de encaminhamento,
- Materiais de informação, educação, dentre outros.

Essas tecnologias apresentadas representam alguns exemplos de tecnologias de micro gestão do cuidado e há uma complementariedade e interação entre elas. O importante é entender

o objetivo de cada uma e seu potencial de melhoria, a dinâmica do trabalho onde elas poderão ser inseridas, a possibilidade de interação e potencialização entre elas e a necessidade contínua de averiguação dos resultados alcançados através da sua utilização.

Feitas essas considerações, pode-se afirmar que a busca pela oferta de cuidados de saúde qualificados envolve a estruturação de sistemas de saúde potentes, efetivos e integrados o que se dá não só através da implantação e integração de unidades de saúde diferenciadas e diversificadas, mas, também, através do estímulo a utilização de mecanismos que aprimorem e integrem as atividades que nelas se desenvolvem.

Referências

AYRES, J. C. R. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004.

AYRES, J. C. R. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: WAGNER, G. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

NEPP

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Cidade Universitária "Zeferino Vaz"

Av. Albert Einstein, 1300

Campinas - SP - Brasil

CEP. 13083-852

TEL: (019) 3521-2495 / 3521-7266

E-mail: nepp@nepp.unicamp.br

E-mail: nepp00@unicamp.br

Homepage: www.nepp.unicamp.br