

Organizadores

Maria Ambrosina Cardoso Maia
Jaqueline Silva Santos
Gilmar Antonio Batista Machado
Raquel Dully Andrade



ENTRELACOS: TEORIA E PRÁTICA
na atenção primária à saúde

1º Edição



São José dos Pinhais

BRAZILIAN JOURNALS PUBLICAÇÕES DE PERIÓDICOS E EDITORA
2021



Organizadores
Maria Ambrosina Cardoso Maia
Jaqueline Silva Santos
Gilmar Antonio Batista Machado
Raquel Dully Andrade



Entrelaços: Teoria e prática na atenção primária à saúde

1º Edição

**São José dos Pinhais
2021**

2021 by Brazilian Journals Editora
Copyright © Brazilian Journals Editora
Copyright do Texto © 2021 Os Autores
Copyright da Edição © 2021 Brazilian Journals Editora
Diagramação: Sabrina Binotti
Edição de Arte: Sabrina Binotti
Revisão: Os autores
Revisão Gramatical: Ralph Diniz

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial:

Prof^a. Dra. Fátima Cibele Soares - Universidade Federal do Pampa, Brasil.
Prof. Dr. Gilson Silva Filho - Centro Universitário São Camilo, Brasil.
Prof. Msc. Júlio Nonato Silva Nascimento - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará, Brasil.
Prof^a. Msc. Adriana Karin Goelzer Leining - Universidade Federal do Paraná, Brasil.
Prof. Msc. Ricardo Sérgio da Silva - Universidade Federal de Pernambuco, Brasil.
Prof. Esp. Haroldo Wilson da Silva - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil.
Prof. Dr. Orlando Silvestre Fragata - Universidade Fernando Pessoa, Portugal.
Prof. Dr. Orlando Ramos do Nascimento Júnior - Universidade Estadual de Alagoas, Brasil.
Prof^a. Dra. Angela Maria Pires Caniato - Universidade Estadual de Maringá, Brasil.
Prof^a. Dra. Genira Carneiro de Araujo - Universidade do Estado da Bahia, Brasil.
Prof. Dr. José Arilson de Souza - Universidade Federal de Rondônia, Brasil.
Prof^a. Msc. Maria Elena Nascimento de Lima - Universidade do Estado do Pará, Brasil.
Prof. Caio Henrique Ungarato Fiorese - Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Silvana Saionara Gollo - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul, Brasil.
Prof^a. Dra. Mariza Ferreira da Silva - Universidade Federal do Paraná, Brasil.
Prof. Msc. Daniel Molina Botache - Universidad del Tolima, Colômbia.
Prof. Dr. Armando Carlos de Pina Filho- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.
Prof. Dr. Hudson do Vale de Oliveira- Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima, Brasil.
Prof^a. Msc. Juliana Barbosa de Faria - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil.
Prof^a. Esp. Marília Emanuela Ferreira de Jesus - Universidade Federal da Bahia, Brasil.
Prof. Msc. Jadson Justi - Universidade Federal do Amazonas, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Alexandra Ferronato Beatrici - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul, Brasil.
Prof^a. Msc. Caroline Gomes Mâcedo - Universidade Federal do Pará, Brasil.
Prof. Dr. Dilson Henrique Ramos Evangelista - Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, Brasil.
Prof. Dr. Edmilson Cesar Bortoletto - Universidade Estadual de Maringá, Brasil.
Prof. Msc. Raphael Magalhães Hoed - Instituto Federal do Norte de Minas Gerais, Brasil.
Prof^a. Msc. Eulália Cristina Costa de Carvalho - Universidade Federal do Maranhão, Brasil.
Prof. Msc. Fabiano Roberto Santos de Lima - Centro Universitário Geraldo di Biase, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Gabrielle de Souza Rocha - Universidade Federal Fluminense, Brasil.



Ano 2021

Prof. Dr. Helder Antônio da Silva, Instituto Federal de Educação do Sudeste de Minas Gerais, Brasil.
Prof^a. Esp. Lida Graciela Valenzuela de Brull - Universidad Nacional de Pilar, Paraguai.
Prof^a. Dr^a. Jane Marlei Boeira - Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Carolina de Castro Nadaf Leal - Universidade Estácio de Sá, Brasil.
Prof. Dr. Carlos Alberto Mendes Moraes - Universidade do Vale do Rio do Sino, Brasil.
Prof. Dr. Richard Silva Martins - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Sul Rio Grandense, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Ana Lídia Tonani Tolfo - Centro Universitário de Rio Preto, Brasil.
Prof. Dr. André Luís Ribeiro Lacerda - Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil.
Prof. Dr. Wagner Corsino Enedino - Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil.
Prof^a. Msc. Scheila Daiana Severo Hollveg - Universidade Franciscana, Brasil.
Prof. Dr. José Alberto Yemal - Universidade Paulista, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Adriana Estela Sanjuan Montebello - Universidade Federal de São Carlos, Brasil.
Prof^a. Msc. Onofre Vargas Júnior - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Goiano, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia da Silva Oliveira - Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Letícia Dias Lima Jedlicka - Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Joseina Moutinho Tavares - Instituto Federal da Bahia, Brasil
Prof. Dr. Paulo Henrique de Miranda Montenegro - Universidade Federal da Paraíba, Brasil.
Prof. Dr. Claudinei de Souza Guimarães - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Christiane Saraiva Ogrodowski - Universidade Federal do Rio Grande, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Celeide Pereira - Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Brasil.
Prof^a. Msc. Alexandra da Rocha Gomes - Centro Universitário Unifacvest, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Djanavia Azevêdo da Luz - Universidade Federal do Maranhão, Brasil.
Prof. Dr. Eduardo Dória Silva - Universidade Federal de Pernambuco, Brasil.
Prof^a. Msc. Juliane de Almeida Lira - Faculdade de Itaituba, Brasil.
Prof. Dr. Luiz Antonio Souza de Araujo - Universidade Federal Fluminense, Brasil.
Prof. Dr. Rafael de Almeida Schiavon - Universidade Estadual de Maringá, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Rejane Marie Barbosa Davim - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.
Prof. Msc. Salvador Viana Gomes Junior - Universidade Potiguar, Brasil.
Prof. Dr. Caio Marcio Barros de Oliveira - Universidade Federal do Maranhão, Brasil.
Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Ercilia de Stefano - Universidade Federal Fluminense, Brasil.

.



Ano 2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M217e Maia, Maria Ambrosina Cardoso

Entrelaços: Teoria e Pratica na atenção primária à saúde / Maria Ambrosina Cardoso Maia. São José dos Pinhais: Editora Brazilian Journals, 2021.

215 p.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui: Bibliografia

ISBN: 978-65-86230-39-0

DOI: 10.35587/brj.ed.0000612

1. Saúde. 2. APS – Atenção Primária à Saúde.

I. Maia, Maria Ambrosina Cardoso. II. Santos, Jaqueline Silva. III. Machado, Gilmar Antonio Batista. IV. Andrade, Raquel Dully. II. Título.

Brazilian Journals Editora
São José dos Pinhais – Paraná – Brasil
www.brazilianjournals.com.br
editora@brazilianjournals.com.br



Ano 2021

APRESENTAÇÃO

Este e-book, sonhado pouco antes do início da pandemia da COVID-19, nasceu da nossa perspectiva de reforço da práxis no cotidiano das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS). Em alguns momentos de nossa atuação profissional, enxergávamos um certo distanciamento entre a vivência prática do trabalho e a construção do conhecimento científico.

Esperamos assim, que essa obra contribua de alguma forma nesse sentido, e o convite aos autores aconteceu no intuito de tornar essa junção possível, com liberdade e autonomia para a confecção dos capítulos. É uma obra sem fins lucrativos, que pode ser usada em diferentes cenários, seja de formação ou de prática profissional, na perspectiva de relembrar a importância da APS no Sistema Único de Saúde, em especial da Estratégia da Saúde da Família.

Uma ótima leitura a todos e todas.

Os organizadores

PREFÁCIO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida nacional e internacionalmente como princípio norteador de sistemas de saúde integrais que visam ampliar o acesso e a utilização dos serviços e das ações para alcançar a Saúde Universal¹.

Para garantia de sua implementação, fortalecimento das suas estratégias e sustentabilidade das propostas com vistas a viabilizar o acesso das pessoas aos sistemas de saúde, a APS vem integrando importantes pautas na arena das políticas públicas de saúde e intersetoriais em todo o mundo, como o recente movimento comemorativo dos quarenta anos da Declaração de Alma-Ata, ocasião em que no ano de 1978 os países membros da Organização Mundial da Saúde definiram um elenco de proposições para garantir a saúde de todas as pessoas, elegendo a APS como a principal e mais adequada forma de acesso à saúde².

Passadas pouco mais de quatro décadas da referida declaração, progressos nos sistemas de saúde em todo o mundo são registrados com evidências positivas de que a APS é o caminho para garantia da oferta de uma “Saúde Universal com equidade, sem deixar ninguém para trás”³.

Mesmo com tantos avanços, ainda há muitos desafios que impedem o direito do acesso à saúde por meio da APS, como a pobreza e a desigualdade, os modelos de atenção pouco eficientes, sistemas de saúde fragmentados, os recursos financeiros insuficientes, as limitações de governança e de liderança, além da falta de investimento para a formação de profissionais⁴.

Na realidade brasileira, tais desafios também podem ser verificados. No entanto, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, um dos maiores do mundo com acesso universal a serviços e ações de promoção da saúde, que ocorreu quase que paralelamente ao movimento global de Alma-Ata, a APS tornou-se a principal estratégia que possibilitou a ampliação equitativa do acesso à saúde, a redução da mortalidade infantil e internações por condições sensíveis à APS, dentre outras experiências que conferem seu reconhecimento³.

A APS no Brasil, regida em sua maior parte pela Estratégia Saúde da Família (ESF), é apontada como uma das principais contribuições para a organização do SUS e melhoria da saúde da população brasileira⁵.

Mais de 45 mil equipes da ESF atualmente são a porta de entrada no sistema nacional de saúde, com a oferta de cuidado continuado e prestação de ações com enfoque na promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, o que no conjunto de dispositivos do modelo de atenção à saúde brasileiro, a ESF representa uma das inovações mais significativas na APS desde Alma-Ata⁶.

Apesar das reconhecidas experiências exitosas da APS brasileira, os obstáculos relacionados à formação profissional para atuação na Saúde da Família (SF) ainda são um dos dificultadores que afetam a APS no País e que é objeto de abordagem do livro ora em apreço.

O livro **Entrelaçôs: Teoria e Prática na Atenção Primária à Saúde**, organizado por Gilmar Antonio Batista Machado, Jaqueline Silva Santos, Maria Ambrosina Cardoso Maia e Raquel Dully Andrade, traz para o debate a necessária articulação entre a construção do conhecimento e a experiência para a consolidação da APS, contemplando aspectos motivadores que direcionam para o desenvolvimento da formação profissional compromissada com os princípios consensuados em Alma-Ata, mas, sobretudo com o SUS e a nossa sociedade .

A teoria e prática na APS e seus entre laços apresentados no livro colocam em cena aspectos de experimentação os quais foram objetos de produção de conhecimento e de vivências de interação praticadas na universidade, no cotidiano da assistência dos serviços de saúde e na gestão local, servindo-se dos referenciais de saúde com abordagem sobre as conquistas e os desafios da APS nas últimas décadas e o seu enfoque na gestão municipal, as experiências formativas por meio das práticas de Educação Permanente em Saúde (EPS), a segurança do paciente, o cuidado domiciliar, a saúde materno-infantil, a saúde do adolescente, as condições crônicas, a saúde do idoso e a interface com a promoção da saúde, a equidade em saúde na perspectiva das políticas públicas.

Ao contemplar a participação de 43 autores envolvidos com a docência, a assistência e a gestão, o livro veio contribuir com a reflexão relativa ao processo de formação e prática profissional para a APS, objeto de dedicação dos autores.

O livro foi organizado de forma a permitir que os leitores conheçam os referenciais na APS e seus temas estratégicos para a formação e atuação profissional em saúde a partir de mecanismos pedagógicos inovadores, contemplando esquemas sintéticos em cada capítulo, avançando na sistematização de questões para fixação da aprendizagem e da prática em fazer saúde. Uma iniciativa híbrida entre descrição analítica, teórica, referencial da APS e exercícios que favorecem a materialidade pela APS na prática.

O processo de integração entre a universidade, serviços de saúde e comunidade marca a intencionalidade da elaboração deste livro. Tal integração demonstra a necessidade de configuração do desenvolvimento profissional com enfoque na APS como uma prática direcionada à comunidade e à prestação de serviços de saúde com concepção crítico-social do mundo, do usuário e da sociedade.

As evidências sobre a transformação dos modelos de educação das profissões da saúde, direciona para a necessidade de se investir em iniciativas capazes de promover mudanças no ensino, com incorporação de metodologias ativas capazes de formar profissionais aptos à escuta, ao acolhimento e responsabilização para com os usuários das ações e serviços de saúde e os qualifiquem para a resolvibilidade de suas práticas assistenciais. Nessa direção, a orientação para formação com enfoque na APS é coerente com o que se propõe como necessário para mudar o modelo assistencial hegemônico.

Retomo este livro em sua central dimensão. A APS constituída como um projeto do Estado brasileiro para a proteção universal da saúde e que comporta a ESF como estratégia adotada. Para tanto, precisamos desenvolver capacidades para articular a teoria com a prática e garantir a potência que a APS apresenta em sua totalidade. Assim, a proposição por inovações entre o que se produz e o que se pratica recai sobre aqueles que acreditam nesse modelo, que são impulsionados por lançar iniciativas que contribuem para a formação e a prática para a APS, para então preparar os profissionais para atuarem no SUS, com a atenção integral e em equipe.

A dedicação e criatividade de organizar os textos em livro para a difusão e compartilhamento das experiências em APS, desde as mais diversas perspectivas que a compõem, é motivo de comemoração e alegria, sobretudo para aqueles que desejam conhecer mais sobre como integrar teórica e prática.

O livro, além de fortalecer as bases conceituais da APS e seus antecedentes, lança o chamado a partir de uma inequívoca proposta para promover o debate para a práxis na APS, tão necessário nestes tempos de crise sanitária global pela COVID-

19. Reafirmar o SUS, por meio de sua APS, como ordenador da formação em recursos humanos em saúde é uma das mais valiosas contribuições desta obra.

José Rodrigues Freire Filho¹

¹ Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, Cofundador da Rede Regional de Educação Interprofissional das Américas e responsável pelo processo de implementação da Educação Interprofissional nas políticas de recursos humanos em saúde na região das Américas em conjunto com a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS/OMS) , pesquisador da Rede Global de Educação Interprofissional e Práticas Colaborativas.

REFERÊNCIAS

1. Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R. La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de Alma-Ata. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e104. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104>
2. Pan American Health Organization. "Universal Health in the 21st Century: 40 Years of Alma-Ata." Report of the High-Level Commission. Revised edition. Washington, D.C.: PAHO; 2019.
3. Molina J. Saúde universal com equidade, sem deixar ninguém para trás. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e173. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.173>
4. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e4. doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4>
5. Giovanella L, Mendonça MHM, Medina MG, Lima JG, Fausto MCR, Seidl HM, Andrade GCL, Facchini LA. Contribuições dos estudos PMAQ-AB para a avaliação da APS no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p.569-610.
6. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. Saúde debate. 2018;42(n spe1):208-23. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s114>

SUMÁRIO

CAPÍTULO 01 1

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REFLEXÃO SOBRE CONQUISTAS E DESAFIOS NAS ÚLTIMAS DÉCADAS

Maria Ambrosina Cardoso Maia

Raquel Dully Andrade

Sílvia Carla da Silva André Uehara

DOI: 10.35587/brj.ed.0000613

CAPÍTULO 02 21

CONTEXTUALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A GESTÃO MUNICIPAL

Gilmar Antonio Batista Machado

Aline Cristina Gonçalves Andrade

Tânia Silva Gomes Carneiro

Jaqueleine Silva Santos

Raquel Dully Andrade

Maria Ambrosina Cardoso Maia

DOI: 10.35587/brj.ed.0000614

CAPÍTULO 03 39

O PROFISSIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A EDUCAÇÃO PERMANENTE NA PRÁXIS

Tânia Márcia Lopes Ribeiro

Rita de Cássia Rodrigues de Oliveira Paulino

Anderson Marçal

Júnia Carla Santiago Rodrigues Ribeiro

Gilmar Antonio Batista Machado

Maria Ambrosina Cardoso Maia

DOI: 10.35587/brj.ed.0000615

CAPÍTULO 04 58

SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE

Carmen Silvia Gabriel

Maria de Fátima Paiva Brito

Bruna Moreno Dias

Karina Domingues de Freitas

Jane Aparecida Cristina

DOI: 10.35587/brj.ed.0000616

CAPÍTULO 05 75

CUIDADO DOMICILIAR: QUANDO A CASA SE TORNA ESPAÇO DE PRODUÇÃO DE SAÚDE

Cinira Magali Fortuna

José Renato Gatto Júnior

Karen da Silva Santos

Maristel Silva Kasper

Simone Santana da Silva
Karemme Ferreira de Oliveira
DOI: 10.35587/brj.ed.0000617

CAPÍTULO 06 95

A SAÚDE MATERNO-FETAL: EM BUSCA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE

Raquel Dully Andrade
Wanessa Leonel Nunes
Jaqueleine Silva Santos
Elma Rafaela de Souza
Glória Vitória Ferreira Livinhale
Maria Ambrosina Cardoso Maia
DOI: 10.35587/brj.ed.0000618

CAPÍTULO 07 111

A IMPORTÂNCIA DO VÍNCULO NO CUIDADO MATERNO-INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Marisa Rufino Ferreira Luizari
Elen Ferraz Teston
Maria Angélica Marchetti
Sandra Luzinete Félix de Freitas
Fernanda Ribeiro Baptista Marques
DOI: 10.35587/brj.ed.0000619

CAPÍTULO 08 130

SAÚDE DO ADOLESCENTE: EM BUSCA DA SINGULARIDADE DO CUIDADO

Jaqueleine Silva Santos
William Messias Silva Santos
Gabryelle Andrade Brito Costa
Gilmar Antonio Batista Machado
Raquel Dully Andrade
DOI: 10.35587/brj.ed.0000620

CAPÍTULO 09 151

RETRATO E ENFRENTAMENTO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ernandes Gonçalves Dias
Débora Rejane Santos Veloso Ribeiro
DOI: 10.35587/brj.ed.0000621

CAPÍTULO 10 168

ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

Juliano de Souza Caliari
Giselle Juliana de Jesus
Maria Cristina Mendes de Almeida
Carolina de Castro Castrighini
Natália Maria Vieira Pereira-Caldeira
Elucir Gir
DOI: 10.35587/brj.ed.0000622

CAPÍTULO 11.....185

**AS POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

David de Oliveira Castro

Luisa Azeredo Silveira

DOI: 10.35587/brj.ed.0000623

SOBRE OS ORGANIZADORES.....203

CAPÍTULO 01

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REFLEXÃO SOBRE CONQUISTAS E DESAFIOS NAS ÚLTIMAS DÉCADAS

Maria Ambrosina Cardoso Maia

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (EERP/USP). Docente da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) – Campus Passos, Minas Gerais, Brasil.

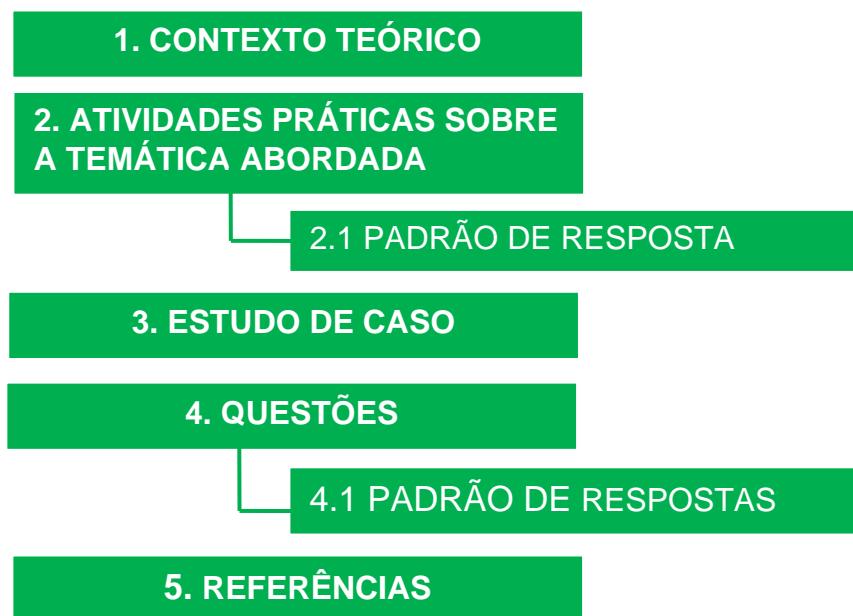
Raquel Dully Andrade

Enfermeira. Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (EERP/USP). Docente na Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) – Campus Passos, Minas Gerais, Brasil.

Sílvia Carla da Silva André Uehara

Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (EERP/USP). Docente da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – Campus São Carlos, São Paulo, Brasil.

ESQUEMA SINTÉTICO DO CAPÍTULO



APRESENTAÇÃO

Este capítulo aborda algumas questões que se destacam no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil. O texto busca mostrar evidências dos avanços do sistema de saúde obtidos nestas três décadas, além dos desafios que ainda devem ser enfrentados, trazendo a Atenção à Primária de Saúde como protagonista no processo. Inicialmente, traz o contexto teórico e, em seguida, são apresentadas situações práticas para proporcionar uma reflexão sobre a temática.

1. CONTEXTO TEÓRICO

No ano de 2020, o Sistema Único de Saúde – SUS- completou 32 anos a partir de sua criação pela Constituição de 1988, trajetória está com muitos obstáculos políticos, financeiros e técnicos, mas também com avanços.

Com a Constituição Federal proclamada, a saúde passa a ser considerada como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”¹ (p.118).

O contexto político do Brasil na década de 1980, chamado período de “redemocratização do País”, contribuiu para que a luta da sociedade civil organizada conquistasse a definição jurídica do acesso universal e igualitário à saúde. Deve-se salientar que a disseminação de propostas para uma reforma ampla nos setores sociais atreladas à ideia de garantia de direitos de cidadania neste período influenciou a emergência da utilização do conceito de universalidade como direito à saúde numa concepção ampliada de saúde².

Sabe-se que poucos países no mundo possuem cobertura de sistema público universal de saúde, mas o fato de apenas tê-lo não reflete necessariamente em impacto na qualidade de atendimento à população.

Todavia, o acesso universal no sistema de saúde tem feito parte das agendas de discussão dos diferentes governos ao redor do mundo.

A Organização das Nações Unidas (ONU), no ano de 2015, retomou os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) e reafirmou uma nova Agenda para os próximos 15 anos. Consta na Agenda 2030 que, para promover a saúde, o bem-estar físico e mental e prolongar expectativa de vida de todas as pessoas, deve-se garantir que a cobertura de saúde e o acesso a cuidados médicos de qualidade seja universal, sem excluir ninguém. Elenca ainda na Agenda a necessidade de alcançar cobertura universal de saúde, incluindo proteção contra riscos financeiros, acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade e acesso a medicamentos, vacinas seguras, eficazes, acessíveis e de qualidade para todos³.

Ademais, nos últimos anos o termo “cobertura universal de saúde” tem levado a diferentes interpretações e abordagens por parte das autoridades sanitárias nacionais, organizações governamentais e não governamentais, especialmente nos países em desenvolvimento, discussões estas polarizando nas propostas de sistema

universal versus cobertura universal em saúde⁴, em que o sistema universal se refere mais à abertura das portas de entrada, e a cobertura universal exige uma extensão do potencial de acesso e atendimento a toda população do território.

Embora a Constituição proclame a saúde como direito de todos e dever do Estado, o próprio Estado brasileiro não assegura as condições objetivas para a sustentabilidade econômica e científico-tecnológica do SUS⁵. Problemas de gestão como a falta de profissionalização, o uso clientelista e partidário dos estabelecimentos públicos, número excessivo de cargos de confiança, burocratização das decisões e descontinuidade administrativa também têm sido destacados⁵.

Todavia, Leal⁶ nos chama atenção no sentido de compreender que a construção do SUS é resultado da luta pela Reforma Sanitária brasileira, de muitas disputas políticas, de intensa participação dos movimentos sociais nas instâncias de controle social e ressalta que estes desafios culminam com uma rica história com resultados, por vezes contraditórios, mas que certamente contribuíram para a melhoria das condições de saúde da população brasileira.

No que se refere à cobertura da porta de entrada do sistema de saúde no Brasil, Mendes⁷ considera que provavelmente, o avanço mais significativo do SUS foi na Atenção Primária à Saúde (APS). A APS é constituída tanto pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF) quanto pelos sistemas convencionais de prestação de cuidados primários. Em abril de 2020, constava nos dados do Ministério da Saúde que o Brasil possuía 44.716 EqSF cobrindo 65,36% da população, ou seja, 137.360.577 habitantes. Já a APS como um todo dava cobertura a 160.780.129 brasileiros, perfazendo 76,5 %⁸. Essa expansão de cobertura é, sem dúvida nenhuma, uma grande conquista da sociedade nesses 32 anos de SUS, que se desdobra também em um grande desafio de gestão para que seja acompanhada de qualidade e resolutividade.

Ainda segundo Mendes⁷, com esta cobertura a APS pode ser considerada a política mais extensiva do mundo, uma vez que a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no SUS corresponde a quase quatro vezes a população total do Canadá e mais de duas vezes a população total do Reino Unido, países estes que desenvolveram bons sistemas de atenção à saúde com base na APS.

À cobertura de serviços de saúde para a população, reporta-se aqui a possibilidade de uso ou de receber a prestação de serviço, o que não significa que

os indivíduos estejam utilizando os serviços da unidade ou será capaz de usá-los quando necessitar. Assim, cobertura, portanto, difere de acesso e utilização⁹.

Desde a implantação do SUS, a sociedade e os serviços de saúde procuram traçar estratégias para que a cobertura se traduza também em acesso, o que, sem dúvida, impactaria nos indicadores de saúde e na melhora da qualidade de vida da população.

A organização territorial das unidades com consequente tendência de maior proximidade geográfica dos usuários, assim como a inserção da figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como profissional mediador entre as famílias e equipes de saúde, além da visita domiciliar como ferramenta do processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família, são elementos que favorecem o acesso à APS e configuram-se como conquistas nesse sentido. Por outro lado, permanecem como grandes desafios o Controle Social e a Participação Popular, especialmente no âmbito local.

O Controle Social em cada território exerce um papel fundamental no sentido de buscar concretizar o acesso aos serviços cobertos pelo sistema de saúde público em determinada área. As instâncias colegiadas no âmbito das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde instituídos no Brasil pela Lei Federal 8.142¹⁰ são consideradas os espaços para avaliação e formulação de estratégias de políticas de saúde, que visam ampliar e qualificar os serviços de saúde. Nesta temática, deve-se ressaltar ainda o papel desempenhado tanto pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) quanto pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) no acompanhamento e discussão política da implantação das diferentes estratégias de saúde.

Ainda incipiente no contexto do SUS e da APS, o fomento à criação e manutenção de Conselhos Locais de Saúde, com forte participação da comunidade e interlocução com as unidades de saúde e com outros pontos de atenção municipal no território, deve ser considerado relevante para a efetivação da Participação Popular e Controle Social de forma legítima, contribuindo também para o alcance do atributo da APS relacionado à orientação comunitária.

Ultrapassando a discussão da extensão da cobertura e do acesso ao sistema de saúde no Brasil, algumas evidências demonstram o impacto do SUS nos serviços de saúde nas últimas décadas.

Destaca-se aqui, os avanços do Programa Nacional de Imunização (PNI) que, apesar de ter sido criado em 1973, representa atualmente uma das ações em saúde pública que atende integralmente os pressupostos do SUS, ao garantir acesso universal e igualitário¹¹. Hoje, o PNI inclui um extenso grupo de imunobiológicos entre vacinas, soros hiper imunes e imunoglobulinas, com acréscimos gradativos, sobretudo nos últimos 10 anos, para vacinação de rotina e atendimento a grupos em condições especiais, constituindo assim um dos pilares da sustentabilidade do programa e uma das principais garantias para a prevenção e tratamento de doenças imuno preveníveis. Acrescenta-se ainda que por meio da prática de pontuação de metas e indicadores, de acordo com os dispositivos do SUS, entre os diferentes entes federativos, o PNI tem alcançado elevadas taxas de coberturas vacinais, o que o torna, sem dúvida, bem sucedido¹¹. Ainda nesta mesma fonte é citada uma pesquisa de opinião dos brasileiros sobre saúde, que mostrou que entre os domicílios em que residem crianças de até 6 anos de idade, mais de 85 % consideraram fácil o acesso às vacinas, e 92 % utilizaram os serviços públicos¹¹. O PNI é o maior do mundo, induzindo a autossuficiência de imunobiológicos⁵. Ao se falar de cobertura vacinal, o sistema de saúde deve proporcionar condições mínimas de maneira constante para mantê-la no patamar mínimo, buscando contribuir no sentido de interromper a cadeia de transmissão das doenças.

O Brasil está colocado entre os países do mundo que mais aumentaram a expectativa de vida ao nascer e reduziram a mortalidade infantil e, seguramente, o SUS contribuiu muito para tais conquistas¹².

Por meio da análise de alguns indicadores relacionados à saúde materna infantil, é possível inferir sobre o impacto do SUS, principalmente no que se refere à APS com a implantação da ESF. Dados apresentados por Leal⁸, que compara o ano de 1995 e 2015, mostram uma queda do percentual de gestantes sem atenção pré-natal de 10,9 % para 2,2 % nos respectivos anos; o aumento no percentual de mulheres com 7 ou mais consultas pré-natais de 49 % para 66,9 %, e a variação no percentual de aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses de 23,9 % para 36,6 %.

A cobertura e qualidade na assistência geram queda nas taxas de mortalidade no grupo materno infantil, como se pode verificar entre os anos de 1990 e 2015 na taxa de mortalidade infantil que passa de 47,1 para 13,5 por 1000 nascidos vivos e a razão de mortalidade materna tem uma variação de 143,2 para

59,7 entre 100000 nascidos vivos; destaque deve ser dado para o declínio da mortalidade na infância que representa a probabilidade de morrer antes dos cinco anos de idade, que decresceu de 53,7 para a 15,6 por 1000 nascidos vivos, o que proporcionou ao Brasil atingir a Meta 4 dos ODM proposto pela ONU⁸.

Apesar das estatísticas mostrarem o declínio considerável na mortalidade infantil e materna no Brasil, estes indicadores ainda devem fazer parte das preocupações dos gestores do sistema de saúde e da APS, uma vez que o pré-natal é uma ação programática típica desse nível de assistência. Estudo publicado recentemente constata que ainda persistem as desigualdades regionais, as barreiras no acesso e inadequação da atenção ao pré-natal, contribuindo para resultados adversos para os recém-nascidos e que o sistema de saúde não está adequadamente articulado para disponibilizar atenção de alta complexidade a quem necessita¹³.

Após a implantação do SUS, houve importante impacto sobre o perfil da morbimortalidade das doenças transmissíveis no Brasil, com destaque especial para o declínio da morbidade por doenças imunopreveníveis e da mortalidade proporcional por doenças transmissíveis, que em 1980 correspondia a 12 % do total de óbitos deste País, e, em 2015 (4 %), foi três vezes menor¹⁴. Além da reorganização da atenção à saúde, há que se destacar outras iniciativas do SUS, como a ampliação do acesso aos cuidados primários de saúde e a de uma vasta gama de vacinas e de tratamento para diversas doenças transmissíveis que passaram a ser oferecidos à população de forma universal¹⁴.

Todavia, verifica-se que a situação atual das doenças transmissíveis ainda causa um grande impacto nos dados de morbidade do Brasil, com destaque para aquelas que têm associações com as condições sanitárias, econômicas, ambientais e sociais, algumas doenças erradicadas estão ressurgindo e disseminando-se com velocidade, causando um grande problema de saúde pública¹⁵.

As profundas desigualdades sociais ainda existentes, que extrapolam a capacidade do setor saúde, impõem limites para uma melhor efetividade na prevenção e controle das doenças transmissíveis, realidade esta que indica a necessidade de maiores investimentos em pesquisas e no setor saúde¹⁴.

Nesse contexto, se faz necessário o exercício da intersetorialidade na concepção e manejo articulado e coordenado dos determinantes e condicionantes de saúde, através de práticas que perpassam por uma compreensão ampliada do

conceito de saúde e de clínica, que deveria estar alinhada a um plano de governo integral para o município, como um fio condutor para a gestão municipal, por meio de suas secretarias e suas equipes de forma integrada.

Avanços e novos desafios no acesso a medicamentos também podem ser evidenciados no Brasil ao longo das últimas décadas. O espectro de ações de assistência farmacêutica é essencial como parte integrante do sistema de saúde, sendo fator determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços prestados, além de mobilizar a alocação de grande volume de recursos financeiros, o que, sem dúvida, leva à compreensão de seu caráter estratégico no desenvolvimento de políticas públicas de saúde¹⁶.

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi formalizada em 1998 como a primeira no Brasil a vigorar em um contexto mais amplo das políticas de saúde, uma vez que instalava um processo de promoção de cidadania coerente com os princípios constitucionais do direito à saúde e coerentes com o SUS, com foco na organização da assistência farmacêutica pautada na descentralização e na busca de recursos para acesso a medicamentos¹⁷. Em 2004, foi criada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica que demarcou a Assistência Farmacêutica como uma política norteadora para a formulação de políticas setoriais garantindo a assistência farmacêutica nas estratégias de acesso e equidade às ações de saúde, além de promover a manutenção de serviços de Assistência Farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção¹⁸.

Com o fortalecimento da APS e pela expansão da ESF, foi introduzida via Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), ações relativas à organização das atividades de assistência farmacêutica, proporcionando a integração dos farmacêuticos com os demais profissionais de saúde, com possibilidade de ações, dentre outras, como as direcionadas ao uso apropriado de medicamentos, como exemplo do cuidado integral, um valor do SUS¹⁷. Assim sendo, a assistência farmacêutica reforça e dinamiza a organização dos sistemas de saúde, consolidando vínculos entre os serviços e a população, contribuindo para a universalização do acesso e a integralidade das ações¹⁷.

Deve-se desatacar que o acesso a medicamentos essenciais compõe um dos objetivos do Desenvolvimento Sustentável definido na Agenda 2030 da ONU³.

Todavia, considerando a mudança do modelo de financiamento das ações e dos serviços de saúde no País em 2017 definido pela Portaria GM/MS nº 3.992, de

28 de dezembro de 2017, é necessário repensar a atual organização das ações da Assistência Farmacêutica e, nesse sentido, tendo a Assistência Farmacêutica como uma política articulada às diretrizes gerais da saúde, destaca-se a importância de ressignificá-la com o intuito de superar os desafios e avançar progressivamente no acesso a medicamentos e no cuidado ao paciente, para o alcance de resultados satisfatórios em saúde¹⁸. Torna-se fundamental, portanto, o avanço na criação, acompanhamento e avaliação de ferramentas de gestão do cuidado, através de mecanismos de atenção interprofissional, apoio matricial e organização dos pontos de atenção do município em rede, tornando-se também necessários investimentos que viabilizem o acesso a exames e especialidades quando esses são necessários para a resolutividade do caso, devendo ser ofertados de forma sistematizada e monitorada.

No sentido de cumprir os princípios organizativos definidos juridicamente pelo SUS como regionalização, hierarquização, descentralização, municipalização e controle social, muitas iniciativas governamentais foram implantadas no sistema de atenção à saúde ao longo das últimas décadas. Estados e municípios passaram por experiências diversas e ainda continuam evoluindo neste processo.

Este processo político contínuo de organização da atenção à saúde no SUS envolve dois períodos nos quais prevaleceram a descentralização para os entes subnacionais de governo, com protagonismo da esfera municipal no primeiro ciclo, que compreende de 1988 a 2000, e o início do processo de construção de Regiões de Saúde ou da regionalização e das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no segundo ciclo, que se inicia em 2000 e está até os dias atuais¹⁹.

A ideia de RAS surgiu da busca da integração dos sistemas de atenção à saúde, com vistas à superação da fragmentação, que até então era aquele sistema que se organizava por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população⁷.

As RAS podem ser entendidas como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e coordenada pela APS; é atenção à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade, além de responsabilidades sanitária e econômica de modo a gerar valor para a população⁷. Para isso, é necessária uma coordenação de APS qualificada e

sistematizada, além da gestão municipal alinhada a esses propósitos e profissionais que compreendam e se responsabilizem pela efetivação das propostas, as quais não se efetivam por si só, devendo, por isso, serem planejadas, acompanhadas e avaliadas. A inclusão desse acompanhamento e avaliação nos processos de trabalho de gerentes locais e de coordenações de APS, além de secretarias de saúde, ainda permanecem como grande desafio no cotidiano do SUS.

No cotidiano da assistência à saúde é nítido que, ainda, há muito a se tecer para se ter redes de atenção seguras e que garantam a longitudinalidade e resolutividade do cuidado. É necessário que a APS seja robusta e tenha ferramentas sistematizadas para ser capaz de coordenar a navegação do usuário pelos diferentes pontos de cuidado, facilitando a prestação de serviços e ações de saúde em local e tempo oportunos. Além deste fator, as RAS exigem a manutenção de uma base política de sustentação com força para redefinir ações, engajar agentes e incentivar parcerias institucionais de diferentes tipos e natureza¹⁹.

A organização de um modelo assistencial também exige que se tenha profissionais de saúde formados e capacitados para responder com eficiência as demandas dos diferentes pontos de atenção em saúde.

Uma das atribuições legais do SUS é ordenar a formação dos profissionais da área. Nesse sentido, as políticas públicas de saúde brasileira, ora fundamentadas nas diretrizes do SUS, têm demonstrado importante papel para desencadear mudanças no processo de educação dos profissionais da saúde²⁰.

Acredita-se que os pontos de atenção em saúde, mais especificamente a APS pela sua abrangência, são considerados um espaço privilegiado de ensino e aprendizagem e, consequentemente, importantes para os processos de formação em saúde²¹.

A exigência presente nas atuais Diretrizes Curriculares Nacionais - DCNs para que os cursos da área da saúde organizem seus currículos contemplando o SUS, a atenção integral da saúde e o trabalho em equipe, visando lançar na sociedade profissionais generalistas e críticos, contribui, sem dúvida, para melhorar a articulação da formação com as rotinas dos serviços de saúde. Entretanto, em algumas instituições de ensino e em alguns cursos, esta orientação é traduzida apenas em ofertar a carga horária exigida, não proporcionando a verdadeira integração entre ensino e serviço que possa proporcionar a vivência deste futuro profissional nas RAS.

A iniciativa e habilidade de comunicação emergem como uma importante competência para profissionais de saúde na busca pela integralidade e gestão do cuidado. A disposição para a comunicação e interação é fundamental para a relação interprofissional, a qual contribui não somente para que as práticas em rede sejam mais integrais e resolutivas, se desdobrando também como ações de educação permanente, ao longo dos aprendizados que resultam dos manejos conjuntos de cada caso no dia-a-dia dos serviços, favorecendo a qualificação continuada da equipe de APS.

Os desafios ainda são inúmeros para que tenhamos profissionais de saúde voltados para a realidade SUS, muito se deve investir em diretrizes pedagógicas na graduação e pós-graduação. Enquanto isso, o sistema lança mão dos processos de educação permanente em saúde, buscando resgatar os profissionais que já estão inseridos na rede para sua melhor adequação e contribuição no desenvolvimento de ações de saúde.

As condições de trabalho no SUS, muitas vezes, também não se tornam um atrativo para a permanência dos profissionais de saúde nos pontos de atenção à saúde, aumentando a rotatividade dos profissionais. O fenômeno da rotatividade, por sua vez, dificulta a formação de vínculos com a população usuária.

Há muitas conquistas a serem reconhecidas e trabalhadas para serem mantidas e aprimoradas, mas é importante também olhar para os tantos desafios que perpassam, entre outros fatores além da questão do financiamento, pela falta de qualificação profissional, integralidade e continuidade administrativa na gestão municipal, que dificultam os processos de planejamento, acompanhamento e avaliação necessários para o avanço da organização da saúde e da consolidação do SUS no contexto municipal e local.

Os desafios do SUS, portanto, são imensos, especialmente no que se refere ao desfinanciamento da saúde, agravado pela aprovação da Emenda Constitucional 9524/2016, que limita os investimentos ao teto de gasto, mesmo que o País apresente receita positiva. Entretanto, a proteção e a defesa do SUS, especialmente de um financiamento robusto, oriundo de fontes permanentes e exclusivas, devem estar agregados à garantia da seguridade social e dos direitos da população, conforme consta na Constituição Federal²².

A pandemia de Covid-19 chegou ao País após o estabelecimento da já mencionada Emenda Constitucional nº 9524/2016 e depois da implementação do

novo modelo de financiamento para a APS^{23,24}. Diante da pandemia, novos recursos foram alocados para o SUS; porém, não se deve ignorar as consequências do subfinanciamento crônico e histórico do SUS sobre a saúde da população, que em sua maioria depende exclusivamente deste sistema²⁵.

Assim, além de todos os desafios do SUS quanto ao financiamento, organização e acesso, em 2020, o sistema de saúde enfrentou uma das maiores crises sanitárias de sua história: a pandemia de Covid-19. A dispersão planetária do coronavírus gerou medo e insegurança em todo o mundo e não seria diferente aqui no Brasil. Com o aumento do número de casos da doença e a transmissão comunitária instalada, ações foram realizadas com vistas a impedir a ocorrência de casos graves e óbitos pela doença. Nesse cenário, foram adotadas estratégias direcionadas para a atenção hospitalar e para o isolamento de casos leves e contatos²⁶.

O Ministério da Saúde atuou no fortalecimento dos serviços de saúde, desenvolveu ações para a capacitação de recursos humanos, além de ter ampliado a cobertura do SUS, contratando profissionais, especialmente médicos; também, foi criado o programa “O Brasil conta comigo”, direcionado para o alistamento de profissionais de saúde e para estudantes do último ano dos cursos de medicina, enfermagem, fisioterapia e farmácia²⁶.

Uma das diretrizes da OMS para conter a disseminação da Covid-19 referia a testagem em massa, visando o isolamento dos casos positivos e contatos. Porém, no início da epidemia no Brasil, um País de dimensão continental e com uma transmissão comunitária sustentada, não houve condições de se testar todos os suspeitos da doença que procuravam os serviços de saúde. O número de testes realizados foi aumentando com o passar do tempo, sendo priorizado inicialmente a testagem de casos graves e óbitos, profissionais da saúde e da segurança pública²⁷.

No âmbito do SUS, também se destaca o TeleSUS, que utilizou a inteligência artificial para desempenhar a busca ativa de casos suspeitos de Covid-19. Por meio de ligações telefônicas, as pessoas com sinais e sintomas da doença recebiam orientações sem precisar sair de casa²⁸.

No enfrentamento da Covid-19, verificou uma centralidade das ações no âmbito hospitalar, mas também se destaca a importância da vigilância em saúde, especialmente, da vigilância epidemiológica, que realiza uma notificação qualificada

dos casos e óbitos e fornece informações essenciais no processo de tomada de decisão de gerentes e gestores de saúde.

No que se refere à APS, foi publicado o Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde e suas atualizações, que visa direcionar ações nesse nível de assistência.

O Ministério da Saúde, após o reconhecimento do Conselho Federal de Medicina, regulamentou o uso da telemedicina no País durante a epidemia de Covid-19²⁹, visando oferecer uma abordagem pré-clínica, apoio assistencial e monitoramento dos casos em todo o sistema de saúde. O uso da telemedicina impacta na redução do excesso de trabalho nos serviços de saúde, com ênfase na APS, uma vez que amplia a capacidade de resposta do sistema de saúde, bem como promove o acesso das pessoas a orientações adequadas e contribui na organização do fluxo de usuários³⁰.

Ainda no que diz respeito à APS, deve-se enfatizar o potencial desse nível de assistência na garantia do acesso a cuidados de saúde, além do desenvolvimento de ações sobre os determinantes de saúde diante da pandemia. O controle da Covid-19 está relacionado ao papel desenvolvido pela APS, especialmente com o trabalho realizado pela ESF, bem como com o fortalecimento de suas competências - cultural, orientação familiar e comunitária²⁵. Porém, devido às características peculiares de cada região e a descentralização da gestão, bem como das ações de controle da Covid-19, a nível estadual e municipal, ainda não se sabe com clareza como a APS, especialmente a ESF, se organizou de fato frente à pandemia como um todo. Sabe-se que estudos estão sendo realizados, com vistas a apresentar um diagnóstico sobre o enfrentamento da Covid-19 pela APS.

Os desafios impostos no SUS neste momento vão além de casos de Covid-19, pois verificou-se um aumento de agravos à saúde mental, consequência do medo gerado pela pandemia e pelo isolamento social. A sobreposição da Covid-19, especialmente no tempo, com a influenza sazonal, a tuberculose, AIDS, arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti*, além das doenças não transmissíveis constituem outro desafio²⁵.

Existem lacunas estruturais como a distribuição dispare dos serviços de saúde no território nacional, a falta ou alocação desigual de profissionais de saúde e serviços e infraestrutura de média e alta complexidade, além da capacidade reduzida de produção de testes diagnósticos, contribuíram para o avanço da doença

por todo o País. Por outro lado, a pandemia de Covid-19 realçou as fortalezas do maior sistema de saúde público e universal, evidenciando ações essenciais na vigilância e na assistência à saúde, além da articulação entre os diferentes níveis de assistência^{25,30}.

A atuação do SUS foi determinante para o combate da Covid-19, mesmo com suas deficiências, o SUS respondeu de forma inquestionável à pandemia. Ressalta-se que o SUS é uma política de Estado e que diante da pandemia de Covid-19 houve um reconhecimento quase unânime da necessidade de mais recursos para que o sistema continue assistindo os brasileiros em todos os níveis de atenção à saúde e que tenha robustez para enfrentar novos desafios^{25,30}.

Por fim, a APS necessita reivindicar o seu protagonismo como ordenadora do cuidado no SUS, bem como a sua centralidade na agenda do Ministério da Saúde, uma vez que um sistema de saúde público e universal depende de uma APS vigorosa, efetiva, inclusiva, acessível e cultural e socialmente orientada^{25,30}.



2. ATIVIDADES PRÁTICAS SOBRE A TEMÁTICA ABORDADA

1) A partir do texto, em termos numéricos, quais as principais conquistas do SUS nesses 32 anos?

2) A partir do texto, quais elementos podem ser citados para representar as conquistas que contribuem para a ampliação e qualificação do acesso da população à APS?

3) Embora a Constituição proclame a saúde como direito de todos e dever do Estado, quais os principais obstáculos dificultam a garantia desse direito?

4) Qual desafio pode ser identificado no texto em relação à consolidação do princípio do SUS de Participação Popular?

5) Quais os principais desafios na rede de atenção municipal de saúde que materializam as propostas do SUS em seus processos de trabalho?

2.1 PADRÃO DE RESPOSTA

1) Aumento da expectativa de vida ao nascer, diminuir da mortalidade materna e infantil, diminuir as taxas de mortalidade por doenças transmissíveis,

aumento da cobertura vacinal e da oferta de imunobiológicos, aumento expressivo da cobertura de Atenção Primária à Saúde.

2) A organização territorial das unidades com consequente tendência de maior proximidade geográfica dos usuários, assim como a inserção da figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como profissional mediador entre as famílias e equipes de saúde, além da visita domiciliar como ferramenta do processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família, são elementos que favorecem o acesso à APS e configuram-se como conquistas nesse sentido. Por outro lado, permanecem como grandes desafios o Controle Social e a Participação Popular, especialmente no âmbito local.

3) A falta de profissionalização, o uso clientelista e partidário dos estabelecimentos públicos, número excessivo de cargos de confiança, burocratização das decisões e descontinuidade administrativa⁵, além de fatores que extrapolam o setor saúde e são importantes determinantes e condicionantes do processo saúde doença, como os fatores socioeconômicos.

4) A insipiência de Conselhos Locais de Saúde com participação comunitária local que garantam a representatividade dos Conselhos Municipais de Saúde no Controle Social do SUS.

5) A falta de interação e articulação entre as equipes e serviços que compõem a rede, e a dificuldade de sistematização de ferramentas e processos de planejamento, acompanhamento e avaliação das práticas de gestão do cuidado, comprometendo a integralidade e resolutividade do processo ao longo dos pontos de atenção à saúde do usuário dentro do sistema.

3. ESTUDO DE CASO

J.S.S., de 38 anos de idade, chega a uma unidade básica de saúde com febre, tosse seca, cansaço e mal-estar. Ele tem histórico de diabetes mellitus tipo 1, que é controlada com insulina. Relatou que foi prescrito a insulina Lantus, devido à dificuldade de controle da glicemia; porém, ele ainda não está fazendo, pois precisou entrar com uma ação judicial para conseguir a insulina pela assistência farmacêutica, uma vez que não possui recursos para comprar. No momento, está fazendo uso da insulina NPH e regular e apresenta dificuldade para mudar os hábitos alimentares. Também se apresenta ansioso e afirma sentir medo de ter um diagnóstico de Covid-19, especialmente, pelo fato de ter um filho de 3 meses, e que

tomou somente a vacina BCG e mais nenhuma, pois tanto, ele como a esposa decidiu, esperar a pandemia terminar para vacinar a criança.

Ao exame físico, seu pulso é de 120 bpm, sua temperatura é de 38.7 °C e sua saturação de oxigênio é de 88 %. Ele parece agudamente doente. Os profissionais de saúde o isolaram em uma sala para esperar o atendimento médico, foi coletado um swab nasofaríngeo e enviado para análise; o resultado foi comunicado no dia seguinte. Após a consulta médica, o usuário foi direto para casa, não se sabe quais orientações foram fornecidas, uma vez que não foi realizada uma orientação pós-consulta. No dia seguinte, o resultado do exame do usuário foi encaminhado à UBS, positivo para Covid-19. A equipe de enfermagem entrou em contato via telefone com o usuário para comunicar o resultado; porém, a esposa relatou que o senhor J. não estava em casa no momento, pois apresentou uma intensa dispneia à noite e resolveu procurar diretamente o hospital, não quis ir à UBS e nem à Unidade de Pronto Atendimento.

4. QUESTÕES

1- Quais os fatores de risco para o agravamento da Covid-19?

2- Como você considera o fato de o Senhor J. solicitar a insulina Lantus, via judicial? Explique sua resposta com base nos princípios do SUS de universalização e equidade.

3- Os pais tomaram a conduta adequada ao não vacinar o bebê durante a pandemia? Explique.

4- Como você, juntamente com a sua equipe de saúde e com base nos protocolos de assistência à pessoa com Covid-19, organizaria o fluxo da assistência em sua unidade de saúde?

5- Considerando a organização e o papel da RAS, como deveria ser essa organização para o enfrentamento da Covid-19?

4.1 PADRÃO DE RESPOSTAS

1- Possuir alguma comorbidade como HAS, DM descompensada, obesidade, pessoas acima de 60 anos.

2- Deve-se ser favorável a solicitação via judicial como um dos caminhos existentes para receber a medicação, justificando a universalização do acesso aos serviços de saúde e a equidade, ou seja, direcionar maior recurso e atenção para as pessoas que apresentam maiores vulnerabilidades.

3- Não, os pais deveriam seguir o calendário vacinal infantil, tendo como justificativa a base na importância das vacinas e dos riscos de não vacinar e a segurança da sala de vacina.

4- Após a identificação precoce na recepção da Unidade Básica de Saúde de todos casos suspeitos de Síndrome Gripal, deve-se fornecer máscara cirúrgica a todos pacientes logo após reconhecimento pelo Agente Comunitário de Saúde ou profissional responsável por receber os pacientes, enquanto aguardam o atendimento da enfermagem e do médico. Preferencialmente, em localidades onde isso é possível, a pessoa deve ser conduzida para uma área separada ou para uma sala específica, visando ao isolamento respiratório. A sala deve ser mantida com a porta fechada, janelas abertas e ar-condicionado desligado. Caso não haja sala disponível na UBS para isolamento, propiciar área externa com conforto para pacientes com Síndrome Gripal, que deverão ser atendidos o mais rápido possível.

5- As equipes de APS possuem um papel fundamental no enfrentamento da pandemia de forma articulada e integrada aos demais serviços do sistema de saúde e aos outros pontos de atenção da rede municipal intersetorial. Entre as suas atribuições está a investigação dos contatos de casos suspeitos e confirmados, orientando, acompanhando e monitorando o isolamento social desses. São importantes também ações educativas voltadas à comunidade visando o estímulo de práticas seguras, buscando a contenção da cadeia de transmissão no território adscrito de cada unidade, ações essas que devem ser planejadas conforme vulnerabilidades e singularidades locais. Além disso, torna-se imprescindível no cenário de distanciamento social, ajustes e adaptações nos processos de trabalho dessas equipes, para que seja mantido o acolhimento dos usuários, para que os portadores de doenças crônicas continuem sendo acompanhados e para que as demandas da clientela possam ser avaliadas e atendidas. Numa situação pandêmica em que múltiplos determinantes favorecem o desconforto emocional, medo e ansiedade na população, as ações de promoção da saúde e o vínculo com a equipe de saúde local são aspectos relevantes para a manutenção da saúde mental dos indivíduos e famílias.

5. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.
2. Rosário CA, Baptista TWF, Matta GC. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. *Saúde Debate* [internet]. 2020 [citado 2020 jul. 10]; 44(124). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v44n124/0103-1104-sdeb-44-124-0017.pdf>.
3. Organização das Nações Unidas (ONU). Resolución 70/1 Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. New York: ONU; 2015 [citado 2020 jun. 20]. Disponível em: https://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf.
4. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, Rosa MC, Martins GB, Santos IS et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(6): 1763-76.
5. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23 (6):1723-28.
6. Leal MC, Azwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(6):1915-1928.
7. Mendes EV. Desafios do SUS. Brasília: CONASS; 2019.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção Primária à Saúde [internet] Brasília. E-Gestor: informação e gestão da atenção básica [citado 2020 jul. 18]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml;jsessionid=fZaFKhla-iINhNypmOefFVY>.
9. Noronha, JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(5): 847-49. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/03.pdf>.
10. Brasil. Lei n.8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 31 dez.1990. Seção 1.
11. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? [internet]. Brasília: OPAS; 2018. [citado 2020 maio. 20]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>.
12. Saldiva PHN, Veras M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *Estudos Avançados* [internet]. 2018[citado 2020 jul. 20]; 32(92). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ea/v32n92/0103-4014-ea-32-92-0047.pdf>.
13. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Vilellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. *Rev.Saúde Pública* [internet]. 2020[citado 2020 jul. 5]; 54(8): Disponível em: <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>.

14. Teixeira MG, Costa MCN, Paixão E S, Carmo EH, Barreto FR, Penna GO. Conquistas do SUS no enfrentamento das doenças transmissíveis. Ciência & Saúde Coletiva. 2018; 23(6):1819-28.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2020-2023. Brasília;2020 [citado 2020 ago. 17]. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf.
16. Bermudez JAZ, Luiza VL, Silva RM. Assistência Farmacêutica e acesso a medicamentos: superando a utopia. In: Bermudez JAZ, Costa JCS, Noronha JC, organizadores. Desafios do acesso a medicamentos no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Livres; 2020.p. 19-62.
17. Bermudez JAZ, Esher A, Osório-de-Castro CGS, Vasconcelos DMM, Chaves GC, Oliveira MA, et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. Ciência & Saúde Coletiva. 2018; 23(6): 1937-49.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação: relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
19. Viana ALA, Bousquat A, Melo GA, Negri Filho A, Medina A.G. Regionalização e Redes de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2018; 23(6): 1791-98.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília; 2018. [citado 2020 set. 2] Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf.
21. Oliveira IV, Santos JMM, Almeida FCS, Oliveira RN. Educação Permanente em Saúde e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: um estudo transversal e descritivo. Saúde Debate[internet]2020[citado 2020 jul. 20]; 44(124). Disponível em:
<https://www.scielosp.org/article/sdeb/2020.v44n124/47-57/>.
22. Menezes APR, Moretti B, Reis AAC. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. Saúde Debate. 2020;43(spe5):58-70.
23. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? Ciência & Saúde Coletiva.2020; 25:1475-82.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União 2019; 13 nov.
25. Daumas RP, Silva GA, Tasca R, Leite IC, Brasil P, Greco DB et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. Cad. Saúde Pública [internet]. v. 36, n. 6 [Acessado 4 setembro 2020],

e00104120. Disponível em:https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000600503&lng=pt&nrm=iso&tlang=pt.

26. Oliveira WK, Duarte E, França GVA, Garcia LP. Como o Brasil pode deter a COVID-19. Epidemiol. Serv. Saúde [internet]. 2020 [citado 2020 Sep. 04] ; 29 (2): e2020044.

Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000200200.

27. Brasil, Ministério da Saúde. Saúde amplia testes para profissionais de saúde e segurança [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2020 abr. 7]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46596-saude-amplia-testes-para-profissionais-de-saude-e-seguranca>.

28. Brasil, Ministério da Saúde. Saúde avalia comportamento dos brasileiros no combate à COVID-19 [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2020 abr. 7]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46639-saude-avalia-comportamento-dos-brasileiros-no-combate-a-covid-19>.

29. Brasil, Ministério da Saúde. Projeto Lean nas emergências: plano de resposta hospitalar ao COVID-19 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2020 abr. 7]. 44 p. Disponível em:
<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/03/Ebook-SirioLibanes-PlanodeCriseCOVID19-LeannasEmerg--ncias-0304-espelhadas.pdf>.

30. Sarti, TD, Lazarini WS, Fontenele LF, Almeida APSC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? Epidemiol. Serv. Saúde [internet]. 2020[citado 2020 Set 04];29(2): e2020166. Disponível em:
<https://www.scielo.br/pdf/ress/v29n2/2237-9622-ress-29-02-e2020166.pdf>.

CAPÍTULO 02

CONTEXTUALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A GESTÃO MUNICIPAL

Gilmar Antonio Batista Machado

Enfermeiro. Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (EERP/USP), Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Especialista em Políticas e Gestão da Saúde na Superintendência Regional de Saúde de Passos, Passos, Minas Gerais, Brasil.

Aline Cristina Gonçalves Andrade

Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (EERP/USP). Enfermeira na Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Tânia Silva Gomes Carneiro

Enfermeira. Doutora em Ciências. Pós-doutoranda na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (FMRP/USP), Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Jaqueleine Silva Santos

Enfermeira. Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (EERP/USP). Especialista em Políticas e Gestão da Saúde na Superintendência Regional de Saúde de Passos, Passos, Minas Gerais, Brasil.

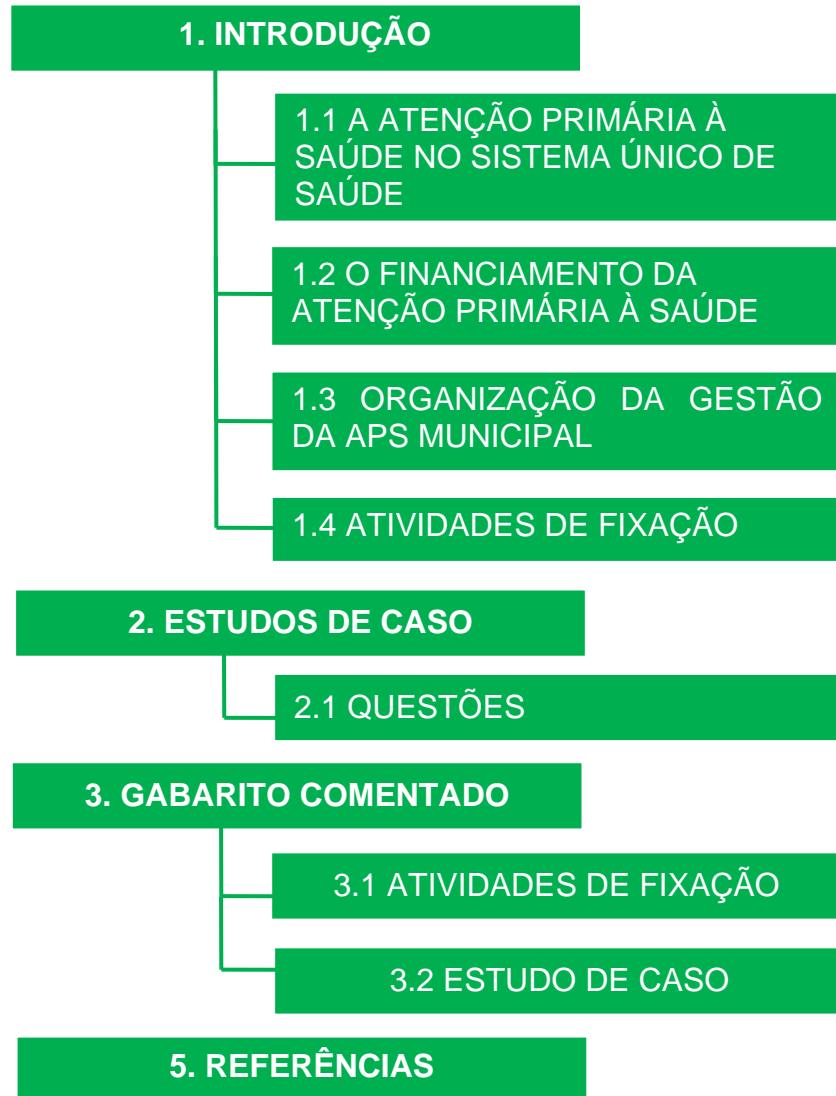
Raquel Dully Andrade

Enfermeira. Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (EERP/USP). Docente na Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) – Campus Passos, Minas Gerais, Brasil.

Maria Ambrosina Cardoso Maia

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (EERP/USP). Docente da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) – Campus Passos, Minas Gerais, Brasil.

ESQUEMA SINTÉTICO DO CAPÍTULO



1. INTRODUÇÃO

Para que a Atenção Primária à Saúde (APS) seja resolutiva e condizente com seus atributos, é necessário o fortalecimento da gestão municipal por meio de equipes preparadas para sua condução e efetivação, além de organizar o processo de trabalho de modo coerente com as premissas preconizadas.

O objetivo deste capítulo é discutir duas questões ligadas à APS, que abarcam pontos que devem fazer parte da prática cotidiana à nível de gestão, sendo: como a APS apresenta-se no Sistema Único de Saúde (SUS) e, como ocorre seu financiamento. Concomitante a estes conceitos, tem-se o terceiro ponto, que visa reforçar a importância de organizar a coordenação municipal, com participação horizontalizada nas decisões e trazer significado aos envolvidos.

1.1. A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A importância da APS para os sistemas de saúde do mundo teve, no início do século XX, um de seus marcos com a publicação do Relatório Dawson, que propôs a necessidade de ter regiões de saúde com base territorial definida como mecanismo organizador das redes regionalizadas¹. Essa construção conceitual foi reforçada com a Declaração de Alma-Ata, que apresentou os cuidados primários em saúde como um bem a ser alcançado por todos, atrelados ao desenvolvimento social e econômico².

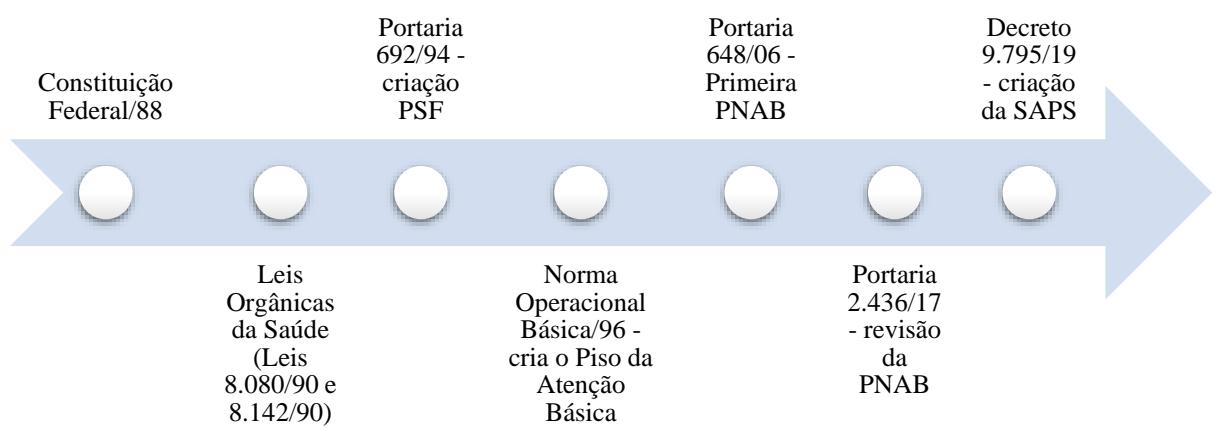
Estes dois eventos, em conjunto com o movimento sanitário brasileiro da segunda metade do século XX, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, e a retomada democrática do Brasil na década de 1980, possibilitaram que o SUS se concretizasse nos meios legais a partir da promulgação da Constituição de 1988 e pelas publicações das chamadas Leis Orgânicas da Saúde, em 1990, a saber as Leis nº. 8080 e 8142³.

A necessidade da capilaridade dos serviços de saúde surgida junto com os princípios do SUS fez que a APS do País ganhasse relevância que talvez não houvesse outrora. Por aqui, até o início de 2019, com a criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde⁴, optou-se pelo nome Atenção Básica em vez de Atenção Primária à Saúde⁵. No entanto, neste capítulo optou-se por APS, no seu significado mais amplo e integral⁵.

A fim de contemplar esta necessidade de alcance territorial do sistema público de saúde, as décadas de 1990 e 2000 são marcadas pela implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), o aumento do aporte financeiro, a valorização da

Atenção Básica no Pacto pela Saúde e o surgimento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)³. O PSF passou a ser o principal programa de efetivação da APS nacional, já sendo reconhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF) na publicação da primeira PNAB, em 2006. Uma linha sintética do tempo de alguns marcos da APS no Brasil, a partir do surgimento do SUS, é apresentada na figura 1.

Figura 1. Linha sintética com alguns marcos legais relacionados à Atenção Primária à Saúde no Brasil.



Fonte: elaborado pelos autores.

Foi também na década de 2000 que a definição de APS no Brasil incorporou atributos que contribuem para entendimento amplo de seu alcance, sendo: acesso e acessibilidade em saúde; longitudinalidade, coordenação do cuidado, integralidade, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural⁶. Quando a APS consegue desenvolver com adequação esses atributos, os serviços são considerados de qualidade e resolutivos. Para medir esses atributos foi validado no País o Primary Care Assessment Tool (PCATool), instrumento criado originalmente nos Estados Unidos, e que passou por nova revisão no Brasil⁷.

Em 2017, houve uma breve discussão sobre a revisão da PNAB e sua posterior publicação. Dentre suas mudanças citam-se, em especial, o seccionamento da prioridade da ESF como modelo de organização da APS no País e o incentivo à criação de uma carteira de serviços, que podem restringir ao invés de ampliar o alcance da APS, podendo resultar em maior desigualdade na saúde¹.

Essas alterações deram brechas para que também o financiamento da APS passasse por revisão em 2019, com vinculação ao pagamento por cadastro de

usuários, pelo alcance do resultado de alguns indicadores e pela implantação ou manutenção de programas e ações tidas como prioritárias⁸. Por serem recentes, tanto a política quanto o novo financiamento necessitam de avaliações mais profundas para verificar os seus resultados.

1.2. O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No Brasil, a questão do financiamento tem sido um dos grandes desafios desde a afirmação do direito universal à saúde na Constituição Federal de 1988.

Ao longo dos 30 anos do SUS, o subfinanciamento dificulta a construção de um sistema público universal, diante de um cenário repleto de desigualdades sociais e regionais, tornando-se um desafio constante e permanente para a gestão do SUS⁹, tendo em vista que “o financiamento público em saúde constitui condição primordial para a garantia do acesso universal à saúde”^{10 (75)}.

No Art. 198 da Constituição Federal, o financiamento da saúde passou a ser tripartite, ou seja, o SUS recebe recursos orçamentários da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, considerados entes federativos com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica^{11,12}. A regulamentação das formas de repasse e os valores a serem repassados entrou na arena de discussão no processo histórico de descentralização do SUS.

Em relação à regulamentação dos valores repassados, destaca-se a emenda constitucional (EC) nº 29, que trata da base de cálculo para a aplicação mínima pelos entes federados em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), “após intensas negociações no âmbito do Congresso Nacional durante os anos de 1990, foi aprovada em 2000”^{10 (75-76)}. No entanto, ela só foi regulamentada em 2012, com a aprovação da lei complementar nº 141, que atualmente define os percentuais de investimento financeiro dos municípios, estados e União em ações e serviços públicos de saúde.

Para os estados e municípios, o investimento fica vinculado a suas receitas tributárias, com um mínimo de 12 % e 15 %, respectivamente, representando um aumento significativo dos recursos destinados ao sistema de saúde brasileiro¹³.

Quanto à União, coube aplicar em saúde o total correspondente aos gastos no ano anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) do mesmo ano. No entanto, já estava claro na época que reajustar os recursos financeiros pela variação do PIB não viabilizaria o SUS necessário para completar os direitos constitucionais¹⁴.

Atualmente, após a aprovação da EC-95/2016, estão congelados os gastos federais com a saúde até 2036, o que se traduz na prática um profundo agravamento do subfinanciamento crônico do SUS, cristalizando as dificuldades acumuladas desde 1988¹⁵⁻¹⁶.

No que se refere às regulamentações das formas dos repasses financeiros entre os entes federados, destacam-se as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS) de 1991, 1993, 1996, as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS-SUS) de 2001, 2002 e, mais recentemente, as portarias que regulamentam o Pacto pela Saúde de 2006 e o decreto nº 7.508 de 2011.

A partir da NOB 96 foi criado o Piso de Atenção Básica (PAB), como forma de transferência de recursos à APS, composto por um componente fixo (PAB fixo), calculado pelo número de habitantes de um município (per capita), e outro variável (PAB variável), associado ao incentivo de políticas prioritárias (adesão a programas), como a Saúde da Família.

Esse mecanismo de transferência de recursos (PAB) de forma regular e automática de fundo a fundo, garante maior autonomia ao municipal na gestão da APS, pois modificou a lógica de financiamento até então realizado por meio de convênios por número procedimentos¹⁷, ou seja, “dissociou a produção de serviços do faturamento, característica central do sistema anterior”^{10 (79)}.

O PAB representou uma importante iniciativa para incentivar a expansão da APS no País, propiciando avanços consistentes no aumento da cobertura do PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). De 1998 a 2017, o número de equipes de ESF cresceu de 2 mil para 41 mil e a cobertura de pessoas cadastradas pelas ESF passou de 4,4 % (sete milhões de brasileiros) para cerca de 70 % (143 milhões)¹².

Em 2006, com a implantação do Pacto pela Saúde nas suas três dimensões, o governo federal publicou a primeira PNAB, definindo a Saúde da Família como modelo prioritário para a implementação de serviços de APS no SUS¹⁸. Com isso, recursos federais foram adicionados ao PAB variável para incentivar municípios a implementarem equipes de ESF¹⁹.

Em 2011, a PNAB foi revisada, sendo estabelecidos valores diferenciados para o cálculo do valor per-capita do PAB fixo, a partir de critérios de vulnerabilidade socioeconômica dos municípios. Além disso, foi estabelecido o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), vinculando recursos ao PAB

variável. Em 2017, foi realizada uma nova revisão da PNAB, num contexto de restrição orçamentaria, flexibilizando a composição de equipes de ESF, reduzindo requisitos mínimos de profissionais para atender a população num território²⁰.

Em 2019, com a criação da Secretaria de Atenção Primária (SAPS)⁴, antes denominado Departamento de Atenção Básica (DAB), o governo lançou uma nova política para a APS no âmbito do SUS que modificou o financiamento da APS para os municípios.

O novo modelo de financiamento da APS foi estabelecido pela portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019⁸, que institui o Programa Previne Brasil, substituindo os critérios até então utilizados no PAB fixo e variável para financiamento de custeio da APS no SUS. Esta é uma grande preocupação dos gestores, visto que o PAB fixo é considerado uma das maiores conquistas do processo de repasse direto de recursos federais para os municípios, o que permite autonomia para trabalhar suas próprias ações previstas nos Planos Municipais de Saúde²¹⁻²².

No lugar do financiamento por número de habitantes e de equipes ESF existentes em um município, o financiamento federal aos municípios passa a ser calculado a partir do número de pessoas cadastradas em serviços de APS, ponderada por critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e localização geográfica (**capitação ponderada**); e de resultados alcançados sobre um grupo selecionado de indicadores e metas definidos pelo Ministério da Saúde (**pagamento por desempenho**); e incentivos financeiros para ações e programas prioritários do Ministério da Saúde (**incentivo para ações estratégicas**)^{8,23}.

O quadro 1 apresenta possíveis efeitos do novo financiamento para o SUS.

Quadro 1- Efeitos do novo financiamento federal de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) para a universalidade e equidade do SUS.

I – Financiamento por captação ponderada:
<ul style="list-style-type: none"> - Fere os princípios da universalidade, integralidade e equidade²², pois “o financiamento da APS no país deixa de ser universal e passa a ser restrito à população cadastrada pelos municípios”¹⁹⁽¹¹⁸⁵⁾, comprometendo a abrangência dos serviços da APS; - “Prejudica a responsabilidade constitucional do SUS sobre a segurança sanitária e prevenção de riscos, dado que o cuidado se restringirá ao público “cadastrado”, comprometendo as ações coletivas de promoção da saúde”²²⁽¹⁴⁷⁹⁾; - “Pode dirigir a atenção de municípios para a expansão de pacientes registrados, em detrimento da qualidade e abrangência dos serviços”¹⁹⁽¹¹⁸⁵⁾; - “Pode estabelecer barreiras para o cadastro de determinados grupos populacionais que exijam maiores cuidados ou que apresentem problemas de saúde com tratamentos mais onerosos”¹⁹⁽¹¹⁸⁵⁾; - “Possíveis restrições de acesso, redução de escopo e qualidade de serviços na APS tendem a desviar pacientes para outros níveis do sistema, especialmente para unidades de urgência”¹⁹⁽¹¹⁸⁵⁾; - “Municípios em áreas carentes devem apresentar maior dificuldade administrativa para registro das pessoas”¹⁹⁽¹¹⁸⁵⁾; - “Em cidades populosas, com grandes aglomerados populacionais, o cadastro de toda a população pode ser uma tarefa altamente complexa”¹⁹⁽¹¹⁸⁵⁾; - “Pode incorrer na redução de recursos para a APS em regiões de grande necessidade”¹⁹⁽¹¹⁸⁵⁾;
II - Pagamento por desempenho:
<ul style="list-style-type: none"> - “Pode apresentar como efeito colateral a redução da atenção das equipes para problemas de saúde que não estejam contemplados nas métricas de avaliação”¹⁹⁽¹¹⁸⁵⁾; - “É possível que os municípios concentrem atenção em indicadores que serão monitorados, alterando o escopo de trabalho das equipes de APS que deveria ter como objeto os problemas de saúde apresentados pela comunidade”¹⁹⁽¹¹⁸⁵⁾;
III - Incentivo para ações estratégicas:
<ul style="list-style-type: none"> - Extingue o financiamento federal aos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁸, “sob a justificativa de maior autonomia do gestor municipal para a composição destas equipes”²²⁽¹⁴⁷⁷⁾. - Parece induzir a focalização e seletividade de ações da APS no SUS^{19,22}.

Fonte: Elaborado pelos autores

O novo financiamento da APS pode trazer mudanças na atuação e processo de trabalho das equipes de APS, em especial das equipes de Saúde da Família, ao vincular o pagamento à ampliação do cadastro da população e do alcance de indicadores, permitindo melhor ou pior aporte financeiro federal, a depender das condições e remodelagem do processo de trabalho em nível municipal. Vale ressaltar que são medidas contrárias ao que determinam os critérios de rateio estabelecidos pelas leis orgânicas do SUS ratificadas pela Lei Federal nº 141/2012²¹.

Estes critérios adotados para cálculo de transferências intergovernamentais, apesar da aparente inovação, em um contexto de restrição geral de recursos para a saúde, servem mais como justificativas de cortes a serem realizados do que à qualificação de serviços, “devendo limitar a universalidade, ampliar distorções no financiamento e induzir a focalização das ações em alvos específicos na APS no SUS”¹⁹⁽¹¹⁸⁶⁾.

1.3. ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO DA APS MUNICIPAL

O conceito de gestão em saúde refere-se à organização das ações e serviços de saúde, sendo ainda definido por gerenciar/administrar redes de atenção à saúde nas instâncias públicas e privadas²⁴. O modelo da gestão da oferta remete ao modelo de gestão assumido no SUS, tendo seu foco na oferta de serviços voltado para a organização dos serviços de saúde, ficando aquém das necessidades dos usuários⁵. Além disso, o funcionamento efetivo da APS perpassa pelas dimensões de recursos humanos, elaboração e planejamento de ações, coordenação do processo de trabalho coletivo, provimento de insumos e equipamentos, gestão financeira de modo a suprir as necessidades de saúde da população²⁴.

Em relação à gestão da APS, definida no escopo das PNAB de 2006 e 2011, trouxe como responsabilidade dos municípios e Distrito Federal o papel de organizar, executar e gerenciar as ações e serviços de saúde na Atenção Básica (AB). A PNAB de 2017 reitera a importância do gerenciamento local e atribui essa função a um profissional, orientando suas atribuições. Segundo estudos, a gerência local, concomitante à gestão municipal, influencia diretamente sobre a qualidade da atenção prestada, de forma a garantir a resolutividade da atenção à saúde²⁴⁻²⁵.

Convém mencionar que, apesar dos percalços, houve uma expansão expressiva das ações e serviços desenvolvidos na APS, visto que em 2019 a cobertura da AB atingiu 74 % da população brasileira²⁶. No entanto, a literatura aponta que de forma operacional os serviços de saúde enfrentam desafios para oferecer serviços de qualidade e eficácia para a população²⁴.

A Organização Panamericana de Saúde (OMS)²⁷ publicou algumas recomendações para o fortalecimento da APS no País e, entre elas, duas se relacionam ao fortalecimento da gestão da APS: a promoção, monitoramento e avaliação da qualidade da atuação das equipes, e também na necessidade de “estimular e formar lideranças em APS no âmbito da gestão”. O que se verifica na prática, como desafio, refere-se à escassez de profissionais com perfil e qualificação

para atuação também em nível de coordenação municipal ou de gerentes locais, pois apresentam dificuldades de mediar e de tornar inteligível as políticas para o cotidiano das equipes²⁸.

Como forma de minimizar os desafios da gestão, formando um elo entre o processo de trabalho e a coordenação municipal, de maneira operacional surge o papel do colegiado de gestão/apoiador sendo este uma equipe de referência na corresponsabilização da coordenação do cuidado de modo a conceber apoio por meio de espaços deliberativos para construir o apoio matricial. O colegiado tem papel inovador por possibilitar novas formas de organizar o processo de gestão²⁹⁻³⁰.

Nesse sentido, o papel do apoiador, fundamentado na metodologia do Paideia, que prevê uma relação mais dialógica na gestão do trabalho³¹, implica na capacidade de elaborar soluções compartilhadas, acompanhar e avaliar intervenções bem como a ampliação de redes, para tanto, os apoiadores necessitam de estar articulado a outros apoiadores, trocar experiências, promover matriciamento de forma que possa refletir na dinâmica do trabalho e intervir nas relações sociais³⁰.

Adicionalmente, convém mencionar que o Ministério da Saúde (MS) apoia a cogestão e o apoio institucional como possibilidades de intervenção²⁸. Em nível municipal, a APS perpassa pelo papel de apoio e articulação que deve ser desempenhado por uma coordenação das equipes, fortalecida em nível de gestão, para que se consiga contemplar de modo satisfatório os atributos a serem alcançados, em especial a integralidade e a coordenação do cuidado.



1.4 ATIVIDADES DE FIXAÇÃO

01 – Tendo como temas “Saúde como direito”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e o “Financiamento do setor”³², o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde é um dos documentos precursores do surgimento do Sistema Único de Saúde. Além disso, quais outros movimentos, ações ou documentos podem ser mencionados neste contexto anterior ao aparecimento do SUS?

02 – Quais alterações podem ser citadas, respectivamente, em relação às publicações da Política Nacional de Atenção Básica de 2017 e da Portaria nº 2.979/19, que trata do financiamento da APS, quando comparadas ao que havia antes?

(A) Imposição de cobertura de 100% da área da equipe por agentes comunitários de saúde e pagamento pelo número de usuários cadastrados.

(B) Incentivo à criação de uma carteira nacional de serviços e ações e o pagamento do alcance de indicadores de desempenho.

(C) Alterações nas atribuições dos agentes comunitários de saúde e continuação de financiamento específico para as equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

(D) O pagamento exclusivo para equipes de Saúde da Família e a definição de indicadores de desempenho como uma das formas de financiamento da APS.

03- A Lei Complementar nº 141/2012 foi um avanço para as conquistas do Sistema Único de Saúde porque:

(A) dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde.

(B) define as bases para o decreto 7.508 que regulamenta a lei orgânica de saúde 8080/90.

(C) altera a forma de repasse financeiro da União que passa a aplicar em saúde o total correspondente aos gastos no ano anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) do mesmo ano, extinguindo os fundos de saúde.

(D) vincula um investimento mínimo de 15 % e 12 % das receitas tributárias para estados e municípios, respectivamente.

04- Em relação ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, para as transferências intergovernamentais, é utilizada a combinação dos seguintes critérios:

(A) perfil demográfico da região, seleção esporádica da região a ser beneficiada, características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área,

destinação de auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

(B) número de habitantes e de equipes ESF existentes em um município com valores diferenciados para o cálculo per-capita do PAB fixo, a partir de critérios de vulnerabilidade socioeconômica dos municípios, adoção da captação ponderada, a avaliação de desempenho, provimento de profissionais.

(C) número de pessoas cadastradas em serviços de APS, ponderada por critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e localização geográfica, resultados alcançados sobre um grupo selecionado de indicadores e metas definidos pelo Ministério da Saúde, incentivos financeiros para ações e programas prioritários.

(D) características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área, seleção esporádica da região a ser beneficiada e resarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

05 – Os itens abaixo têm relação com a metodologia Paideia, exceto:

- (A) A organização dos serviços por meio de um colegiado gestor ou apoiador.
- (B) O apoio matricial construído a partir de espaços de corresponsabilização do cuidado.
- (C) As decisões verticalizadas da gestão em relação às equipes e à comunidade.
- (D) O apoio institucional oriundo de uma participação mais dialógica dos diferentes saberes.

06 – Qual a importância de uma coordenação de APS em nível municipal para fortalecimento do SUS? E aliado a isso, qual a importância de gerências locais qualificadas e comprometidas?



2. ESTUDO DE CASO

Roberto, enfermeiro especialista em Saúde da Família, passou no concurso público para atuar no município de Monte Felicidade. Ele já atuou anteriormente em uma equipe de Saúde da Família da cidade. Mas dessa vez ele havia estranhado,

pois foram chamados quatro candidatos aprovados, sendo que havia inicialmente apenas três vagas. A gestora municipal de saúde, Marisa, que assumiu há pouco mais de quatro meses, após uma análise rápida da situação da Atenção Primária à Saúde (APS) no município, concluiu que falta articulação entre as equipes e sistematização da organização do processo de trabalho. Ela também concluiu que os recursos estaduais e federais recebidos pelo município não têm sido gastos em sua plenitude e de modo correto. Assim, pela primeira vez na história de Monte Felicidade, seria instituída uma equipe coordenadora de APS, por isso a convocação de mais um profissional no concurso.

O município está localizado em uma região interiorana do estado, tida com bom desenvolvimento socioeconômico, e com equipamentos de saúde regional entendidos como mais próximos do recomendado quando comparada a outras regiões. Monte Felicidade tem 12.000 habitantes e conta com três equipes de Saúde da Família. Nunca houve no município uma coordenação dos serviços de APS e sempre que havia necessidade de qualquer tipo de orientação, demandas ou cobranças gerais, as equipes se reportavam diretamente à gestão do município.

Dentre os quatro novos profissionais chamados pelo concurso, Roberto foi o selecionado por Marisa para assumir a coordenação de APS no município, exatamente por já conhecer um pouco da realidade local e por ter se especializado na área. Ele terá a possibilidade de contar com mais um apoiador e um agente administrativo na nova coordenação de APS de Monte Felicidade.

2.1 QUESTÕES

01 – A partir do caso, quais serão os possíveis desafios a serem enfrentados por Roberto e sua equipe?

02 – De que maneira a nova equipe pode enfrentar esses desafios?



3. GABARITO COMENTADO

3.1 ATIVIDADES DE FIXAÇÃO

01 – Além da 8^a. Conferência Nacional de Saúde, podem ser citados a Declaração de Alma Ata, a Reforma Sanitária e o processo de redemocratização

vivenciado pelo País, que culminaram na promulgação da Constituição de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, cujo texto abarcou o conceito de seguridade social.

02 – (B). A PNAB de 2017 incentivou a criação de lista nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da APS. Já a Portaria n.^o 2979/19 definiu como uma das formas de pagamento aquele feito pelo alcance de alguns indicadores, chamado de pagamento por desempenho.

03 – (A). A Lei Complementar nº 141/2012 institui percentuais mínimo a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Os Municípios aplicarão anualmente 15% e os Estados aplicarão anualmente 12% (manterá o parâmetro anterior constante da EC-29 de 2000). Não extingue os fundos de saúde.

04 – (C). A portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, ou seja, o financiamento federal aos municípios passa a ser calculado a partir do número de pessoas cadastradas em serviços de APS, ponderada por critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e localização geográfica (capitação ponderada); e de resultados alcançados sobre um grupo selecionado de indicadores e metas definidos pelo Ministério da Saúde (pagamento por desempenho); e incentivos financeiros para ações e programas prioritários do Ministério da Saúde (incentivo para ações estratégicas)

05 – (C). A metodologia Paideia visa relações mais horizontalizadas por meio, por exemplo, do uso do apoio institucional na cogestão.



Para saber mais sobre a aplicação da metodologia Paideia, busque o artigo “*A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada*”³⁰

06 – A superação do modelo hospitalocêntrico e biomédico passa pelo fortalecimento da APS e, para que isso se concretize, é necessária a efetivação de

seus atributos⁶. Este movimento precisa acontecer em nível municipal e uma das formas de ocorrer é por meio da organização de uma coordenação municipal, com profissionais com perfil e qualificação para atuar, que exerçam o papel de mediadores entre gestão, equipes e comunidade, fazendo uso da cogestão e do apoio institucional, e que reforcem a importância da APS dentro do SUS.

Além disso, é fundamental o papel dos gerentes locais no sentido de conduzirem a transposição das políticas públicas para os processos trabalho no cotidiano dos serviços, sendo esses atores sociais elos importantes entre a coordenação municipal, as equipes e a comunidade.

A coordenação de APS atuando de forma qualificada e sistematizada juntamente com os gerentes locais possuem o potencial para fortalecer a organização e otimização da rede, através dos pontos de atenção do sistema de saúde e de outros setores do município de forma articulada, favorecendo o apoio matricial, a interprofissionalidade e a intersetorialidade no aprimoramento e efetivação da gestão do cuidado.

3.2 ESTUDO DE CASO

01 – A partir do relato do caso, podem ser citados como principais desafios a serem enfrentados por Roberto e sua equipe: a otimização da utilização dos recursos federais e estaduais que o município tem recebido; falta de uniformização do processo de trabalho das equipes e de sistematização das ações de saúde; e a ausência de articulação do trabalho entre as equipes de Saúde da Família.

02 – A organização da nova gestão da APS municipal pode se dar por meio da organização de um colegiado apoiador, que traria horizontalidade ao trabalho e permitiria a criação de um vínculo possivelmente mais fortalecido entre equipes, coordenação e gestão, pois haveria uma tendência de soluções compartilhadas, com acompanhamento e avaliação das intervenções e a possibilidade de fortalecimento da rede de saúde. A partir disso, a equipe da coordenação precisaria se organizar para se aprofundar nas portarias concernentes ao financiamento, além do monitoramento periódico do recebimento e gastos desses recursos financeiros. Por fim, seria recomendado a realização de um diagnóstico situacional das equipes, em busca de aprofundar o conhecimento de como está a organização do processo de trabalho nos municípios.

5. REFERÊNCIAS

1. Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A. Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os desafios para integração em redes de atenção. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L. Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas, pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019. e-book.
2. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 15.
3. Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. Cad Saúde Pública. 2017;33(Suppl 2):143-61.
4. Reis JG, Harzheim E, Nachif MCA, Freitas JC, D'Ávila O, Hauser L, et al. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. Ciênc Saúde Coletiva. 2019;24(9):3457-62.
5. Mendes, EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conass; 2015.
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. PCATool Brasil 2020. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União (2019 nov. 13); Ed 220; Seção 1:97.
9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O financiamento da saúde. Para entender a gestão do SUS, 2011, v. 2, atualização, CONASS; 2015.
10. Castro ALB, Machado CV, Lima LD. Financiamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. Atenção Primária à Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p.73-93.
11. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
12. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Ciênc Saúde Coletiva. 2018;23(6):1903-14.
13. Mendes EV. Desafios do SUS. CONASS; 2019.

14. Piola SF, França JRM, Nunes A. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2016;21(2):411-22.
15. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciênc Saúde Coletiva. 2018;23(6):1723-8.
16. Melo MFGC. Relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2017.
17. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Saúde debate. 2018;42(spe1):38-51.
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4) ISBN 85-334-1186-3.
19. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? Ciênc Saúde Coletiva. 2020;25(4):1181-8.
20. Morosini MV, Fonseca AF. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? Cad Saúde Pública. 2017;33:e00206316.
21. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde de São Paulo (COSEMS-SP). Nota técnica COSEMS/São Paulo: novo modelo de financiamento da atenção primária à saúde. [Internet] [acesso 2020 Jun 24]. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/noticias/nota-tecnica-cosems-sp-novo-modelo-de-financiamento-da-atencao-primaria-em-saude/>
22. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? Ciênc Saúde Coletiva. 2020;25(4):1475-82.
23. Harzheim E, D'Avila OP, Ribeiro DC, Ramos LG, Silva LE, Santos CMJ, et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2020;25(4):1361-74.
24. Pires DEP, Vandresen L, Machado F, Machado RR, Amadigi FR. Gestão em saúde na atenção primária: o que é tratado na literatura. Texto Contexto Enferm. 2019;28:e20160426.
25. Nunes LO, Castanheira ERL, Dias A, Zarili TFT, Sanine RR, Mendonça CS, et al. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e 175.
26. Ministério da Saúde (BR). E-Gestor Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica. Histórico Cobertura Atenção Básica. Jan a Dez 2019. [Internet] [acesso 2020 Jun 13]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
27. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e4.
28. Cecílio LCO, Reis AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. Cad Saúde Pública. 2017;34(8):e00056917.

29. Volponi PRR, Garanhani ML, Carvalho BG. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em saúde. *Saúde debate*. 2015;39:221-31.
30. Pavan C, Trajano ARC. Institutional support and the experience of the National Humanization Policy (PNH) in Freguesia do Ó, Brasilândia, São Paulo, Brazil. *Interface* (Botucatu). 2014;18(Suppl 1):1027-40.
31. Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira JN, Castro CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface* (Botucatu). 2014;18(Suppl 1):983-95.
32. Ministério da Saúde (BR). 8^a Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. 17-21 mar. 1986.

CAPÍTULO 03

O PROFISSIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A EDUCAÇÃO PERMANENTE NA PRÁXIS

Tânia Márcia Lopes Ribeiro

Enfermeira. Mestra em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (EERP/USP). Apoio técnico na Secretaria Municipal de Saúde de Monte Santo de Minas.

Rita de Cássia Rodrigues de Oliveira Paulino

Zootecnista. Coordenadora da Vigilância em Saúde no município de Monte Santo de Minas.

Anderson Marçal

Advogado. Diretor de Saúde no município de Monte Santo de Minas.

Júnia Carla Santiago Rodrigues Ribeiro

Enfermeira. Gestora de Saúde no município Monte Santo de Minas.

Gilmar Antonio Batista Machado

Enfermeiro. Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (EERP/USP), Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Especialista em Políticas e Gestão da Saúde na Superintendência Regional de Saúde de Passos, Passos, Minas Gerais, Brasil.

Maria Ambrosina Cardoso Maia

Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (EERP/USP). Docente da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) – Campus Passos, Minas Gerais, Brasil.

ESQUEMA SINTÉTICO DO CAPÍTULO

1. INTRODUÇÃO

2. O TRABALHO EM SAÚDE NA APS SOB A LENTE DA TEORIA

3. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E TECNOLOGIAS EM SAÚDE: METODOLOGIAS E FERRAMENTAS DO PROCESSO DE TRABALHO NA APS

3.1 IMERSÃO PRÁTICA - SIMULAÇÃO

4. CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES SOBRE OS QUESTIONAMENTOS POSTOS PARA REFLEXÃO

5. REFERÊNCIAS

1. INTRODUÇÃO

Ao longo dos seus 30 anos, desde sua regulamentação em 1990 por meio das Leis Orgânicas 8080/1990 e 8142/1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi delineado e estruturado mediante a Constituição de 1988 e organizado por meio de um arcabouço legal e em normativas de atenção à saúde. O sistema público de saúde brasileiro, construído para funcionar com a participação dos três entes federativos e da sociedade civil, apresenta ainda características que se conformaram em décadas anteriores, e que tem como alguns marcos a Declaração de Alma-Ata, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e a 8^a Conferência Nacional de Saúde¹.

No que tange a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994², e definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), em 2006³, pode ser considerado como um marco para sua reorganização no SUS. A ESF tem permitido que a APS incorpore atributos e papéis essenciais⁴, caracterizando-se como integral e resolutiva, mesmo em demandas complexas, e superando a concepção de uma APS seletiva, voltada para cuidados básicos simples, para pessoas pobres, com mão de obra não qualificada e sem possibilidade de encaminhamento para outros níveis de atenção⁵.



Quer saber um pouco mais sobre alguns nomes que têm participado da construção do SUS? Pesquise por Sérgio Arouca, Eugênio Vilaça Mendes, Gastão Wagner Campos, Emerson Elias Merhy e Lígia Giovanella

Durante as transformações e evolução da APS, a questão do processo de trabalho e, consequentemente, o papel dos profissionais de saúde enquanto protagonistas da prestação de serviços, sempre fizeram parte da agenda da gestão de saúde. Neste quesito, as discussões da formação dos profissionais de saúde e sua educação por meio de um movimento com o cotidiano continuam a merecer destaque na consolidação do SUS.

Assim sendo, neste capítulo definiu-se como objetivo refletir sobre a Educação Permanente na prática da APS.

2. O TRABALHO EM SAÚDE NA APS SOB A LENTE DA TEORIA

O profissional de saúde da APS necessita conceber saúde de forma ampliada e dinâmica, que acontece num território vivo e que se modifica de forma rápida. Em outras palavras, a saúde está além da ausência de doença. Isto significa que, para produzir práticas de saúde nesta perspectiva, o profissional terá de olhar, escutar, tocar e compreender o indivíduo no seu território, considerando aspectos biológicos, psicológicos, mentais, espirituais, culturais e ambientais⁶. Além disso, ser perspicaz e sensível para atuar de forma ética e livre de preconceitos, frente às mudanças relacionais; comportamentais e de valores advindas com o avanço tecnológico e que implicam no modo de vida da humanidade.

O território é vivo e dinâmico porque inclui o espaço físico de uma determinada área e as mudanças ocasionadas pela ação do homem de forma contínua, havendo construção e transformação entre o que existe de cenário natural nesse espaço, em conjunto com aquilo que é produzido socialmente pelo homem⁷.

No que tange a práxis, espera-se que o profissional de saúde da APS conheça o seu território de atuação para diagnóstico situacional e planejamento estratégico de ações assistenciais; de promoção da saúde; de prevenção de agravos; de vigilância em saúde; e até possíveis ações articuladas com outros setores da sociedade, cuja finalidade seja a melhoria das condições de saúde da população adstrita ao seu território de atuação⁸. A práxis aqui deve ser entendida como uma prática consciente e transformadora de uma realidade, no caso a saúde da população adscrita.

Para conhecer o território é preciso considerar: localização geográfica e a população local e suas características demográficas; condições de moradia da população atendida; condições ambientais; condições socioeconômicas e culturais; equipamentos públicos e sociais da região; vulnerabilidades do território; dados epidemiológicos da população; ações da unidade de saúde⁷⁻⁹.

De acordo com o conceito de APS sistematizada, essa se caracteriza pela combinação de quatro atributos essenciais: acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, os quais serão descritos nos próximos parágrafos; e pode ser qualificada quando acrescida de três atributos derivados: focalização na família (considerar o contexto familiar e suas potencialidades para o cuidado ou ameaça à saúde); orientação comunitária (reconhecer as necessidades sociais da

comunidade); e a competência cultural (atentar às necessidades e/ou singularidades culturais e preferências das famílias)^{4,6}.

A APS é uma das entradas para a atenção à saúde no SUS e está no centro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo ordenadora e coordenadora do cuidado em saúde. Melhor dizendo, além dos serviços de urgência e emergência e unidades de pronto atendimento (UPA), é pela APS, seja numa Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional ou numa Unidade com equipe de Saúde da Família (ESF), que o usuário vai acessar o SUS, podendo ter sua necessidade de saúde ou sua demanda resolvida ali, suprida pela estrutura de oferta da equipe, ou ser encaminhado para outros pontos de atenção na RAS⁹.

Acesso quer dizer: a unidade ter suas portas abertas e toda estrutura de ofertas de serviços para acolher esse usuário em suas necessidades de saúde⁵ sempre que precisar. Para que o acesso funcione de modo pleno, deve haver um acolhimento qualificado, que vai além de ser cordial e simpático com o paciente que procura o serviço. É uma escuta atenta, humanizada e qualificada¹⁰, em que o profissional de saúde deve ter a competência de olhar para o usuário de forma integral e garantir-lhe uma atenção integral a sua saúde.

A integralidade, um dos princípios do SUS, pode ser entendida tanto na concepção de saúde ampliada, ou seja, compreender o indivíduo de forma holística, como um ser biopsicossocial, conforme já mencionado anteriormente, quanto na garantia da continuidade do cuidado em outros níveis de atenção na busca pela resolutividade do caso^{6,9}.

O profissional de saúde tem no cerne de suas ações, o seguimento do indivíduo e sua família de forma longitudinal. O que pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo, de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde implementadas e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia, que podem ser decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado^{6,9}.

Por fim, a coordenação do cuidado implica que todo o cuidado em saúde na APS deve ser registrado e acompanhado, inclusive os atendimentos em outros pontos de atenção, para que esses problemas ou necessidades levantadas em outros serviços estejam integrados no cuidado global do usuário⁶.

Logo, enfermeiros, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), médicos e demais profissionais da APS devem estar aptos a cuidar e acompanhar: gestantes, crianças em todas as fases, adolescentes, mulher, homem, idoso e grupos específicos de comorbidades crônicas, pessoas acometidas por doenças e agravos infecciosos emergentes e reemergentes, com potencial para causar surtos e epidemias, e ainda, doenças infecciosas novas com potencial para causar pandemias, como a Covid-19⁹.

Acompanhamento e seguimento significam essa continuidade do cuidado, a longitudinalidade, integrando todo o planejamento de ações por meio da coordenação do cuidado entre os serviços e isto diferencia a APS de outros níveis da atenção, onde se desenvolvem ações pontuais.

Até aqui foram listadas ações pertinentes ao trabalho na APS sob a ótica de alguns princípios e diretrizes do SUS. Vale destacar também, o papel dos profissionais de saúde de acordo com o conceito da APS, considerando ações de promoção e proteção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e agravos, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde.

Dessa forma, faz parte do rol dos processos de trabalho em saúde desses profissionais: atendimentos individuais (consultas médicas, de enfermeiros, dentista, psicólogo, entre outros); atendimento em grupo (grupos operativos, sala de espera, reunião de bairro, grupo de gestantes, de diabéticos, etc.); atendimento compartilhado; atendimento domiciliar; acompanhamento da situação vacinal das famílias (ação de prevenção de agravos), em especial crianças e idosos, podendo assumir a responsabilidade pela imunização da população adstrita; realização de um leque de procedimentos assistenciais, que vão desde a triagem neonatal (teste do pezinho), até pequenas cirurgias (ações de prevenção, tratamento e reabilitação)⁸.

Inclui-se nesses, também, todo um trabalho articulado com a Vigilância em Saúde, principalmente a Vigilância Epidemiológica, no que se refere ações de investigação e monitoramento, tal como notificações de doenças e agravos de notificações compulsórias⁸.

Sendo assim, considerando os atributos e papéis essenciais de um serviço de APS, espera-se que os profissionais atuem de forma generalista⁴ e busquem a resolutividade de 85 % dos casos⁵, junto a própria equipe, considerando nesta os profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), por meio de matriciamento (encontro de dois ou mais profissionais para atender às necessidades

de saúde do paciente de forma integral, mais assertiva e qualificada)¹¹, inclusive com outros especialistas em outros pontos da RAS ou mesmo por meio do Telessaúde.

O encaminhamento para outros níveis de atenção deve ocorrer quando se tiver esgotado todos os recursos de manejo clínico na APS; ou para aqueles casos cuja prioridade demande uso de tecnologias mais avançadas em outro ponto de atenção na RAS, como nível secundário e terciário de atenção, com atendimento clínico e/ou cirúrgico especializado, atendimento oncológico, atendimento de urgência e emergência, atendimento hospitalar, etc⁶.

Ressalta-se, que quando o paciente é encaminhado para outro ponto de atenção, ele deverá continuar sendo acompanhado pela equipe da APS de referência. Esta equipe tem responsabilidade sanitária e pela coordenação do cuidado dos usuários em seu território de atuação e adscritos em sua unidade de saúde e, a ordenação do cuidado, considerando fluxos de transferências e contrarreferências faz parte da coordenação do cuidado em saúde pela equipe⁶.

Até o momento, foi apresentado o campo de atuação dos profissionais de saúde no âmbito da APS, considerando conceitos, alguns dos princípios e diretrizes do SUS e atrelando esses às ações e competências das equipes de saúde que atuam nessa área. Foi posto o que se espera na teoria que seja aplicado à prática, conforme estabelecidos nos documentos nacionais mencionados, elaborados com base em estudos nacionais e internacionais sobre o trabalho em APS.

Para finalizar essa sessão, abaixo estão alguns questionamentos para pesquisa e reflexão:



- 1) O que você entende por práxis?**
- 2) Frente sua experiência, seja como profissional ou usuário de serviço de saúde de APS (Unidade de Saúde da Família), a prática em saúde acontece como orientado pela PNAB? O que você observa que acontece conforme foi descrito até aqui e o que ainda está diferente? Comente.**
- 3) O que você entende por Matriciamento? Que tal pesquisar e refletir junto sua equipe e/ou colegas de sala de aula e professor?**

A maneira que se desenvolve o processo de formação dos profissionais de saúde causa impacto no trabalho diário da APS e, consequentemente, na qualidade da assistência. A metodologia tradicional corrobora para um distanciamento grande entre teoria e prática, porque não permite a imersão prática do aluno para reflexão-critica com embasamento teórico na sua construção do conhecimento, considerando cada núcleo profissional.

O ideal seria se os estudantes pudessem ser conduzidos a uma construção de conhecimento, considerando vários paradigmas e, com isso, diversas metodologias de ensino. Inclusive, colocando o discente no campo da simulação¹², ou da imersão prática, para que com seus conhecimentos possa lidar com a situação exposta, vivenciando as peculiaridades, as dificuldades para, em um segundo momento, guiado pelo professor, buscar na teoria, nas evidências científicas, propostas para aprimorar suas ações e condutas diante de cada caso.

Na esfera da APS e toda incorporação de paradigmas diferentes na concepção de homem, de mundo e, consequentemente, do processo saúde-doença e de práticas da saúde, faz-se necessária mudança na metodologia de ensino da formação profissional, tanto na graduação quanto no ensino técnico. Além disso, exige uma transformação na prática dos profissionais que estão na ativa.

O instrumento escolhido para essa desconstrução e reconstrução é a Educação Permanente em Saúde (EPS). A EPS permite olhar para a prática, para a produção de saúde de forma crítica e reflexiva, problematizando, seja no levantamento das necessidades de saúde da população de determinado território, seja na identificação de nós críticos, pontos fracos ou frágeis da equipe a serem melhorados ou pontos fortes a serem potencializados e/ou aproveitados pelas equipes no aprimoramento de seus processos de trabalho.

Vale salientar que a EPS deve estar inserida como ação no cotidiano das equipes, no que tange o processo de trabalho dos profissionais da APS, sendo essa uma ferramenta metodológica para a transformação das práticas em saúde.



O que você entende por Educação Permanente em Saúde?

Para você, a EPS é sinônimo de Educação Continuada?

Sugestão: antes de continuar a leitura, discuta com o grupo de trabalho ou na sala de aula.

3. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E TECNOLOGIAS EM SAÚDE: METODOLOGIAS E FERRAMENTAS DO PROCESSO DE TRABALHO NA APS

Desde a década de 1920, começou-se a discutir a ideia de educação permanente¹³. Há registros do termo educação permanente na França desde idos de 1955 e 1956, o qual aparece em documentos oficiais do Ministério da Educação francês sobre a reforma do ensino público, cuja definição era o prolongamento da escolaridade¹⁴. Na Conferência Geral da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), em 1966, este termo foi definido como "objetivo prioritário na promoção da educação continuada ou ao longo da vida"¹⁴⁽¹⁸⁴⁾ e amplamente disseminado, influenciado por teorias que pregavam a qualificação do recurso humano com foco na produtividade e no desenvolvimento econômico¹³. Somente em meados da década de 1980, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), com base nesse conceito, definiu a EPS¹⁴.

Há uma distinção entre os termos educação permanente e educação continuada, já com uma percepção de EPS como forma de transformação de relações e processos de trabalho¹³⁻¹⁴. Entretanto, existe uma discussão acerca da discordância de opiniões acadêmicas sobre os conceitos de educação continuada, educação permanente, educação em serviço, sendo que alguns autores defendem os termos como sinônimos, outros defendem sua diferença, uns definem a educação continuada de forma mais abrangente, já outros abordam a educação permanente mais abrangente, pois abarcaria o termo educação continuada¹³⁻¹⁴.

Desde a concepção do SUS, influenciada por vários movimentos que aconteciam no mundo, como a busca pelo fortalecimento da APS, novas teorias sobre relações de trabalho e produtividade e, principalmente, pela Reforma Sanitária brasileira, passa a se ter uma maior preocupação com a formação dos trabalhadores da saúde¹⁵, especialmente para atuarem na APS, uma vez que as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde eram negligenciadas, via-se o "modelo assistencial médico privatista centrado no saber unidirecional biomédico, na atenção hospitalar, curativa e individual, marcado por processos de trabalho fragmentados e centrados em procedimentos"¹⁶⁽⁷⁷³⁾.

O artigo 200 da Carta Magna de 1988 versa sobre a competência do SUS em coordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. Algumas iniciativas financiadas por instituições não governamentais para corroborar na formação profissional na década de 1990, cujo enfoque era a parceria academia e serviços de

saúde, do aprimoramento curricular com estágios obrigatórios junto à comunidade¹⁷. Mas, somente em 2003 foi constituída a Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) como pasta do Ministério da Saúde, "que assumiu a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil"¹⁴⁽⁹¹⁴⁾.

No ano seguinte, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) pela Portaria n.^o 198/2004, como estratégia para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor¹⁸. A implantação da PNEPS propiciou a difusão do conceito de EPS em todo território brasileiro, e, segundo a equipe da SGTES, naquela ocasião, a Educação Continuada, implementada por meio de Cursos de Especialização e/ou de Extensão, em que se empregavam metodologia tradicional de ensino não era suficiente, por si só, para capacitar os profissionais de saúde de forma a lidar com as problemáticas do dia a dia¹⁴. Por outro lado, acreditavam que a EPS pregada pela PNEPS ia ao encontro da ideia defendida pela OPAS, de que os serviços de saúde incorporassem a aprendizagem no trabalho, com o objetivo de qualificação das práticas e das relações de trabalho, no entanto, com alguns contornos diferentes (como transformação da realidade e utilização desta como gestão do trabalho)¹⁴⁻¹⁵.

Ainda, a PNEPS incorpora referenciais metodológicos do paradigma construtivista, vislumbrando com isso a transformação do SUS, das práticas de saúde na APS, na perspectiva da teoria das tecnologias em saúde¹⁹, com fomento das tecnologias leves, que prima pelo desenvolvimento de relações humanizadas, acolhedora, com estabelecimento de vínculos; ainda, considerando a subjetividade de cada trabalhador (com sua experiência de vida e cultura) numa desestruturação/construção conjunta, em que a educação seja "um instrumento permanente, que estimule os trabalhadores a novas posturas para um melhor cuidado"¹⁴⁽⁹¹⁶⁾⁻¹⁵.

Assim, além do apoio matricial, que vem posto como um instrumento para ampliação do cuidado ou ampliação da clínica, as tecnologias em saúde (leves, leves-duras e duras)¹⁹ são instrumentos e estratégias para qualificar os processos de trabalhos dos profissionais da saúde da APS e aumentar a resolutividade.

Na APS, várias são as tecnologias utilizadas¹⁹: leves (produção de vínculo e das relações, promoção da autonomia, acolhimento, gestão de processos de trabalho), leve-duras, que diz respeito ao conhecimento estruturado (protocolos

clínicos e de fluxos operacionais, linhas guias de acompanhamento/seguimento e Cadernos da Atenção Básica) que permitem uma padronização das condutas e tomadas de decisões; e as tecnologias duras (equipamentos tecnológicos, máquinas, normas, estruturas organizacionais)²⁰.

Em vista disso, os profissionais de saúde da APS precisam conhecer e saber empregar tais tecnologias para a produção de saúde com qualidade, livre de danos, buscando a resolutividade dos casos, mas sem perder de vista o vínculo duradouro, de confiança, com relacionamentos interpessoais estruturados na cordialidade, acolhendo as necessidades da equipe e dos usuários do serviço. Tais aspectos fazem parte da competência dos profissionais de saúde e devem ser trabalhados na EPS.

A PNEPS deveria ser estruturada em Polos de Educação Permanente locorregionais em articulação de educação, saúde e gestão, mas diante da dimensão continental do Brasil, isso não aconteceu de forma homogênea no território nacional, e pode-se observar algumas experiências exitosas e outras que foram limitadas pela própria estruturação e ao funcionamento dessa política. Em 2007, foi publicada a Portaria n.º 1996/2007, que estabeleceu em linhas gerais novas estratégias para a PNEPS, “adequando-as às diretrizes regionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde”¹⁵⁽⁷⁵³⁾.

Ainda, essa Portaria

Reforçou o conceito de educação permanente como prática educativa, ancorada no trabalho e no conhecimento prévios dos trabalhadores, na problematização da realidade, na aprendizagem significativa e na transformação da prática. Sugeriu-se que tais estratégias fossem construídas de maneira pactuada, com o envolvimento de atores tanto do setor saúde (gestores, trabalhadores e usuários) como da educação (gestores, instituições de ensino, estudantes de cursos da área da saúde) ¹⁵⁽⁷⁵⁴⁾.

A finalidade da PNEPS foi promover uma transformação nos processos de trabalhos dos trabalhadores da saúde, em especial da APS, de modo a se pensar conjuntamente, todos da equipe, sobre determinada necessidade identificada, seja necessidade inerente à equipe, no que diz respeito à organização e a aspectos da gestão, seja necessidade dos usuários adscritos no território, tanto no que tange as ações voltadas à coletividade, quanto ações pensadas para os indivíduos frente suas necessidades de saúde. A aprendizagem significativa elege “problemas do

cotidiano como fonte de aprendizagem", ou seja, o "que faz sentido", onde todos os envolvidos, numa "roda de conversa", podem ensinar e aprender¹⁵⁽⁷⁵⁹⁾.

Para conquistar tal êxito, a PNEPS foi idealizada considerando bases do pensamento construtivista, em que a construção do conhecimento na EPS aconteça de forma conjunta, ativa, refletindo criticamente acerca da sua realidade e buscando subsídios na literatura científica, mas sem desconsiderar a sabedoria e experiência de vida de todos os envolvidos, as quais devem contribuir para tal construção, ponderando que poderá ser um exercício ora de revisão, de aperfeiçoamento, ora será uma reforma, em que haja necessidade de desconstruir e reconstruir práticas de trabalho, deixando de lado vaidades e orgulhos e estando abertos a aprender sempre, e aprender a aprender²⁰.

Entretanto, apesar de alguns resultados positivos no que diz respeito a sua finalidade, a EPS, conforme delineada na PNEPS, está muito distante da realidade da maioria dos profissionais de saúde da APS²⁰. Em estudo²¹ conduzido com 404 municípios mineiros no ano de 2014, pode-se observar que há diferenças entre os municípios de maior e menor porte quanto a prática da EPS. Além disso, o estudo evidenciou um distanciamento do conceito de EPS, conforme desenhado na PNEPS, sendo utilizadas práticas como capacitação, treinamento, educação continuada, curso de aperfeiçoamento, como sinônimos do conceito, fugindo tanto a proposta pedagógica, quanto a finalidade de transformação dos processos de trabalho²¹.

No entanto, "já existem indícios da incorporação de EPS como conceito diferenciado no fazer de uma prática cotidiana" no Estado de Minas, mas ainda "diversos obstáculos permeiam a implementação da EPS, dificultando a modificação da prática profissional no complexo contexto do trabalho em saúde"²¹⁽⁵⁾.

Outros estudos conduzidos em Minas²², São Paulo²³ e Rio Grande do Sul²⁴ apontaram resultados semelhantes, no sentido de uma EPS ainda é incipiente, não consolidada no fazer da prática cotidiana dos profissionais de saúde da APS, e muitos são os obstáculos a serem enfrentados para que esta ferramenta possa ser incorporada nos processos de trabalhos de forma a qualificá-los, na busca por maior resolutividade.

Cabe aqui destacar que novos desafios são atualmente impostos no sentido de formar profissionais de saúde para o trabalho em equipe e, por conseguinte,

impactar de modo positivo na APS. Neste cenário é que a Educação Interprofissional (EIP) começa a ser valorizada²⁵.

A EIP é considerada uma atividade ou uma metodologia de formação que envolve dois ou mais profissionais que aprendem juntos de modo interativo para melhorar a colaboração e qualidade da atenção à saúde²⁶.

Apenas recentemente o Brasil vem incorporando de forma mais clara a EIP nas políticas de reorientação da formação em saúde. Fato este que pode ser atribuído ao reconhecimento e sensibilização dos formuladores de políticas quanto à importância do tema no processo de formação dos profissionais de saúde, bem como à atuação de organismos internacionais de saúde que também intensificaram o chamado para o debate acerca da EIP, possibilitando demonstrar os benefícios dessa abordagem²⁵.



- 4) O que você entendeu por EPS? Conseguiu diferenciar Educação Permanente em Saúde de Educação Continuada?

3.1 IMERSÃO PRÁTICA – SIMULAÇÃO

Com o propósito de colocar em prática toda essa contextualização teórica apresentada e, de certa forma, criar competência para da EPS, a proposta é que reflitam e façam uma simulação da seguinte situação:

Constituir uma ESF, planejar e estruturar um plano de EPS para a equipe ao longo do ano.

Personagens: A depender do número de participantes, incluir vários membros de uma ESF e NASF (por exemplo: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS, dentista, auxiliar de saúde bucal, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga e educador físico, dentre outros).

Cenário: Unidade de Saúde da Família

Contexto: Reunião de Equipe

Fragilidades da equipe: relacionamentos interpessoais conflituosos de alguns integrantes; equipe está com baixa produção nas ações programáticas e ações coletivas, baixa adesão dos usuários aos grupos e ações de educação em saúde da equipe.

Tarefa: A coordenadora municipal da APS está solicitando à equipe um Plano de Ação para desenvolver as atividades na eSF, considerando os aspectos pertinentes da EPS: roda de conversa, aprendizagem significativa, identificação das necessidades da equipe (no que tange aspectos de gestão ou do cuidado) e necessidades dos usuários do serviço.

4. CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES SOBRE OS QUESTIONAMENTOS POSTOS PARA REFLEXÃO

Os questionamentos foram colocados para provocar reflexão e buscar maior compreensão do capítulo, podendo-se ir além, quando se discutido num grupo para uma construção conjunta do conhecimento acerca do tema exposto. A construção do conhecimento numa proposta metodológica dialógica, de reflexão crítica, se delineia por discussões em grupos que não se esgotam, pois considera todas as variantes oriundas das diversas formas de se enxergar, conforme a experiência prévia de cada indivíduo. Foram apresentados aqui alguns pontos de vista, mas deixando em aberto para outros, visto que o tema é amplo.

1) A práxis, longe de trazer aqui uma discussão teórico-filosófica, e levantar bandeira ideológica, mas considerando a teoria de práxis defendida por Karl Marx, práxis revolucionária, trazendo para o cenário da saúde, em que o profissional de saúde na esfera da APS, enquanto homem/mulher ativo, que modifica o ambiente e é modificado por ele. Por assim dizer, a práxis é a desconstrução e reconstrução da prática por meio da teoria e, ao mesmo tempo, a teoria é modificada pela prática.

2) Na prática, nem sempre pode-se observar o trabalho em saúde na APS sendo desenvolvido como está postulado, orientado e/ou norteado nos documentos oficiais. Tal fato se deve por algumas condições ou a somatória delas. Uma delas referente à algumas variações da interpretação da concepção de APS como foi postulada em 1978 em Alma-Ata, em especial, os países em desenvolvimento, que vivenciavam uma realidade distante de outras nações para implementarem as proposições na ocasião. Portanto, algumas interpretações diferentes de APS, como por exemplo atendimento básico, pautado mais em ações de prevenção. Mesmo que a Saúde da Família passe a ser denominada uma estratégia desde 2006, vários modelos de cuidados primários coexistem no Brasil. Vários estudos apontam a

superioridade da ESF às UBS tradicionais no que se trata atender os atributos da APS⁵.

Outra condição seria a coexistência de diferentes paradigmas, ou seja, concepção de homem, de mundo e de formas e métodos de se construir o conhecimento, mais precisamente na área da saúde. E, por conseguinte, na formação dos profissionais de saúde, sejam os de níveis superior, quanto os de níveis técnicos. O que, por sua vez, acarreta modos diferentes de se produzir saúde.

3) Matriciamento ou apoio matricial, que se trata de uma nova forma de produzir saúde, em que os profissionais elaboram um plano de intervenção, num processo de construção compartilhada, de cunho pedagógico-terapêutico¹¹.

Em termos práticos, pode acontecer na discussão de casos com os demais profissionais durante a reunião de equipe, para melhor compreensão do caso (com utilização de recursos como genograma e ecomapa) ou para estabelecer condutas de forma compartilhadas (com a utilização do recurso de Projeto Terapêutico Singular). Também se dá na discussão de caso com profissional específico para melhor conduta e/ou encaminhamento para seguimento por esse, se necessário (seja em consulta compartilhada entre dois ou mais profissionais para avaliação e planejamento de condutas conjuntas e qualificadas).

O matriciamento se fundamenta na conjunção dos saberes dos diversos profissionais para o atendimento em saúde, fazendo-se necessário trazer a elucidação outros conceitos discutidos em saúde coletiva, o de núcleo e campo de saber e de atuação, sendo que: "núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas"¹¹. Logo, o apoio matricial visa ampliar e qualificar o campo de atuação e, por conseguinte, as ações dos profissionais de saúde da APS¹¹.

4) A EPS vai muito além de capacitação, treinamento e da educação continuada, ela envolve: transformação, trabalho interdisciplinar, ultrapassar as linhas dos núcleos de saber e construir campos de saber. A figura abaixo²⁶, sintetiza as principais diferenças da EPS e Educação Continuada, considerando alguns aspectos.²⁷

Quadro 1 - Principais diferenças segundo pontos-chave da EPS e Educação Continuada.

ASPECTOS	EDUCAÇÃO CONTINUADA (EC)	EDUCAÇÃO PERMANENTE (EP)
Público-Alvo	Indivíduo/Profissional	Equipe/Multiprofissional
Inserção no mercado de trabalho	Prática autônoma	Prática institucionalizada
Enfoque	Temas de especialidades	Problemas de saúde
Objetivo Principal	Atualização técnico-científica	Transformação das práticas técnicas e sociais
Periodicidade	Esporádica	Contínua
Metodologia	Pedagogia da transmissão	Pedagogia do diálogo, centrada na resolução de problemas
Resultados	Apropriação/Aperfeiçoamento pessoal	Mudanças comportamentais, de condutas, relacionais, de processos de trabalho, etc.

Fonte: Adaptado de Mancia *et al.*,²⁷(p.606)

5. REFERÊNCIAS

1. Kalichman AO, Ayres JRCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cad. Saúde Pública [Internet]*. 2016 [citado em: 22 ago.2020];32(8):e00183415. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000803001&lng=en.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 692, de 25 de março de 1994. Cria códigos e estabelece condições de cobrança para o Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PSF e PACS). Brasília; 1994 [citado 11 out. 2020]. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/DOU/1994/03/29/Secao-1?ref=breadcrumb>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, 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). Brasília; 2006. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
5. Mendes EV. Desafios do SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2019.
6. 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. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>
7. Lima EMFA, Yasui S. Território e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde Debate [Internet]*. 2014 [citado em 03 set. 2020];38(102): 593-606. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000300593&lng=pt
8. 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 SUS. Brasília; 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
9. Mendes EV. A demanda na Atenção Primária à Saúde. In: Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: CONASS, 2015. 193 p.: il [citado em 12 set. 2020]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de Saúde. 2. ed. 5. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado em 22 set. 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf
11. Campos GWS, Domittiac AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. de Saúde Pública [Internet]*. 2007

[citado em 12 set. 2020]; 23(2): 399-407. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en

12. Pisciottani F, Magalhaes CR, Costa MR, Figueiredo AE. Da teorização sobre ensino-aprendizagem à prática da Educação Permanente em enfermagem e sua contribuição para a autoeficácia. Res. Soc. Dev. [Internet] 2019 [citado em 12 set. 2020]; 8(7): e38871144. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/1144>
13. Miccas FL, Batista SHSS. Educação permanente em saúde: metassíntese. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2014 [citado em: 18 out. 2020;48(1): 170-185. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100170&lng=en
14. Lemos CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2016 [citado em:21 set.2020];21(3):913-922. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300913&lng=en
15. Gigante RL, Campos GWS. Formação e Educação Permanente em Saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. Trab. educ. saúde [Internet]; 2016 [citado em 21 set. 2020];14(3):747-763. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000300747&lng=en&nrm=iso
16. Pereira MJB, Fortuna CM, Mishima SM, Almeida MCP, Matumoto S. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. Rev. bras. enferm.[Internet]. 2009 [citado em 22 set. 2020]; 62(5):771-777. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500022&lng=en
17. Dias H S'A, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação nacional em saúde no SUS. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2013 [citado em 22 set. 2020];18(6):1613-1624. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600013&lng=en
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília; 2004.
19. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Celestino A, editor. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. 448 p. [citado em 13 set. 2020]. Disponível em: <http://editora.redeunida.org.br/project/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes>.
20. Campos KFC, Marques RC, Ceccim RB, Silva KL. Educação permanente em saúde e modelo assistencial:correlações no cotidiano de serviço na Atenção Primária à Saúde. APS em Revista [Internet].2019 [citado em 22 set. 2020];1(2):132-140. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/28>
21. Sena RR, Grillo MJC, Pereira Ld'Á, Belga SMMF, França BD, Freitas CP. Educação permanente nos serviços de saúde: atividades educativas desenvolvidas no estado de Minas Gerais, Brasil. Rev. Gaúcha Enferm [Internet]. 2017 [citado em 19 set. 2020];38(2):e64031. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000200407&lng=en

22. Silva KL, Matos JAV, França BD. A construção da educação permanente no processo de trabalho em saúde no estado de Minas Gerais, Brasil. Esc. Anna Nery [Internet]. 2017 [citado em: 24 set. 2020];21(4): e20170060. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400204&lng=en
23. Mishima SM, Aiub AC, Rigato AFG, Fortuna CM, Matumoto S, Ogata MN, Silva MV, Nogueira AC. Perspectiva dos gestores de uma região do estado de São Paulo sobre educação permanente em saúde. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2015 [citado em 23 set. 2020]; 49(4):665-673. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000400665&lng=en
24. Silva LAA, Sodera RM, Petrya L, Oliveira IC. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2017 [citado em 05 out. 2020];38(1):e58779. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100407&lng=en
25. Freire Filho JR, Silva CBG, Costa MV, Forster AC. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. Saúde debate [Internet]. 2019 [citado 10 out. 2020];43(spe1):86-96. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000500086&lng=en
26. Reeves S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. Interface (Botucatu) [Internet]. 2016 [citado em: 11 out. 2020];20(56):185-197. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100185&lng=en
27. Mancia JR, Cabral LC, Koerich M S. Educação Permanente no contexto da Enfermagem e na saúde. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2004 [citado em 08 out. 2020]; 57(5):605-610. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500018&lng=en

CAPÍTULO 04

SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE

Carmen Silvia Gabriel - Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professor Associado do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil.

Maria de Fátima Paiva Brito - Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professor do Centro Universitário Barão de Mauá. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - SP, Brasil.

Bruna Moreno Dias - Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil.

Karina Domingues de Freitas - Enfermeira. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - SP. Mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil.

Jane Aparecida Cristina - Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - SP, Brasil.

ESQUEMA SINTÉTICO DO CAPÍTULO

- 1. INTRODUÇÃO**
- 2. RELATO DE EXPERIÊNCIA**
- 3. CASO CLÍNICO**
- 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**
- 5. GABARITO**
- 5. REFERÊNCIAS**

1. INTRODUÇÃO

Os sistemas e serviços de saúde necessitam de uma estruturação de processos de trabalho que ofereça ao usuário assistência que atenda inúmeros aspectos, os quais podemos denominar aqui como requisitos essenciais para assistência qualificada, tais como: segurança, eficiência, efetividade, oportunidade e equidade; embasados no trabalho de equipes centradas nas necessidades dos usuários, utilizando tecnologias da informação e incorporação de medidas avaliativas de desempenho, gestão de conhecimentos e habilidades, além de financiamento adequado e ações regulatórias¹.

Nesse sentido, destacam-se as estimativas de 30 % de ineficiência ou de baixo desempenho e desperdício dos sistemas de saúde no mundo com 10 % de erros assistenciais; estimando-se, portanto, que esses sistemas atendem apenas a 60 % da qualidade assistencial necessária, tendo em vista o baixo empreendimento estratégicas de melhoria da qualidade. Sistemas de saúde que têm como características a estruturação em rede, o envolvimento de todos os atores, o intenso investimento em análise de dados, o uso de evidências e a participação do usuário e profissionais de forma sistêmica e colaborativa são sistemas com mais elevados níveis de qualidade e segurança oferecidos aos usuários².

Conceitualmente, a segurança do paciente é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a “redução, a um mínimo aceitável, do risco de um dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”³. Pode ser definida, ainda, como a ausência de lesões acidentais ou evitáveis produzidas pelos cuidados; sendo assim, práticas ou intervenções que melhoraram a segurança do paciente são aquelas que reduzem a ocorrência de Eventos Adversos (EA), que são incidentes ou circunstâncias que causem qualquer tipo de dano aos pacientes⁴.

A segurança do paciente é entendida como um pilar da qualidade dos serviços de saúde, englobando todos os níveis de atenção à saúde; desta forma, considerada elemento transversal, que afeta todas as organizações do sistema de saúde³. Melhorar a segurança requer trabalho complexo que afeta todo o sistema de saúde, com medidas operacionais, estruturais e de gestão de riscos assistenciais⁵.

Apesar dos progressos observados nos últimos anos, a segurança do paciente continua sendo um importante problema de saúde pública e os danos evitáveis continuam inaceitavelmente frequentes em todos os ambientes de

assistência à saúde e entre todas as populações de usuários; cabendo destacar que, os danos decorrentes da assistência atingem 10 % dos pacientes atendidos⁴.

Desde o início do movimento mundial para melhoria da segurança, nos anos 1990, a assistência hospitalar tem sido foco dos estudos sobre a temática; a despeito desta tendência, proteger os usuários contra danos envolve mais do que reduzir ou prevenir problemas de segurança durante a hospitalização, uma vez que os usuários recebem mais assistência em ambientes extra-hospitalares, entre os quais se incluem os serviços de Atenção Primária à Saúde APS, que também devem oferecer assistência segura⁴.

No contexto da APS, um estudo que buscou identificar a ocorrência de EA apontou que 82 % dos incidentes ocasionaram ou causaram danos aos usuários, muitos deles com gravidade muito alta (dano permanente, 25 %, ou óbito, 7 %), sendo apontados como fatores contribuintes às falhas relacionadas ao cuidado, à gestão e à comunicação com paciente, na rede de atenção e na comunicação interprofissional⁶.

No relato de profissionais da APS do Rio de Janeiro, os incidentes administrativos, de comunicação e no tratamento foram destacados como os mais frequentes, demonstrando o quanto é concreta a ocorrência e gravidade dos incidentes neste contexto. A ocorrência de tais incidentes tem a comunicação como fator contribuinte mais comum, de forma que os incidentes, em grande parte, são frutos de falhas que se encontram sob a governabilidade dos profissionais da APS e, portanto, possível de identificação e mitigação⁶.

Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Básica prevê, enquanto atribuições de suas equipes, a instituição de ações para segurança do paciente e o estabelecimento de medidas para reduzir os riscos e diminuir a ocorrência de eventos adversos⁷.

No cenário brasileiro, faz-se importante destacar o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), lançado pelo Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) por meio da Portaria Nº 529 de 1º de abril de 2013, em consonância com as iniciativas globais da OMS. Tal programa tem como objetivo promover as estratégias voltadas para a prevenção e redução dos riscos associados à assistência à saúde⁸.

As estratégias e ações devem ser implementadas em todos os níveis de atenção do sistema de saúde, não havendo diferenciação entre a atenção hospitalar

e a APS. Dentre as estratégias do PNSP, destacam-se o conhecimento da epidemiologia dos EA no País, a inclusão do tema no ensino, o incremento das pesquisas em segurança do paciente, a mudança de cultura organizacional dos serviços de saúde e o compartilhamento de informações⁹.

Frente aos conceitos e estratégias apresentados, presume-se que o PNSP não pode ser visto como a única medida capaz de enfrentar as demandas de melhoria da segurança, sendo que as ações estabelecidas pelo Programa devem se articular aos esforços de outras políticas de saúde, tais como o desenvolvimento de Linhas de Cuidado em Redes de Atenção, ações regionalizadas e reguladas, reorientação do sistema de saúde e melhoria do financiamento da saúde.

Neste sentido, apresenta-se a seguir ações para serviços de saúde com vistas a melhoria da qualidade e segurança da assistência ofertada.

Entende-se que a avaliação e a prevenção da ocorrência de EA constituem-se como os principais desafios para os serviços de saúde, prescindindo de uma rigorosa análise de dados para cada caso, com vistas a decidir estratégias de prevenção e mitigação destes eventos¹⁰.

Logo, são necessárias ações para conhecer os EA, analisá-los e propor medidas de mitigação, sendo, portanto, mandatória a implantação de sistemas de notificação de EA, manuais ou informatizados, e o estabelecimento de ferramentas de análise destes eventos. Cabendo aos serviços a função de informar tais eventos junto ao sistema nacional de vigilância da ANVISA, tal cadastramento é obrigatório e os dados de identificação são sigilosos e não resultam em punição, tendo cunho essencialmente epidemiológico. O sistema possibilita, ainda, a notificação por cidadãos (pacientes, familiares, acompanhantes e cuidadores)¹⁰.

A apuração da ocorrência de EA pode empregar vários métodos que podem ser prospectivos ou retrospectivos, tais como revisão dos prontuários, revisão dos índices de mortalidade e morbidade, análise dos sistemas de notificação voluntários, observação direta e avaliação dos sistemas de avaliação de usuários¹¹. Ainda que não haja uma metodologia ouro para a análise de EA, faz-se importante a realização da análise em séries históricas, além do incentivo às notificações voluntárias, visando garantia de respostas oportunas e melhor responsividade das organizações⁹.

No caso da APS, os municípios precisam adotar um sistema que tenha abrangência de todas as unidades pertencentes à rede, de forma que estas

unidades tenham a possibilidade de notificar individualmente, mas que o município seja capaz de reunir e analisar tais notificações. Para tal, recomenda-se fortemente a adoção de sistemas informatizados, que permitem melhor tratativa de volume, velocidade, qualidade e veracidade dos dados¹².

Outro importante elemento é a adesão das equipes aos sistemas de notificação, de maneira a transformar o ambiente de trabalho em um ambiente mais seguro, na perspectiva da cultura de segurança nos serviços de saúde. Entende-se por cultura de segurança o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, de forma a substituir a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde¹; logo, difundir a cultura de segurança torna-se essencial para que os trabalhadores se sintam envolvidos e corresponsáveis pelo cuidado seguro¹².

Na construção de uma cultura de segurança mais positiva, cabe aos gestores mensurar a cultura de segurança para subsídios para o desenvolvimento de ações estratégicas; para tal, destaca-se o instrumento de pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária (MOSPSC – *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*), formulado em 2007, traduzido, adaptado e validado para a atenção primária no Brasil em 2015¹³.

O instrumento se mostrou efetivo em estudo realizado em serviços de APS do Estado do Paraná, tendo apontado avaliação negativa da segurança do paciente, tendo como dimensões de cultura de segurança mais fragilizadas: o processo de trabalho no serviço de atuação e o apoio dos gestores¹⁴.

Compreende-se que os processos na APS são diversos e envolvem muita comunicação, além de diferirem a depender do tipo de serviço e do contexto local, portanto, os serviços de APS precisam mapear seus processos e identificar em que pontos há riscos, possibilitando o estabelecimento de medidas de mitigação. Nesta conjuntura, a gestão de risco tem como objetivo identificar os riscos inerentes aos processos de trabalho e estabelecer barreiras e dispositivos de segurança, assegurando medidas corretivas e preventivas a serem tomadas, minimizando, assim, o risco de dano ao paciente, profissional e instituição. Logo, identificar e mapear os processos de maior risco deve ser uma tarefa conjunta de discussão com toda a equipe envolvida.

Outro importante elemento na gestão de riscos se dá na elaboração e implementação de protocolos básicos. Do ponto de vista da APS, entende-se a necessidade de adotar, minimamente, protocolos como: de identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de saúde; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; prática de higiene das mãos em estabelecimentos de saúde; transferência de pacientes entre pontos de cuidado e uso seguro de equipamentos e materiais¹⁵. Além desses protocolos, cabe aos serviços a avaliação de seus processos e a identificação, no contexto da avaliação de risco, de protocolos a serem priorizados, considerando, ainda, a multiprofissionalidade como fator fundamental para sua efetividade.

Por fim, para o efetivo gerenciamento da segurança do paciente, os Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) cumprem importante papel nos serviços de saúde. Tais núcleos são obrigatórios em todos os estabelecimentos de saúde, visando a promoção e o apoio à implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente¹⁶.

O NSP tem como uma de suas atividades principais a elaboração do Plano de Segurança do Paciente (PSP) e o estabelecimento de protocolos de atendimento para prevenir as falhas de assistência e promover a articulação de informações e processos de trabalho¹⁶, consistindo em um importante componente na busca pela qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde, na melhoria contínua de processos de cuidado e uso de tecnologia, na disseminação da cultura de segurança e na integração de processos de gestão de risco¹⁷.

Os NSP devem ser estruturados nos serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa¹⁷ e sua conformação deve ser apropriada ao tipo e à complexidade do serviço. Em unidades de Atenção Básica de uma mesma região de saúde, por exemplo, o NSP pode ser único ou compartilhado entre várias unidades, conforme definição do gestor local, de acordo com o artigo 4º, parágrafo 2, da RDC nº 36/2013¹⁶.

Ressalta-se que, o funcionamento dos NSP é compulsório, cabendo aos órgãos de vigilância sanitária locais (municipal, distrital ou estadual) a fiscalização do cumprimento dos regulamentos sanitários vigentes.

No caso da APS, a constituição de um núcleo que possa atender a toda a rede é desejável, com a elaboração de ações de cunho geral e específicas para

cada unidade da APS, por este motivo, este capítulo apresenta o Relato de Experiência: Núcleo de Segurança do Paciente na APS: ações e estratégias da implantação em um município do interior do estado de São Paulo.

2. RELATO DE EXPERIÊNCIA

O município de Ribeirão Preto, no Estado de São Paulo, conta com população estimada de 703.293 pessoas¹⁸, é a 11^a cidade no ranking em população entre os municípios brasileiros, excluindo-se as capitais, e a 8^a cidade mais populosa do Estado.

O município é polo da região de saúde do Departamento Regional de Saúde (DRS XIII). No âmbito do sistema de saúde municipal, está organizado em Distritos de Saúde, sendo que em cada distrito há uma unidade de saúde com funcionamento de 24 horas e serviço de pronto-atendimento, além de várias unidades de Atenção Básica - as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e/ou Unidades de Saúde da Família (USF). Atualmente, há cinco Distritos de Saúde e a APS está conformada em 46 estabelecimentos, dos quais 25 são Unidades Básicas de Saúde (UBS), 19 são Unidades de Saúde da Família (USF) e 2 são Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS)¹⁹. O Núcleo de Segurança do Paciente da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (NSP-SMS), foi implantado por meio da Portaria nº 109/2015, adotando os princípios e diretrizes da RDC 36 de 25/07/2013.

Para o desempenho das atividades, o NSP-SMS utiliza estrutura existente previamente. Junto à Comissão de Controle de Infecção (CCI), tem composição multiprofissional, contando com profissionais de nível superior das áreas de divisão médica, divisão de farmácia, divisão de apoio diagnóstico, divisão odontológica, divisão de enfermagem, divisão de medicina e segurança do trabalho; e representantes dos serviços de urgência e emergência, central de materiais, lavanderia e atendimento domiciliar.

A equipe é formalmente designada para planejar, elaborar, implementar, manter e avaliar o Programa de Segurança do Paciente e, do ponto de vista operacional, reúne-se com frequência mensal, utilizando o calendário de reuniões ordinárias previamente estabelecidas²⁰.

Dentre as ações executadas, tal equipe elabora anualmente o Plano de Segurança do Paciente, em que são estabelecidas as ações a serem implementadas, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Descrição das ações da Implementação do Núcleo de Segurança do Paciente Ribeirão Preto - SP, 2020.

Itens	Ações Implementadas
Sensibilização sobre a questão da segurança do paciente	<ul style="list-style-type: none"> Realização de um evento anual na Secretaria Municipal de Saúde Realização ações do “abril para segurança” Realização de atividades de sensibilização nas Unidades de Saúde Participação nos eventos externos sobre segurança do paciente Realização de Oficinas da Estratégia da Saúde da Família com a equipe multiprofissional Capacitação das equipes para cultura de segurança, realizada nas unidades de saúde e nas reuniões do comitê gestor e colegiado de gerentes
Notificação de Eventos Adversos (EA)	<ul style="list-style-type: none"> Definição do fluxo de notificação Elaboração de fichas de notificação <i>on-line</i> Sensibilização das equipes para adesão à notificação de EA Definição de instrumento de análise causa raiz para análise dos eventos adversos notificados pelo núcleo
Diagnóstico das unidades (visita técnica) para ambiente seguro.	<ul style="list-style-type: none"> Realização de visitas técnicas nas Unidades de Saúde, com elaboração de relatórios para oportunidades de melhorias e estabelecimento de prazo de retorno das pendências em 15 dias Adoção de <i>checklist</i> elaborado para visitas técnicas
Ações de Farmacovigilância	<ul style="list-style-type: none"> Realização de reuniões da cadeia terapêutica bimestrais Formação de um grupo para descrever as ações do 3º Desafio Global da OMS – Administração segura de medicamentos Reuniões com divisão de farmácia para a continuidade dos grupos para elaboração dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) da farmácia
Ações de Tecnovigilância e Gestão dos equipamentos	<ul style="list-style-type: none"> Constituição da Comissão de padronização de materiais, com estruturação do Regimento Interno e elaboração de ficha para notificações de queixas técnicas sobre equipamentos Organização de fluxos e acompanhamento de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos
Plano de gerenciamento de resíduos	<ul style="list-style-type: none"> Elaboração do Plano de gerenciamento de resíduos, com detalhamento do plano de cada

	Unidade de Saúde
Prevenção e controle de infecção	<ul style="list-style-type: none"> Revisão anual do Plano de Controle de infecção
Mapeamento dos riscos	<ul style="list-style-type: none"> Elaboração de Modelo para mapeamento de riscos assistenciais para as Unidades de Pronto-Atendimento
Implementação dos Protocolos de Segurança do Paciente – ANVISA.	<ul style="list-style-type: none"> Foram instituídos os seguintes protocolos para todas Unidades de saúde: Protocolo de identificação do paciente, Protocolo de higienização das mãos implantado, Protocolo de quedas/contenção com realização de capacitação, Protocolo de administração segura de medicamentos, Protocolo de prevenção de lesão por pressão, Protocolo de acolhimento com classificação de risco, Protocolo de acolhimento da demanda espontânea na Atenção Básica e Protocolo de evasão de paciente nas unidades de saúde
Envolver Serviço de Medicina e Segurança do Trabalho (SESMT)	<ul style="list-style-type: none"> Criação da Comissão de Prevenção de Acidentes com Perfurocortante (COPAP) Instituída Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) Elaboração de Ficha de controle de entrega dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) Capacitação para prevenção de acidentes com perfuro cortantes
Subcomitês de segurança do paciente nas unidades de pronto atendimento, pré-hospitalar e unidades de saúde	<ul style="list-style-type: none"> Acompanhamento nos contratos de gestão Elaboração do Manual Pronto-Atendimento Elaboração de normas e rotinas Implementação protocolo acolhimento e classificação de risco
Fortalecer a implementação do Protocolo de identificação do paciente nas Unidades de Pronto atendimento com uso de pulseiras	<ul style="list-style-type: none"> Visitas técnicas nas unidades de pronto-atendimento e acompanhamento <i>in loco</i> Realização de capacitação nas unidades Divulgação dos protocolos e POP Implantar a identificação com pulseira com etiquetas com código de barras
Implantação de mecanismos de investigação dos EA	<ul style="list-style-type: none"> Notificações classificadas como moderadas e graves são implementadas as ferramentas de análise causa-raiz (Diagrama de Ishikawa)
Elaboração de material educativo para os usuários do serviço	<ul style="list-style-type: none"> Elaboração de boletim informativo trimestral Elaboração de <i>folder</i> de orientações dos protocolos de segurança
Comunicação com a Comissão de Prontuários	<ul style="list-style-type: none"> Implementação do Manual da sistematização da assistência de Enfermagem, com registro do processo de enfermagem no sistema informatizado Capacitação da equipe para a melhoria nos registros em prontuários
Avaliar a Cultura de Segurança	<ul style="list-style-type: none"> Realização de pesquisa sobre cultura de

nas Unidades de Saúde	segurança nas unidades de saúde, utilizando instrumento validado
Elaborar ações de segurança do paciente em parceria com DEVISA, VISA, Programa de Imunização, Ambulatórios de especialidades	<ul style="list-style-type: none"> Realização de reuniões com departamentos e coordenadores
Ações Divisão Odontológica	<ul style="list-style-type: none"> Elaboração de rotinas administrativas, protocolos de atendimento e acolhimento da odontologia Formação de grupos de trabalhos e grupo gestor na odontologia
Ações de segurança laboratórios de análises clínicas	<ul style="list-style-type: none"> Estabelecimento de ações de segurança nas Fases pré-analítica, analítica e pós-analítica
Ações de segurança do paciente para unidades de assistência à saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> Realização de reuniões com a coordenação saúde mental para implementar ações de melhoria Elaboração de protocolos de prevenção de risco, incluindo o protocolo de risco suicida Elaboração de manual da assistência de enfermagem em saúde mental
Ações de segurança no primeiro atendimento do paciente nas Unidades de saúde	<ul style="list-style-type: none"> Revisão do POP em andamento Publicada portaria 117/2018, que estabelece a obrigatoriedade da identificação do paciente com documento com foto
Revisão dos protocolos dos programas (Saúde da Mulher, Saúde da criança e Doenças crônicas não transmissíveis, saúde mental, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> Realizadas reuniões com o Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas e Programas de Saúde para revisão de protocolos Elaboração um plano de ação pelos programas para apresentação de protocolos revisados
Implantação da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE)	<ul style="list-style-type: none"> Reorganização da Sistematização da Assistência de Enfermagem Organização de grupos de trabalho temáticos (Saúde da mulher, Saúde da criança, Saúde adulto e idoso, Saúde mental, Urgência e emergência, Serviço de atenção domiciliar e Especialidades) Estabelecimento de instrumentos dos principais grupos temáticos, com modelo primordial para coleta de dados e os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem Elaboração de impressos, com simulação prática e utilização de casos clínicos para esclarecimento de dúvidas e ampliar conhecimento sobre a SAE
Elaboração e revisão de Procedimentos Operacionais Padrão (POP)	<ul style="list-style-type: none"> Finalizado o Manual dos Procedimentos Operacionais Padrão, com capacitação da equipe de enfermagem Revisão de POP em parceria com as

	Universidades
Capacitação do pessoal da enfermagem, Educação continuada e Programa de Integração do Trabalhador (PIT)	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborado o cronograma PIT para servidores recém-admitidos • Preenchimento de ficha de acompanhamento do novo servidor
Capacitação para Urgência e emergência	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborado Projeto para capacitação da rede • Projeto 1: Atenção Básica • Projeto 2: SAMU RCP – Suporte básico • Projeto 3: SAMU + PA: Suporte avançado • Projeto 4: Capacitação dos médicos
Ações de segurança do paciente na Estratégia de Saúde da Família (ESF)	<ul style="list-style-type: none"> • Manter as ações de segurança do paciente nas oficinas da ESF • Elaboração do manual assistência de enfermagem na ESF e AB
Reestruturação dos materiais de urgência das unidades de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecido POP de conferência, com <i>checklist</i>. • Definição de padrão para materiais utilizados nas urgências e emergências

Fonte: Elaborado pelas autoras.

3. CASO CLÍNICO

Senhor João, 55 anos, bancário, previamente saudável, com história recente de falta de ar relacionada ao exercício. Sua esposa, preocupada com ele, agendou uma consulta com o clínico na Unidade Básica de saúde (UBS) do bairro onde mora. Durante a pré-consulta de enfermagem da UBS, foi identificada hipertensão.

Na consulta com o médico, Dr. Cristian, foram solicitados exames laboratoriais, eletrocardiograma (ECG) e monitoramento da pressão e glicemia. Foram prescritas as seguintes medicações: losartana 50 mg, hidrocloritiazida 25 mg, AAS 100 mg, omeprazol 20 mg, metformina 850 mg.

Ao sair do consultório médico, com vários pedidos na mão, Sr. João passou na pós-consulta de enfermagem, quando recebeu orientações referentes aos exames a serem realizados. A Unidade conta com sistema informatizado para agendamentos dos exames, a profissional realizou o agendamento e informou o usuário. Sr. João realizou os exames na data estabelecida e foi informado que os resultados seriam encaminhados para o médico da unidade de saúde solicitante. No retorno à consulta médica, Dr. Cristian, que o atendeu anteriormente, estava de férias sendo o Sr. João atendido por outro médico, Dr. Roberto. Neste dia, Dr. Roberto chegou atrasado devido a intercorrências em outro emprego e tinha muitas consultas para atender. Durante a consulta, foi verificado pelo Dr. Roberto que a

pressão arterial do Sr. João ainda se mantinha alterada, conferida pelo monitoramento da pressão e na pré-consulta de enfermagem. O médico introduziu outro medicamento e solicitou ao usuário que continuasse monitorando níveis pressóricos e glicemia. Dr. Roberto avaliou o eletrocardiograma do prontuário, sem alterações, não percebendo que o resultado do ECG que disponível no prontuário era de outro paciente, que também tinha João como primeiro nome. O resultado do ECG pertencente ao Sr. João indicava uma possível alteração e este resultado não foi verificado pelo Dr. Roberto no momento da consulta.

Uma semana depois, Sr. João chega a um serviço de emergência da rede municipal com queixa de dor no peito, diagnosticado com infarto agudo do miocárdio. Houve indicação de angioplastia com implante de *stent* em artéria coronária e necessidade de reabilitação. Uma semana após a alta, o Sr. João retorna à consulta na UBS, com Dr. Cristian, que revê os resultados dos exames anteriores e constata o erro de identificação nos resultados dos exames; observa que ele não está tomando um dos novos medicamentos recomendados por sua equipe de internação, ao questionar os medicamentos em uso e checar com receita emitida pelo hospital que estava de posse do usuário.

Após o evento:

- A equipe da Unidade de saúde não notifica o Núcleo de Segurança do Paciente sobre o resultado dos exames com identificação errada e não é realizada a análise do ocorrido;
- A equipe toma ciência do evento apenas como estatística apresentada, rapidamente no final de uma reunião mensal;
- O Sr. João não é informado sobre o ocorrido;
- O médico fornece uma nova receita de medicação e a Unidade continua realizando os atendimentos de rotina.

Tendo em vista o caso relatado e suas consequências, quais seriam as medidas que poderiam ser tomadas para que o evento não voltasse a ocorrer?

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que está posto pela literatura desde a década de 90 acerca de estratégias para melhoria da segurança do paciente, o PNSP publicado em 2013 e o contexto regional do serviço de APS de onde se reproduziu o relato de experiência tem-se que, no caminho percorrido ao longo destes anos, por vezes foram

enfrentadas várias dificuldades do ponto de vista de estrutura de processos de trabalho e de contexto cultural, mas é notório o avanço na melhoria dos processos, destacando-se a importância do apoio da gestão local nas ações que são propostas, na implementação dos protocolos de segurança do paciente, no estabelecimento de fluxo de notificação de EA, nas ações voltadas à prevenção de EA, no incentivo à notificação, em especial, o suporte técnico para a análise do EA e o estabelecimento do plano de ação para minimização dos problemas e causas.

A experiência aqui relatada aponta para a possibilidade de trilhar o caminho da Segurança do Paciente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, contexto em que constantemente busca-se o fortalecimento da cultura de segurança do paciente.

Por fim, é importante destacar que a APS é responsável por maior volume de cuidados de saúde, além de se estruturar como o primeiro ponto de contato das pessoas com o sistema de saúde; desempenhando um papel cada vez mais importante e protagonista nas redes de atenção do sistema de saúde brasileiro, cenário em que são impostos novos riscos e desafios à segurança do paciente.

5. GABARITO

- A equipe da Unidade de Saúde deve notificar o Núcleo de Segurança do Paciente sobre o resultado dos exames com identificação incorreta e uma análise de causa-raiz deve ser realizada por representantes do NSP e pelos envolvidos no atendimento do Sr. João;
- Etapas de ação incluem: novo processo para comunicação dos resultados de exames e novo processo de conferência de identificação do paciente e dos documentos;
- Análise adicional de causa-raiz deve ser conduzida para melhorar o sistema de contrarreferência, na transição do hospital para a Atenção Primária, na continuidade do cuidado;
- A equipe da Unidade deve garantir a adesão de medicamentos prescritos ao Sr. João na alta hospitalar, além de notificar o NSP sobre o atraso no uso de medicação;
- Na reunião de equipe da Unidade, junto ao Núcleo de Segurança do Paciente, deverá ser garantido espaço para discussão dos Eventos Adversos, com apresentação do caso e plano de ação específico;

- A equipe da Unidade informa as falhas na comunicação e como elas podem ter contribuído para o infarto do miocárdio do Sr. João e eventuais futuros problemas de sua saúde;
- Seis meses depois, um membro do Núcleo de Segurança do Paciente e da equipe de atendimento envolvida no evento são designados para avaliar a implementação do plano de ação e revisar métricas de melhoria.

5. REFERÊNCIAS

1. National Academies of Sciences Engineering and Medicine, Health and Medicine Division, Board on Health Care Services, Board on Global Health, Committee on Improving the Quality of Health Care Globally. Crossing the Global Quality Chasm [Internet]. Washington, D.C., Washington (DC): National Academies Press; 2018. Available from: <https://www.nap.edu/catalog/25152>
2. Braithwaite J, Glasziou P, Westbrook J. The three numbers you need to know about healthcare: the 60-30-10 Challenge. *BMC Med.* 2020 Dec 4;18(1):102. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01563-4>
3. World Health Organization, WHO Patient Safety. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety (ICPS). WHO. World Health Organization; 2009. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/ICPS-report/en/>
4. National Patient Safety Foundation. Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human. Boston, MA: National Patient Safety Foundation; 2015.
5. Moya Sáenz OL. La seguridad del paciente en atención primaria en salud ¿Una actividad que podría quedar en el olvido? *Gerenc y Políticas Salud.* 2018 Aug 15;17(34). Available from: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-34.spap>
6. Marchon SG, Mendes Junior WV, Pavão ALB. Characteristics of adverse events in primary health care in Brazil. *Cad Saude Publica.* 2015 Nov;31(11):2313–30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00194214>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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; 2017. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
8. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília-DF: Diário Oficial da União; 2013. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
9. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 40 p. Available from: <http://editora.saude.gov.br>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 01/2015. Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Brasília: ANVISA; 2015. p. 28. Available from: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+técnica+Nº+01+de+2015+-GVIMS-GGTES-ANVISA/b98ec033-1676-4443-9603-24a4edae1505>
11. Howard IL, Bowen JM, Al Shaikh LAH, Mate KS, Owen RC, Williams DM. Development of a trigger tool to identify adverse events and harm in Emergency Medical Services. *Emerg Med J.* 2017 Jun;34(6):391–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/emermed-2016-205746>

12. Yu A, Flott K, Chainani N, Fontana G, Darzi A. Patient Safety 2030. London, UK: NIHR Imperial Patient Safety Tranlational Research Centre; 2016. Available from: <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/centre-for-health-policy/Patient-Safety-2030-Report-VFinal.pdf>
13. Timm M, Rodrigues MCS. Cross-cultural adaptation of safety culture tool for Primary Health Care. *Acta Paul Enferm.* 2016 Feb;29(1):26–37. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600005>
14. Macedo LL, Silva AMR, Silva JFM da, Haddad M do CFL, Girotto E. The culture regarding the safety of the patient in primary health care: distinctions among professional categories. *Trab Educ e Saúde.* 2020;18(1). Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00233>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Brasília; 2013. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html
16. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília-DF: Diário Oficial da União; 2013. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html
17. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA; 2016. 68 p.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Cidades@. 2020. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/ribeirao-preto/panorama>
19. Ribeirão Preto. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto; 2017. Available from: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/pdf/pms-rp-2018-2021.pdf>
20. Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde. Divisão de Vigilância Sanitária. Regimento Interno do Núcleo de Segurança do Paciente da Secretaria Municipal da Saúde. Diário Oficial do Município de Ribeirão Preto-SP. Ribeirão Preto; 2015. Available from: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/pdf/nsp-regimento.pdf>

CAPÍTULO 05

CUIDADO DOMICILIAR: QUANDO A CASA SE TORNA ESPAÇO DE PRODUÇÃO DE SAÚDE

Cinira Magali Fortuna

Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Docente da Universidade de São Paulo, Brasil.

José Renato Gatto Júnior

Enfermeiro. Doutor em Ciências. Coordenador do curso de bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Educação São Luís, Brasil.

Karen da Silva Santos

Enfermeira. Mestre em Ciências e Mestre em Educação. Doutoranda em cotutela na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil e Université de Limoges, França.

Maristel Silva Kasper

Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em cotutela na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil e CY Cergy Paris Université, França.

Simone Santana da Silva

Enfermeira. Doutora em Ciências e em Ciências da Educação, cotutela Brasil e França. Docente da Universidade do Estado da Bahia, Brasil.

Karemme Ferreira de Oliveira

Enfermeira. Mestre em Ciências. Enfermeira na Prefeitura de Ribeirão Preto-SP, no serviço de assistência domiciliar, Brasil.

ESQUEMA SINTÉTICO DO CAPÍTULO

1. CUIDADO E CUIDADO DOMICILIAR

1.1 PARA PENSAR E ESCREVER

2. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR: UM POUCO DA HISTÓRIA DO CUIDADO DOMICILIAR NO SUS

3. A ENTRADA (E SAÍDA) EM DOMICÍLIOS: ELEMENTOS PARA ABORDAGEM DA PESSOA EM CUIDADO E DA FAMÍLIA

3.1 PARA PENSAR/SENTIR/ESCREVER

4. GESTÃO NO CUIDADO DOMICILIAR

5. CUIDADOS PALIATIVOS EM DOMICÍLIO

6. ESTUDO DE CASO

7. GABARITO

8. REFERÊNCIAS

APRESENTAÇÃO

Neste capítulo trataremos do cuidado domiciliar resgatando brevemente o contexto atual brasileiro dessa prática, seus princípios e contradições. Abordaremos as formas de cuidar no domicílio, tanto a partir de serviços de atenção domiciliar (AD), como as práticas estabelecidas por equipes de atenção básica de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de Equipes de Saúde da Família. O tema do cuidado e do cuidado domiciliar está desenvolvido em cinco tópicos com atividades e questões a serem desenvolvidas pelo leitor, que visam produzir aprendizagens e reflexões.

1. CUIDADO E CUIDADO DOMICILIAR

Ao situarmos o cuidado no âmbito domiciliar, precisamos explicitar o que denominamos “cuidado”. Consideramos este como gestos intencionais, realizados no âmbito do trabalho profissional que visam promover a saúde, o bem estar e o alívio. Não se resume à realização de procedimentos, embora envolva diversos deles. Se produz a partir do encontro entre trabalhador(es) da saúde e uma pessoa que está necessitando de acompanhamento, envolvendo ainda familiares e amigos. Esse acompanhamento se dá por meio de vínculos constituídos pela escuta atenta e pelo respeito aos valores e desejos manifestos pela pessoa e sua família. Também se dá através da leitura das necessidades expressas através de referenciais que guiam a ação dos trabalhadores de saúde.

Na tentativa de ilustrar, convidamos o leitor a imaginar um trabalhador de saúde que escuta a pessoa guiado por referenciais que explicam o processo saúde-doença pelos aspectos biológicos e pelo raciocínio causa e efeito. Nesse contexto apresentado, é possível compreender que o trabalhador poderá propor e desenvolver ações voltadas para o funcionamento dos sistemas orgânicos e para a interrupção de cadeias de causalidades. Num outro cenário, imagine outro trabalhador, que toma o processo e saúde doença como sendo determinado socialmente, relacionado com as condições materiais (alimentação, moradia, trabalho, renda, lazer) e lugar ocupado em âmbito social, econômico, histórico e cultural. Neste contexto, se torna evidente a possibilidade de mobilização de ações que vão ultrapassar o âmbito do setor saúde valorizado no primeiro exemplo citado.

Essas concepções sobre o processo saúde e doença, que guiam as práticas da saúde e de cuidado, não são meras escolhas individuais dos profissionais. Elas são constituídas socialmente havendo períodos históricos que prevalece certa concepção, como a biologicista dominante que naturaliza a vida social submetida à clínica e de dependência ao modelo médico hegemonic¹⁻².

Essas concepções convivem com diversas outras; podemos dizer que estão presentes, mas que há uma certa predominância em um dado momento da história. O Sistema Único de Saúde, advindo de lutas pela saúde universal e direito de cidadania, teve anunciado na 8ª Conferência Nacional de Saúde a seguinte definição:

"Saúde não é simplesmente ausência de doenças, é muito mais que isso. É bem-estar mental, social, político. As sociedades criam ciclos que, ou são ciclos de miséria, ou são ciclos de desenvolvimento..." "Saúde é o resultado

do desenvolvimento econômico-social justo."(Sérgio Arouca – Médico Sanitarista e Presidente da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986)³.

Nem por isso essa é a concepção hegemônica presente no SUS e, ainda hoje, há predominância da concepção de saúde como desequilíbrio (com causas específicas), mais centrada em aspectos individuais e biológicos, que são diagnosticados por exames laboratoriais e solucionados através de técnicas, procedimentos e, sobretudo, medicamentos. Assim, nem sempre concepções de produção de cuidado estão necessariamente comprometidas, efetivamente, com a cura e promoção da saúde⁴.

As pessoas que são cuidadas também fazem leituras de sua condição a partir de referenciais e valores, constituídos na convivência social. Para muitas pessoas, saúde é a ausência de doenças e, quando há algo fora do comum, esperam medicamentos e procedimentos que tenham efeitos de restauração.

Então, podemos dizer que o cuidado em saúde é produto de encontros e desencontros entre expectativas, olhares, leituras, concepções, escutas de diferentes lugares e que são conformados em tempos históricos e sociais, com multiplicidade de entendimentos sobre o que seja cuidar e ser cuidado.

Nesse sentido, há importante discussão sobre a participação ativa dos usuários da saúde (cidadãos) no processo saúde-doença-cuidado. Para pensarmos essa necessidade de participação ativa, tomamos emprestado da Política Nacional de Educação Popular em Saúde o conceito de autonomia implícito na mesma, entendo-o como a capacidade de fazer uma leitura crítica do mundo em que se vive⁵ e, neste caso, em que se cuida e é cuidado.

A Autonomia, neste contexto e fundamentado nos pensamentos de Paulo Freire, caminha junto com o ideal do trabalho social emancipatório, visando ao desenvolvimento de consciência crítica e senso de cidadania, visando à superação das desigualdades sociais⁵. No contexto do trabalho profissional domiciliar, irrompe como possibilidade o aguçamento do exercício de autonomia no encontro/desencontro profissional-usuário. Na expressão da autonomia, é marcante a busca pela horizontalidade entre os saberes que consideram ao redor do cuidado - saberes populares (curandeiros, raizeiros, erveiros, etc.), saberes espontâneos, saberes elaborados profissionalizados. Com isso, se visa a produção de novos modos de cuidar que participam e se integram às culturas locais e seus territórios, destacando um modo de cuidar pela perspectiva da amorosidade que culmina com o

respeito ao próximo e sua autonomia no processo saúde-doença. Em síntese, a autonomia só é possível no encontro com o outro e está intimamente relacionada com a busca de uma sociedade mais justa e democrática⁵.

Assim, um aspecto fundamental do cuidado é a inclusão do objetivo de produção de autonomia a partir dos encontros que são sempre inéditos e, por vezes, são desencontros.

Certamente, o deslocamento do local do cuidado dos serviços de saúde para as casas e lugares de moradia das pessoas traz novas nuances a esse encontro/desencontro e traz consigo potências com relação ao desenvolvimento de autonomia na relação profissionais-usuários-famílias. O domicílio, um lugar privado, habitado por objetos, animais de estimação, histórias e pessoas, passa a ser o palco de cuidados vivenciados, anteriormente, em serviços de saúde.

Esse deslocamento de serviços de saúde para as casas, em uma leitura mais rápida, poderia significar um retorno ao passado, uma vez que a casa era o local onde as pessoas recebiam cuidados, seja dos médicos de família (para as famílias abastadas) ou de outros cuidadores como as parteiras.

Também a casa era o local de intervenção do Estado nos modos de viver das populações. No início do século 20, por exemplo, no Brasil, havia a polícia sanitária que era autorizada a entrar nas casas, demolir, internar compulsoriamente moradores.

Os hospitais e asilos, em um dado momento da história, não significavam locais de cura das doenças, e sim locais para isolar (como os leprosários e os manicômios) e para morrer.

Ao examinarmos com mais atenção, essa “volta” ao domicílio é realizada em contexto muito diferente, após a expansão dos hospitais e a modificação de sua função. Após a revolução industrial, esses passaram a ser locais de tratamento e cura, também passam a ser o local privilegiado para o nascimento e para a morte. Esse local de nascer e morrer retirou das famílias e da casa a possibilidade da convivência familiar nesses dois momentos tão marcantes da vida das pessoas. Por outro lado, é importante considerar que o ambiente hospitalar também se equipou com as novas tecnologias e equipamentos atendendo a necessidades de consumo e de produção industrial, além da inclusão de teorias gerenciais, o que levou o hospital a ser parecido como uma empresa⁶.

A produção de medicamentos ganhou status de potente indústria multinacional, assim como o setor econômico denominado “saúde”, que passou a movimentar bilhões de dólares em todo o mundo.

É nesse cenário que vivenciamos a contradição expressa pelo “retorno” ao cuidado no domicílio: uma aposta para a retomada das pessoas sobre suas decisões relativas a sua saúde e seu modo de viver, reapropriação do direito de escolha, do acompanhamento dos momentos de nascimento, morte e adoecimento e, ao mesmo tempo, estratégia de saída para a superlotação hospitalar, para fins de economia com a racionalização de recursos, para a desresponsabilização do Estado e responsabilização das famílias.

Se no hospital os aspectos como gastos com horas de trabalho de profissionais, com eletricidade, rouparia, alimentação e limpeza estavam incluídos na internação hospitalar, nos domicílios esses encargos passam a ser arcados pela família. As horas dos profissionais de saúde são reduzidas, instituindo-se a figura de um cuidador - em geral um familiar que assume os cuidados indicados pelos profissionais.

No Brasil, temos que considerar ainda uma outra questão que interfere diretamente sobre o cuidado no domicílio: temos uma desigualdade social expressiva, o que significa uma grande parte da população sem recursos suficientes para manter aspectos básicos da vida como moradia de qualidade, acesso à água potável, tratamento de esgoto, alimentação adequada, acesso à escola e informações de qualidade, acesso a trabalho e direitos trabalhistas, acesso a serviços de saúde de qualidade, entre outros. Ao mesmo tempo em que escrevemos esse capítulo, vivemos a pandemia da Covid-19, que vem atingindo principalmente as periferias e o interior do Brasil, escancarando ainda mais a perversidade da desigualdade social e econômica entre as classes sociais, instalando-se, assim, um quadro de crise política, econômica e sanitária⁷.



1.1 PARA PENSAR E ESCREVER

Tomando por base o cuidado domiciliar, o papel dos cuidadores no processo do cuidar em articulação com as equipes, argumente sobre os modos como as dimensões social, econômica, política e simbólica podem demarcar a produção do

cuidado em saúde. (escreva um pequeno texto, apoiando suas ideias, no texto e em outras produções científicas).

2. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR: UM POUCO DA HISTÓRIA DO CUIDADO DOMICILIAR NO SUS

No Brasil, ainda antes da implementação do Sistema Único de Saúde, as duas primeiras experiências da abordagem domiciliar foram em 1949, desenvolvidas pelo Serviço de Assistência Médica, Domiciliar e de Urgência (SAMDU) e pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), criada em 1960⁸. Duas questões que se tornaram centrais na organização dos serviços de Atenção Domiciliar (AD) foram: a contextualização da produção do cuidado com as histórias de vida das pessoas e os elevados custos hospitalares.

A AD no SUS teve sua ampliação com a publicação do documento “1997, o ano da saúde no Brasil, ações e metas prioritárias”, o qual propõe a ampliação da internação domiciliar para idosos, diabéticos e hipertensos, até então dirigido às pessoas com Aids e psiquiatria⁸. Em 1998, a Portaria GM/MS nº 2416, de 26 de março, estabeleceu os requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS.

Em 2011, a Portaria GM/MS 2.029, de 24 de agosto, redefiniu a Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD), criando o Programa Melhor em Casa (PMC) e instituindo o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) como nova modalidade de atenção à saúde no SUS⁹.

É importante ressaltar que diversos municípios brasileiros já vinham organizando e ofertando serviços de Atenção Domiciliar, é o caso de cidades como Ribeirão Preto/SP que, em 1992, iniciou discussões sobre esse tipo de serviço, tendo o mesmo sido oficializado em 1993¹⁰. O SAD de Ribeirão Preto se inspirou em serviços como o da cidade de Londrina e serviu de inspiração para a criação do Programa Melhor em Casa¹⁰.

A AD no SUS é reorganizada em três níveis de atenção: AD1, AD2 e AD3. As equipes AD1 são constituídas pelas equipes da APS (tanto equipes de Atenção Básica - eABs, quanto equipes de Saúde da Família - eSFs) e desenvolvem ações de cuidado, tais como visitas de acompanhamento de pessoas e familiares com problemas de saúde, que não conseguem se deslocar até a unidade de saúde e requerem intervenções como curativos, orientações, dentre outros. Os critérios de

inclusão para admissão em AD1 são: dificuldade de locomoção até a unidade de saúde e apresentar problemas de saúde compensados/controlados⁹. Em relação às ações das equipes de AD2 e AD3, o SAD é responsável pelo gerenciamento e operacionalização. Estas são representadas pelas Equipes Multiprofissionais de AD (EMAD) e de Apoio à AD (EMAP)⁹. A modalidade AD2 destina-se aos usuários com problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção. A modalidade AD3 destina-se às pessoas com as mesmas necessidades englobadas na modalidade AD2 somadas ao uso de equipamentos, podendo também ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde. Em 2016, a Portaria nº 825 redefine a AD no âmbito do SUS e atualiza as equipes habilitadas.

As visitas domiciliares também são formas que possibilitam as equipes de cuidar no domicílio e são desenvolvidas em centros de saúde desde antes da implantação do Sistema Único de Saúde. Eram as visitadoras sanitárias que visitavam especialmente pessoas em seguimento em programas de hanseníase, tuberculose, faltantes de salas de vacina, puérperas e recém-nascidos)¹¹. Em 1994, com a implantação das equipes de saúde da família e a inserção dos agentes comunitários de saúde, as visitas domiciliares tiveram uma expansão e passaram a fazer parte do cotidiano de muitas famílias brasileiras. As visitas da estratégia de saúde da família se fazem tanto para o cadastro inicial das famílias em seguimento, como de acompanhamento dessas. Os demais profissionais da Estratégia da Saúde da Família, como dentistas, auxiliares e técnicos de enfermagem, médicos e enfermeiros, também realizam visitas domiciliares para o desenvolvimento de cuidados nos domicílios. São desenvolvidas visitas domiciliares para pessoas em todas as fases da vida, tendo por objetivo estabelecer vínculo com as famílias e acompanhá-la em seu processo dinâmico de desenvolvimento, considerando que as famílias, assim como os territórios, são processos vivos. Podemos afirmar que as equipes de Saúde da Família e os trabalhadores da atenção básica (de centros de saúde e unidades básicas) realizam a atenção domiciliar do tipo AD1.

3. A ENTRADA (E SAÍDA) EM DOMICÍLIOS: ELEMENTOS PARA ABORDAGEM DA PESSOA EM CUIDADO E DA FAMÍLIA

Com base nos aspectos abordados até aqui, podemos refletir sobre a delicadeza do que seja adentrar a casa de alguém para realizar cuidados domiciliares. Nessas casas, os trabalhadores de saúde vão encontrar pessoas diferentes e em diversas possibilidades de conformação familiar. As famílias são composições heterogêneas de arranjos estabelecidos ou não a partir de laços sanguíneos. São pessoas que se unem para promover condições materiais e afetivas para as pessoas envolvidas. Na diversidade e complexidade dos rearranjos familiares contemporâneos, emergem os desafios em trabalhar com diversas composições de famílias¹².

Ainda que o modo mais tradicional de se pensar a família esteja presente na sociedade brasileira, família nuclear tradicional composta de pai, mãe e filhos, encontramos diversos arranjos legítimos de família. Entre estes tem-se, por exemplo, a união de pessoas do mesmo sexo, conjunto de mulheres mães e avós no cuidado dos filhos, conjunto de idosos sem laços sanguíneos que se unem para morar juntos, estudantes, jovens, entre tantos outros arranjos possíveis. Há de se reconhecer a existência de lacunas em relação a definição de família, pois as visibilizadas não são suficientes para denominarem o funcionamento, estrutura ou função delas¹². Uma vez reconhecidas, as diferentes formas de viver em família precisam ser levadas em consideração no momento da abordagem domiciliar. Tal aspecto se constitui, frequentemente, como um ponto de tensão na relação entre as equipes e os cuidadores. Isto se dá, pois, muitas vezes os trabalhadores de saúde operam com suas referências sobre o que seja uma família o que, a depender da concepção, pode fragilizar e criar fissuras no cuidado e no vínculo. Outro aspecto ainda é o de que as famílias, além de estarem em diferentes arranjos, esses são móveis, mutantes, elas estão vivas. Uma família pode estar em crescimento a partir do nascimento de um novo membro, ao mesmo tempo em que vive a perda de um outro familiar, a saída de um adolescente da casa...Enfim, são momentos que devem ser levados em conta desde a entrada ao domicílio.

Para os serviços de assistência domiciliar, a indicação de um cuidador é condição para o seguimento. Então, esposas(os), filhas(os), sobrinhas(os), primas(os), amigas(os) são convidados a exercer um papel ativo no cuidado, assumindo funções como, por exemplo, os cuidados higiênicos, de alimentação, e

hidratação; por vezes, procedimentos mais complexos como troca de coberturas em feridas, aspiração de cânula de traqueostomia, entre outros¹³. Essa nova função interfere nas relações familiares e também na saúde da pessoa denominada cuidadora. A sobrecarga de trabalho, traduzida pelo acúmulo de funções e tarefas, dificulta o cuidado de si e até mesmo a vontade de viver e há inúmeros estudos mostrando o adoecimento desse ente familiar, em geral, mulheres que passam a ocupar mais essa função¹³.

Diante do exposto até aqui, é possível compreender a importância da abordagem de pessoas no domicílio que deve levar em conta: o adentrar de um espaço/tempo de relações complexas que envolve conflitos, alegrias, temores, expectativas, valores. Nem sempre quando vamos ao domicilio fomos convidados para tal, é comum o motivo da visita ser disparado a partir de equipamentos de saúde e não no chamado da família. Esses motivos podem ser, por exemplo, a necessidade de atualização do cadastro da saúde da família da ESF, a busca por um contato de pessoas acometidas por doenças infecto contagiosas (seguimento de programas ou da vigilância epidemiológica), o abandono de tratamento, o preparo para a alta hospitalar de alguém que terá continuidade de tratamento em casa. É salutar que os envolvidos no processo compreendam que o espaço da casa precisa ser adentrado considerando momentos diferentes tanto dos trabalhadores como de quem está sendo visitado.

Quando já há o seguimento e os vínculos de confiança foram estabelecidos, os atendimentos no domicílio passam a ter outra conformação, sendo os trabalhadores de saúde, por vezes, ansiosamente esperados no domicílio. Assim, as visitas ao domicílio realizadas por trabalhadores de saúde podem proporcionar encontros importantes e potentes para criação de vínculo e para implementação de um plano de cuidados integrais, horizontais, que vise produção de autonomia, embora muitos trabalhadores ainda não consigam considerar essas questões¹⁴.

Não há receitas de abordagem, mas, talvez, pistas, balizas que podem contribuir para nortear esse momento que poderíamos destacar: identificar-se para pessoa que abre a porta; anunciar o objetivo da visita e tempo pretendido para seu desenvolvimento; especificar o motivo pelo qual precisa entrar na casa e conversar. Explicitar os valores que conduzem a abordagem como o compromisso ético do tratamento das informações. Em geral, nas primeiras visitas, estabelecemos algumas percepções sobre a família e suas relações, consideramos que um

indicador da qualidade dos serviços de assistência domiciliar e dos demais serviços que desenvolvem ações nos domicílios, seja a capacidade de modificar as percepções sobre as famílias, surpreendendo-se com diversos aspectos que compõem a complexidade da vida, da saúde e do processo de cuidar. Neste mesmo sentido, bem como na entrada no domicílio, também precisamos cuidar da saída dele quando há alta quer por óbito, término do tratamento ou mudanças na composição da equipe encarregada pelo cuidado.

Não é raro que trabalhadores dos serviços de atenção domiciliar e da estratégia saúde da família incluam na agenda visitas pós óbito para acompanhar os familiares e cuidadores quando do falecimento de alguém sob seus cuidados¹⁵.



3.1 PARA PENSAR/SENTIR/ESCREVER

Exercício - Imagine que você passou por uma situação de saúde em que desfecho a/o conduziu para cuidados domiciliares. Uma equipe AD3 atua em conjunto com o familiar que assumiu os cuidados destinados a você. Nessa situação, quais elementos são fundamentais para que você se sinta cuidada(o)?

4. GESTÃO NO CUIDADO DOMICILIAR

Assim como nos demais pontos das redes de atenção, na Atenção Domiciliar é importante que a gestão e o cuidado aconteçam de forma indissociada, favorecendo espaços em que gestores, trabalhadores e usuários possam ter voz, produzindo a oportunidade de que os debates gerados possam direcionar de forma mais contextualizada, autêntica e autônoma uma melhor produção de saúde, ampliando, assim, a forma de mudar a realidade, produzindo ainda processos coletivos de enfrentamentos de ações desumanizadoras¹⁶.

Esses aspectos são ainda “imagens objetivo” para os diversos serviços de saúde, incluindo os da estratégia saúde da família e de assistência domiciliar, uma vez que ainda se opera com lógicas centralizadas de tomada de decisão, pouca escuta dos diversos trabalhadores e impermeabilidade as opiniões diferentes, especialmente das pessoas em cuidado e dos familiares que são categorizados, nesse caso, como resistentes e não aderentes. Há certamente a necessidade da

coordenação do cuidado pelas equipes e famílias com pontuação de aspectos que em um serviço hospitalar são decididos levando em conta a necessidade do serviço e dos trabalhadores. São exemplos: a hora do banho, a forma de se alimentar, o horário da medicação, entre tantos outros.

Nos domicílios, são as condições materiais e emocionais das pessoas, seus valores e perspectivas que estabelecem as formas de se realizar ou não aquilo que os trabalhadores de saúde aconselham como cuidado. O planejamento da visita e do atendimento precisa considerar diversas possibilidades, como por exemplo, a primeira visita para uma criança seguida pela equipe de saúde da família deve considerar a possibilidade de realização de ordenha mamária (em casos de ingurgitamento mamário) mas, também, a possibilidade de se deparar dificuldades e potencialidades das mais diversas naturezas.

Diferente dos locais estruturados de atenção, como ambulatórios e hospitais, no domicílio as equipes precisam se planejar para ter os recursos necessários para o atendimento *in loco*, além de inserção e comunicação com as unidades de saúde do território que podem servir de apoio nessa logística.

No atual cenário da saúde, há necessidade da gestão das informações geradas no cuidado domiciliar, a fim de propiciar que sejam realizadas análises acerca dos processos de trabalho das equipes em relação ao impacto, resolutividade, satisfação da pessoa atendida, entre outros elementos. Muitas vezes, o gerenciamento dessas informações e dos serviços está pautado pelos conceitos da Nova Gestão Pública, uma corrente que defende a lógica da iniciativa privada a partir da utilização dos métodos gerenciais do setor privado nos espaços públicos. Sustenta a ideia produtividade, eficiência, eficácia, excelência, alcance de metas, alcance de resultados e avaliação de desempenho¹⁷⁻¹⁸.

Como exemplo, citamos que as EMADs e EMAPs são monitoradas pelo Ministério da Saúde (um dos financiadores), por meio de plataformas nas quais são lançados procedimentos realizados e indicadores de acompanhamento e avaliação. Apesar das políticas humanizadoras do processo de trabalho, a gestão/avaliação ainda se encontra em uma lógica mais curativista e proceduralista, quando se baseia na análise quantitativa da produção de saúde, por exemplo, taxa de óbitos, taxa de desospitalização, taxa de alta da AD, média de atendimento por equipe, média de tempo de permanência, proporção de pacientes por agravo/condição. Além disso, existem ainda os indicadores baseados na lógica procedural, como

coleta de material para exame, glicemia capilar, administração de medicamento, etc., ficando a complexidade do cuidado na AD restrita à “assistência domiciliar por profissional de nível médio ou assistência domiciliar por profissional de nível superior”¹⁹.

É importante destacar uma fragilidade nesse processo, marcada pela inexistência de procedimento ou indicador que inclua a percepção do usuário e do trabalhador quanto ao cuidado produzido. Da mesma maneira, não há a análise e reflexão sobre a seguinte questão: houve visitas, foram realizados procedimentos, foram realizadas conversas, mas o cuidado foi produzido? Houve processo de aprendizagem para a equipe e para os envolvidos? Quais foram os efeitos dos encontros e desencontros entre trabalhadores e pessoas em cuidados domiciliares na invenção de modos de vida mais alegres e mais plenos de vida? Que cuidado foi produzido? Diante dos elementos explicitados, é possível observar que as questões relativas ao encontro e às complexidades inerentes ao mesmo não são eleitas para análise e gestão do cuidado.

Em muitos contextos de domicílios com AD, os profissionais também são capturados por lógica de gestão da informação mediados pela tecnologia dura⁴. Esta ganha espaço com uso de tablets que “facilitam” a inserção dos dados ainda no domicílio da pessoa em cuidados, porém, contraditoriamente, faz com que um profissional fique especificamente conectado à tela, e não com a pessoa a ser assistida. Outros recursos que têm sido utilizados são tele monitoramentos, que “diminuem a necessidade” da visita domiciliar, e ainda aparelhos digitais que aferem uma gama de parâmetros com “um click”, se colocando como “substitutos” do exame físico. Tudo isso contribui para o afastamento do profissional da oportunidade de perceber para além do exposto e esperado.

5. CUIDADOS PALIATIVOS EM DOMICÍLIO

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS), trouxe a definição de cuidado paliativo (CP) como sendo “uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”²⁰. Entretanto, em definição mais recente, de 2018, a OMS define cuidados paliativos como “cuidados holísticos ativos, ofertados a

pessoas de todas as idades que se encontram em intenso sofrimento relacionado à sua saúde, proveniente de doença grave, especialmente aquelas que estão no final da vida. O objetivo do CP é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e de seus cuidadores”²¹.

Dessa forma, observa-se que o termo “cuidado paliativo” vem sendo repensado e ressignificado conforme as novas evidências científicas vêm surgindo, principalmente aquelas relacionadas às práticas de saúde que envolvem a complexidade das práticas de cuidado. O processo de desinstitucionalização das práticas de cuidado, com a transferência para os domicílios, provoca de diferentes maneiras nos envolvidos a prática da inventividade, ações de experimentação no processo de cuidar (dos usuários e cuidadores). O cuidado compartilhado, a corresponsabilidade e a cogestão são premissas potentes na construção desse processo com os usuários e a família e/ou cuidador²².

Na terminalidade e no processo de morte, os familiares/cuidadores e trabalhadores são provocados a refletir e questionar o desejo da terminalidade da vida nos cuidados paliativos. A inclusão da morte na vida de maneira respeitosa e reconhecida sugere, que a noção de subjetividade assume o papel de analisador do campo da AD, afinal, promove, como já apontado, o deslocamento da morte para o espaço residencial e, inclusive de existência das pessoas²³. Nesse contexto, as equipes comprometidas com os cuidados paliativos na AD podem depositar esforços para contribuir na produção um cuidado que respeite o curso da boa morte. Assim, a noção de ortotanásia se insere na discussão, pois está voltada para a condução do processo de morte que acompanhe seu curso natural, sem a utilização de métodos desproporcionais para prolongamento da vida²⁴. Por outro lado, a tanatofilia, amor pela morte, deve também ser considerada como possibilidade balizada por uma apreciação estética do fim frequentemente confundida com a manutenção de uma nova existência. A construção do projeto terapêutico de cuidados pode acompanhar as ações dos profissionais envolvidos²⁵. Esses dois elementos: ortotanásia e tanatofilia, podem se organizar como pontos de tensão constitutiva no processo de cuidados voltados ao indivíduo, o que, consequentemente, coloca questões em relação ao processo em si. Põe em evidência a profundidade de desafios impostos aos envolvidos: pessoa cuidada, cuidador ou equipe. Sem dúvidas, o momento do encontro com o outro e com a morte nos provoca reconhecer a importância da sensibilidade na concepção do cuidado.



6. ESTUDO DE CASO

O SAD foi acionado por e-mail pela enfermeira do hospital de retaguarda para o acompanhamento e uma alta complexa e seguimento do paciente.

Histórico de saúde/doença: Adulto-jovem, 22 anos, natural de Sergipe. Se mudou com a mãe para o Estado de São Paulo aos 16 anos. Mãe de 68 anos, relata que na infância do garoto percebia comportamentos diferentes, como falar sozinho, escutar vozes, mas achava que era uma brincadeira. Paciente saiu um dia de casa e ficou desaparecido por quase dois meses. Mãe faz busca em todos os serviços da região. Encontra o filho internado em um leito hospitalar de longa permanência. Desorientado, acamado, respirando por traqueostomia, em uso de sonda para alimentação, eliminações em fralda e com várias lesões por pressão. Disseram que seu filho foi encontrado em uma estrada, atropelado e que teve um Trauma Crânio Encefálico (TCE). Leva o filho para casa.

Contexto familiar: Casa de alvenaria com três cômodos (um deles construído para receber o filho), energia elétrica não oficial e água encanada. A mãe não tem estudo formal, não escreve e não lê; é evangélica e relata que fugiu do pai dos filhos em Sergipe, pois sofria violência doméstica.

A família é constituída por quatro filhos e a mãe. O filho mais novo, de sexo biológico masculino, expressa seu gênero como travesti e ganha dinheiro como trabalhador sexual. Foi diagnosticado com esquizofrenia e possui uma relação conflituosa com a mãe, que culminou em um episódio de agressão. Nesse contexto de violência, a mãe o expulsou de casa, porém, se mantém muito preocupada com o paradeiro do mesmo. Dois filhos não auxiliam no cuidado. Uma filha se mudou para perto da mãe para tentar ajudar após as 19h, quando chega do trabalho. A renda da família é o benefício que o filho recebe da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS).

Suporte oferecido: A mãe foi treinada e orientada para todos os cuidados, o que lhe exige dedicação integral e ininterrupta. Paciente em leito hospitalar emprestado pelo SAD. Dieta fornecida pelo Estado. Materiais e fralda fornecidos pelo município. Paciente recebe visita do enfermeiro do Centro de Atenção

Psicossocial (quando solicitado pelo SAD). Paciente crônico classificado pela equipe como AD1 a ser transacionado para atendimento da Atenção Básica.

Nas últimas semanas: Paciente retirou a traqueostomia por conta própria, foi encaminhado ao pronto atendimento, ficou internado dois dias e voltou sem o dispositivo, respirando pelo nariz e boca. Paciente retira, por conta própria, sonda nasogástrica semanalmente e requer a reinserção pela equipe. Paciente impedido de se alimentar por boca devido exame realizado há 1 ano em serviço especializado que indica aspiração de alimento pela traqueia. Mesmo com discussão de caso, o serviço se recusa a repetir o exame. Paciente retira sonda e não permite que a equipe realize a reinserção da mesma. Diante desse cenário, a Fonoaudióloga do SAD faz exames *in loco* e libera alimentação pastosa. Paciente progride para alimentação com consistência normal. Mãe nem sempre tem o que ofertar para o paciente.

Questão: A partir do caso acima exposto:

- Identifique e analise aspectos importantes para o cuidado domiciliar.
- Identifique e analise a lógica de acompanhamento presente na equipe e na família, reflita sobre a abordagem à família e à pessoa a ser cuidada.

7. GABARITO

Comentário das questões

QUESTÃO 1: Ao responder esta questão não esqueça de considerar:

1- Conceito ampliado de saúde. Aprovado na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1988, inclui alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde como condições necessárias para se garantir a saúde.

2- Conceito de Determinantes Sociais de Saúde. São os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

3- Conceito de Iniquidades em saúde: as desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias.

4- O serviço de saúde assim como o processo de saúde/doença enquanto produções sociais.

QUESTÃO 2: Ao responder esta questão não esqueça de considerar:

1- Cuidado em saúde: É o que respeita a autonomia, a individualidade, que oferta escuta, permite verbalização e inclui a pessoa a ser atendida como cogestora do cuidado. Você pode ler mais sobre o assunto na Política Nacional de Humanização de Humanização.

2- Comunicação como ferramentas de cuidado ou descuido.

3- Infraestrutura: nessa situação que você pensou em estar, quais recursos materiais são necessários? Como ter acesso a eles?

4- Cuidar de quem cuida: lembrar que assim como você que está sendo cuidado, quem cuida também precisa ser cuidado.

Comentários sobre o estudo de caso:

A partir do contexto apresentado é possível constatar que se trata de uma vivência relatada pelo olhar do SAD. O jovem de 22 anos, em uma outra perspectiva, pode se sentir “preso” em uma cama em virtude de sua circunstância de saúde. Seu contexto de vida reflete os abismos sociais existentes no cenário brasileiro: pobreza, fragilidades nas condições dignas de vida, inserção em diferentes ciclos de violência, falta de acesso à educação, à moradia, à cidadania e tantas outras necessidades.

É fundamental estarmos atentos que as ações num primeiro momento lidas como de auto agressões, ao retirar os dispositivos inseridos em seu corpo, por exemplo, são o reflexo das fissuras existentes no cuidado. Essas fissuras também comprometem o vínculo usuário-profissional. Exigem a importância em se valorizar

ações de cuidado mais dialogadas e atentas às necessidades: a traqueostomia foi retirada e ele convive bem? A sonda nasogástrica foi retirada e a alimentação por via oral foi introduzida. Não se pode negar que tais questões nos levam à problematização do processo de produção do cuidado. Se as relações de disputas são marcas do cuidado, o caso aponta uma maneira como os usuários possuem potencial para desviar da racionalidade técnico-científica.

Além desses aspectos, é salutar compreender o lugar dos cuidadores nesse processo. Eles são, assim como as pessoas cuidadas, atravessados e marcados por suas histórias de vida, suas relações anteriores com o indivíduo cuidado, sentimentos de ganhos e perdas, inclusive. Estes cuidadores também vivenciam processos de invenção e reinvenção na criação de suas redes próprias na execução do um projeto terapêutico singular, fato que coloca a importância de discutirmos sua inserção no diálogo sobre cuidado ampliado.

8. REFERÊNCIAS

1. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Rev. Saúde Pública [internet] 1998 [cited 2020 june 29]; 32(4): 299-316. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101998000400001&script=sci_abstract&tlang=pt
2. Silva MJS, Schraiber LB, Mota A. O conceito de saúde na saúde coletiva: contribuições a partir da crítica social e história da produção científica. Physis: Revista de Saúde Coletiva [internet] 2019 [cited 2020 june 29]; 29(1): e290102. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312019000100600&script=sci_arttext&tlang=pt
3. Centro Cultural do Ministério da Saúde Mostra virtual CCMS. Conferências nacionais de saúde: contribuições para construção do SUS. Sérgio Arouca. 2020. Disponível em: www.ccs.saude.gov.br/cns/sergio-arouca.php. Acesso em 29 junho 2020.
4. Merhy, EE. A cartografia do trabalho vivo. 4^a Ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
5. Brasil (BR). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Brasília, DF: Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS), 2012. 26 p. Disponível em: <http://www.crpssp.org.br/diverpsi/arquivos/PNEPS-2012.PDF>. Acesso em 29 junho 2020.
6. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital, Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2007 Aug [cited 2020 june 29];12(4):849-859. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007&tlang=en.
7. Stevanim LF. Desigualdade social e econômica em tempos de Covid-19. Radis (Fiocruz). Ed. 212, maio 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/desigualdade-social-e-economica-em-tempos-de-covid-19>. Acesso em: 28 jun. 2020.
8. Rehem TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira, Ciência & Saúde Coletiva [internet] 2005 [cited 2020 june 30];10 (sup):231-242. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a24v10s0.pdf>.
9. Brasil (BR). Ministério da Saúde. Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União[da] República Federativa do Brasil. 2011 ago 25;148(164 Seção 1):91-2.
10. Pereira MJB. O trabalho da enfermeira no Serviço de Assistência Domiciliar: potência para (re) construção da prática de saúde e de enfermagem. Ribeirão Preto. Tese [Doutorado em Saúde Pública] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2001.
11. Santos SA, Santos RM, Costa LMC, Macedo AC, Barros LMC. Capital simbólico do trabalho das visitadoras sanitárias da Fundação Serviço de Saúde Pública, Alagoas/Brasil. Hist. cienc. saúde-Manguinhos [Internet]. 2018 [cited 2020 June 30];25(3):817-839. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702018000300817&tlang=e
12. Wagner A, Tronco C, Armani AB. Os desafios da família contemporânea: revisitando conceitos. In: Wagner A (Col.). Desafios psicossociais da família contemporânea: pesquisas e reflexões. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 19-35
13. Ribeiro BF, Oliveira SG, Tristão FSA, Santos-Júnior JRG, Farias TA. Práticas de si de cuidadores familiares na atenção domiciliar. Rev Cuid. [internet] 2017 [cited 2020 june 28]; 8(3):1809-25. Disponível em:<http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v8n3/2216-0973-cuid-08-03-1809.pdf>

14. Santos EM, Morais SHG. A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepção de enfermeiros. *Cogitare Enferm.* [internet] 2011 [cited 2020 june 28];16(3):492-7. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648968014.pdf>
15. Langaro F, Hoepfner Junior H, Hatori MTK, Nery SA, Liell MVV, Santos AH. Vivência familiar nos cuidados domiciliares em fase final de vida e processo de luto. *Rev. Interd. Estudos em Saúde* [internet] 2015 [cited 2020 june 28]; 4(1):153-164. Disponível em: <http://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/329/329>
16. Brasil (BR). Humaniza SUS: A Política Nacional de Humanização: A Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS: Brasília (DF): Ministério da saúde; 2008.
17. Dasso-Júnior AE. “NOVA GESTÃO PÚBLICA” (NGP): a teoria de administração pública do estado ultraliberal. In: Bresser-Pereira LC, Spink PK. Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial. Editora: Fundação Getúlio Vargas; 2007.
18. Carnut L, Narvai PCI. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. *Saúde soc.* [online]. 2016 [cited 30 june 2020]; 25(2): 290-305. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000200290&script=sci_abstract&tlang=pt
19. Brasil (BR). Ministério da Saúde. Manual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Domiciliar/Melhor em Casa, 2012. 24 p.
20. World Health Organization. Better palliative care for older people. Geneva: WHO; 2004.
21. International Association for Hospice Palliative Care. Global Consensus-based palliative care definition. [Internet]. Houston, TX: The International Association for Hospice and Palliative Care [internet] 2018 [cited 2020 june 29]. Available from: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>
22. Freire FHMA, Mendonça PEX, Mattos TC et al. Invenções metodológicas e a produção do sensível na atenção domiciliar - a cama d'conto e a afirmação da potência de vida no leito de morte. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas, CT, Almeida, DES, Slomp-Júnior H. Avaliação Compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1ª. Ed. Rio de Janeiro: Hexit; 2016.
23. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. Artigo produzido para Seminário Nacional de divulgação dos resultados da pesquisa “Implantação de Atenção Domiciliar no Âmbito do SUS – Modelagem a partir das Experiências Correntes”. Disponível em:http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencaodomiciliar/textos/admedicalizacao_e_substitutividade.pdf.
24. Félix ZC et al. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa de literatura. Ciência e Saúde Coletiva [internet] 2013 [cited 30 june 2020];18(9):2733-2746. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000900029&script=sci_abstract&tlang=pt
25. Mendonça PEX, Freire FHMA, Mattos TCP. O encontro com o outro no ato livre e a gestão do cuidado na atenção domiciliar. In: Feuerwerker L, Bertussi D, Merhy EE. Avaliação Compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes 2. 1ª. Ed. Rio de Janeiro: Hexit; 2016.

CAPÍTULO 06

A SAÚDE MATERNO-FETAL: EM BUSCA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Raquel Dully Andrade

Enfermeira. Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (EERP/USP). Docente na Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) – Campus Passos, Minas Gerais, Brasil.

Wanessa Leonel Nunes

Bióloga. Discente do Mestrado Profissional em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) – Campus Passos, Minas Gerais, Brasil. Especialista em Políticas e Gestão da Saúde na Superintendência Regional de Saúde de Passos, Passos, Minas Gerais, Brasil.

Jaqueleine Silva Santos

Enfermeira. Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (EERP/USP). Especialista em Políticas e Gestão da Saúde na Superintendência Regional de Saúde de Passos, Passos, Minas Gerais, Brasil.

Elma Rafaela de Souza

Acadêmica de Enfermagem na Universidade do Estado de Minas Gerais– Campus Passos, Minas Gerais, Brasil.

Glória Vitória Ferreira Livinhale

Acadêmica de Enfermagem na Universidade do Estado de Minas Gerais– Campus Passos, Minas Gerais, Brasil.

Maria Ambrosina Cardoso Maia

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (EERP/USP). Docente da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) – Campus Passos, Minas Gerais, Brasil.

ESQUEMA SINTÉTICO DO CAPÍTULO

**1. POLÍTICAS DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO
BRASIL**

2. ASSISTÊNCIA MATERNO-FETAL

2.1 ATENÇÃO PRÉ-CONCEPCIONAL

2.2 PRÉ-NATAL

2.3 PREPARAÇÃO PARA O PARTO

3. ESTUDO DE CASO

4. QUESTÕES COMENTADAS

5. REFERÊNCIAS

1. POLÍTICAS DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO BRASIL

No âmbito das políticas públicas brasileiras sobre saúde das mulheres, até o final da década de 1960 privilegiava-se apenas a atenção materno-infantil¹. Verificam-se, neste período, importantes documentos como as Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil²; o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI)³ e o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco⁴.

A partir dos movimentos sociais feministas pela luta dos direitos das mulheres a partir da década de 1970, começou-se a priorizar nas agendas políticas nacionais brasileiras a criação de políticas públicas voltadas para as mulheres com objetivo de melhoria integral da qualidade de vida, deixando de enfatizar apenas a atenção materno-infantil⁵.

O Programa de Ação Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado pelo Ministério da Saúde em 1983, foi uma política de saúde que simbolizou uma importante conquista desses movimentos, pois além da atenção materno-infantil, abrangia um cuidado mais integral à saúde das mulheres em todas as fases da vida adulta⁶, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna e infantil e articular ações de pré-natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis e câncer de mama e colo de útero⁵.

Com a institucionalização do direito à saúde pela Constituição Federal em 1988⁷ e inexistindo uma atenção específica à saúde das gestantes, foi instituído o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN) por meio da Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000, que tinha por objetivos: (1) o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações; (2) o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal e (3) sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde⁸.

O PNHPN abrange os direitos de cidadania da gestante, pois a humanização é considerada uma premissa para o adequado acompanhamento do pré-natal e parto.⁹ Também engloba o entendimento de que as unidades de saúde devem tratar com dignidade a gestante e seus familiares, traduzindo-se em um ambiente acolhedor que rompam com a tradicional atenção médico-hospitalar de modo que sejam evitadas as práticas intervencionistas desnecessárias, focando apenas em procedimentos benéficos para a saúde da gestante e do bebê⁹.

Importante ressaltar que no artigo 2º do documento que formaliza o PNHPN enfatiza-se implicitamente princípios e diretrizes que já retratam o combate à violência obstétrica ao apontar que a gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade; ao acompanhamento do pré-natal adequado; de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que se realizará o parto, o que enfatiza a necessidade de melhoria do acesso, de qualidade e humanização da assistência à gestante e ao recém-nascido⁹.

Entretanto, ainda não há concretizada uma política pública, em âmbito federal, que trate da garantia desses diretos. O que se observa é que a cada ente federativo coube instituir sua própria política de saúde para essa efetivação. Observando-se a evolução da política pública quanto à violência obstétrica, no estado de Minas Gerais, por exemplo, apenas no final do ano de 2018 foi instituída uma lei que efetiva a garantia de um atendimento humanizado à gestante, combatendo a violência obstétrica tanto em instituições públicas como privadas⁽¹⁰⁾. A Lei Estadual nº 23.175 de 21 de dezembro de 2018 trata-se de importante instrumento jurídico que, além de assegurar às gestantes seus direitos inerentes à gravidez, parto e nascimento, traz medidas disciplinares penais impostas ao responsável que praticar a violência obstétrica¹⁰.

Em 2004, o Ministério da Saúde, analisando dados e avaliando os avanços e desafios da Saúde da Mulher, instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que possui como princípios norteadores o gênero, a integralidade e a promoção da saúde, priorizando a atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e o combate à violência doméstica e sexual¹¹, demonstrando a responsabilidade do Estado na atenção à saúde da mulher em todas as fases de sua vida.

Porém, mesmo com a implantação dessas políticas, o Brasil ainda continuava a ter altas taxas de mortalidade materna e infantil e, por conseguinte, não alcançava os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que havia firmado em um compromisso internacional no ano de 2000¹². Então, com objetivo de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso e reduzir essas taxas, o Ministério da Saúde instituiu em 2011, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha através da Portaria 1.459 de 24 de junho de 2011¹³.

A Rede Cegonha foi desenhada a partir de programas de defesa da vida e políticas já implantadas e foi concebida como um modelo diferencial em atenção à

saúde materno-infantil em comparação às políticas implementadas entre os anos de 1983 a 2010¹⁴, além de estar integrada com o PNHPN e ter como objetivos: (1) implementar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança; (2) organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil de forma a garantir acesso, acolhimento e resolutividade; e (3) reduzir a mortalidade materna e infantil¹³. Ademais, assegura direitos à mulher, tais como: assistência integral no planejamento reprodutivo, na atenção humanizada e de qualidade, na gravidez, no parto, no abortamento e no puerpério, e assegura direitos à criança, tais como: nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis de zero aos vinte e quatro meses¹³.

A Rede Cegonha é constituída por quatro componentes. Um deles trata-se sobre o pré-natal, no qual foram previstos novos exames para todas as gestantes, sendo: teste rápido de gravidez, teste rápido de sífilis ou VDRL, teste rápido de HIV, teste rápido de proteinúria, cultura de bactérias para identificação (urina), hematócrito, hemoglobina, teste indireto de antiglobulina humana (TIA) para gestantes que apresentam RH negativo, ampliação do ultrassom obstétrico para todas as gestantes; e especificamente para as gestantes de alto risco, os seguintes exames: contagem de plaquetas, dosagem de proteínas (urina 24 horas), dosagem de ureia, creatinina e ácido úrico, eletrocardiograma, ultrassom obstétrico com Doppler, cardiotocografia ante-parto¹³.

A Rede Cegonha é uma política pública ainda vigente e é considerada um marco histórico na evolução das políticas públicas, pois embasou outras normativas e programas estaduais já implantados e voltados ao fortalecimento da atenção às gestantes, dentro dos componentes de pré-natal, parto, nascimento e atenção à criança até os vinte e quatro meses¹³.

No Brasil existem documentos normativos demonstrando a preocupação do poder público na melhoria do acesso e da assistência à saúde da gestante. Nesse cenário, a Rede Cegonha apresenta-se como importante instrumento de garantia do acesso aos serviços de saúde materno-infantil, porém questiona-se o grau de efetividade de tais políticas públicas no que tange ao alcance de seus objetivos, visto que o acesso a esses serviços¹⁵ e a redução da mortalidade materna e infantil¹⁶ ainda aparece como um desafio para o Brasil.

Nesse sentido, é preciso que o poder público ratifique suas políticas a fim de fortalecer o pré-natal em ações e programas voltados para a prevenção da

mortalidade materno-infantil para que, assim, o Brasil possa realmente efetivar os objetivos das políticas públicas e cumprir com seus compromissos internacionais.

2. ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL

2.1 ATENÇÃO PRÉ-CONCEPCIONAL

A gestação é uma etapa que tem repercussões importantes para a vida da mãe e da criança, futuro adulto fruto dessa gestação, consequentemente, para toda a família, tornando-se fundamental que essa fase do ciclo vital seja planejada e preparada.

A atenção pré-concepcional, também denominada de cuidado pré-concepcional, é a provisão de informações e intervenções de saúde nos aspectos biomédicos, comportamentais e sociais, para mulheres e casais que antecedem a concepção, visando a redução de hábitos e comportamentos que coloquem em risco a saúde materno-infantil e a promoção da saúde¹⁷. Aqui, emerge o entendimento que o preparo pré-concepcional é indispensável para a manutenção de uma gravidez saudável¹⁸.

No Brasil, o número de gestações planejadas é consideravelmente baixo, portanto, incentivar o planejamento familiar aparece como uma ação importante¹⁸. Ao buscarem o acompanhamento pré-concepcional, os casais estarão reduzindo os riscos de abortos, más formações fetais, mortalidade materno-infantil, além ser um espaço para o compartilhamento de informações sobre os riscos, complicações e alterações fisiológicas normais durante a gestação¹⁹.

O acompanhamento pré-concepcional pode ser classificado de três diferentes formas, sendo: Cuidado pré-concepcional, período antes de a concepção ocorrer; Cuidado periconcepcional, que se refere a 3 meses antes e 3 meses após a concepção; e Cuidado Interconcepcional, relacionado ao período entre uma gestação e outra¹⁷.

O atendimento pré-concepcional deve ser implementado à saúde da mulher e da família, sendo realizado por toda a equipe multidisciplinar de saúde, com o intuito de melhorar a troca de informações, no entanto, o enfermeiro se torna o protagonista desta assistência e deve desenvolver uma assistência integral, inserindo medidas educativas como um espaço para desmistificação de mitos e crenças, otimização de traços positivos e hábitos saudáveis, além de usar este espaço para esclarecimento de dúvidas e prevenção de riscos¹⁹.

Durante a consulta direcionada ao atendimento pré-concepcional, é essencial a realização de anamnese, exame físico, exame ginecológico da mulher e alguns exames laboratoriais para atestar a saúde adequada do casal. Devem ser descartados, tratados ou controlados casos de infecções sexualmente transmissíveis, doenças crônicas como hipertensão e diabetes, assim como aspectos nutricionais. Além disso, os casais ou mulheres serão orientados sobre os riscos do tabagismo, uso de drogas e alcoolismo, uso de medicamentos de uso contínuo, exposição a substâncias tóxicas expostas ao ambiente; necessidade de complementação de ácido fólico por um período mínimo de 60 dias antes da concepção afim de evitar má formações do tubo neural do bebê; quanto ao intervalo mínimo interpartal, sendo o adequado e recomendado de dois anos, e também em relação às vacinas que devem estar em dia ou devem ser atualizadas se necessário²⁰.

Diante do exposto, mostra-se fundamental que os profissionais de saúde, em especial os que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), orientem e estimulem o planejamento da gravidez e a procura do serviço de saúde para preparar-se para a gestação antes da interrupção do método contraceptivo usado. Mas, para isso, é necessário que os serviços de APS se organizem para oferecer um atendimento de acompanhamento pré-concepcional qualificado, sistematizado e humanizado, que integre ações de toda a equipe local de saúde.

2.2 PRÉ-NATAL

Com a confirmação da gravidez, a assistência ao pré-natal deve ser iniciada o mais breve possível, contemplando ações de acolhimento, anamnese, exame físico, exames de rotina e complementares, avaliação antropométrica, avaliação de risco, orientações, apoio emocional, acompanhamento interdisciplinar e encaminhamentos quando necessário²¹.

O acompanhamento pré-natal permite abordagem educativa, preventiva e psicossocial, para assegurar a gestação, proporcionar um parto saudável e reduzir impactos na saúde materno-infantil²⁰. O atendimento de pré-natal é um espaço oportuno para momentos dialógicos, em que a gestante possa expor suas dúvidas e seus questionamentos, funcionando como uma ferramenta para o profissional de saúde realizar educação em saúde, essencial para a autonomia e empoderamento da mulher durante a gestação²¹.

As práticas educativas realizadas no pré-natal possibilitam a construção de conhecimento, pela gestante e família, sobre o processo gestacional, tornando-se atividades prioritárias. Estas constituem como elementos qualificadores da atenção, contribuindo para o empoderamento feminino, para o protagonismo e autonomia quanto à construção de seus projetos no processo de gestação e nascimento²².

O acolhimento é uma medida prática na gestão de saúde, pois permite estabelecer uma relação de confiança e compromisso em relação às gestantes, realizado com escuta qualificada para que seja possível avaliar as vulnerabilidades presentes no contexto de vida da gestante, portanto, comprehende-se a necessidade de uma escuta sensível e qualificada, que oportuniza o levantamento de dúvidas e angústias, e busca compreender os diversos significados que a gestação pode representar para a gestante e sua família, principalmente, se esta for adolescente, ourossim, a história de vida e as particularidades da gestante e de sua família podem ocasionar alterações nas percepções e na postura dessa gestante diante dos cuidados à sua saúde e sua gestação²⁰.

A presença do parceiro ou de algum acompanhante durante o acompanhamento pré-natal tem se tornado cada vez mais comum e esta postura deve continuar a ser incentivada pelos profissionais envolvidos no cuidado, pois a literatura aponta que quando a mulher possui um acompanhante presente, ela se sente mais segura e confortável, desta forma, é de suma importância acolher o acompanhante e envolvê-lo no cuidado durante o pré-natal, preparo e trabalho de parto e pós-parto²⁰. De acordo com a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a gestante tem o direito de escolher seu acompanhante, podendo ser o pai da criança, algum familiar, algum amigo ou até mesmo uma doula²⁰.

Todo o conjunto de ações durante o pré-natal deve vislumbrar não somente a saúde e segurança da fase gestacional, mas também a preparação para o parto e pós-parto, inserindo, se possível, o parceiro e a família no acompanhamento e orientações, conforme pertinente. No contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Agente Comunitário de Saúde (ACS) possui uma atribuição importante de acompanhamento e interlocução por meio das visitas domiciliares ²⁰.

O seguimento deve ser interdisciplinar e intersetorial quando necessário, incluindo a articulação entre os diferentes serviços da rede de atenção à gestante, como APS, Atenção Secundária de Saúde (que acompanham os casos de pré-natal de alto risco) e à maternidade de referência²⁰, além de outros pontos de atendimento

na comunidade e no município, governamentais e não governamentais, conforme necessidades e demandas identificadas de forma particularizada.

2.3 PREPARAÇÃO PARA O PARTO

O nascimento é um momento único, que pode assumir diferentes significados para a mulher. Por isso, o respeito à mulher se torna essencial; ela tem o direito de participar das decisões relacionadas a sua saúde e ao seu próprio corpo, inclusive o tipo de parto ao qual será submetida²¹.

De acordo com Brasil²², os profissionais de saúde têm a obrigação, ética e legal, de oferecer informações completas e claras a respeito dos tratamentos, cuidados e das alternativas de cuidado, assim, dar à mulher a oportunidade de participar das decisões em relação ao que lhe foi informado é imprescindível.

Nesse contexto assistencial, uma das estratégias utilizadas para viabilizar maior protagonismo e autonomia da mulher durante o processo de parto e nascimento é a utilização do Plano Individual de Parto (PIP) durante a atenção pré-natal, que se trata de uma carta, ou uma simples lista onde a gestante relaciona tudo o que gostaria ou não gostaria que acontecesse em seu parto. Como resultado, observa-se empiricamente que as gestantes que elaboraram seu plano de parto, e posteriormente o apresentaram no momento de ingresso na maternidade, têm relatado sua contribuição para a compreensão da assistência e melhor atendimento dos seus desejos²³. Mais que um documento, o PIP é uma forma de a gestante entrar em contato com os procedimentos normalmente relacionados com o parto e nascimento, atentando para o diálogo prévio com a equipe que irá assistir²³.

Na aplicação do PIP, o documento deve ser lido juntamente com a gestante, de preferência com a participação de um acompanhante de escolha, entre a 34^a e a 36^a semana gestacional; deve-se garantir que a gestante e o respectivo acompanhante compreendam as informações prestadas no documento, por esse motivo, recomenda-se a discussão do plano de parto em mais de um encontro²³. O plano pode ser apresentado coletivamente, entretanto, deve ser sempre preenchido individualmente pela mulher após esclarecimento de todas as questões que dele fazem parte, sendo que a equipe deve garantir que a mulher tenha acesso a esclarecimentos adicionais sempre que desejar. Depois de pronto, o documento deve ser assinado em duas vias, sendo uma delas anexada ao cartão da gestante e a outra ao prontuário, posteriormente, no momento da internação para o parto, a gestante deve apresentar o documento aos profissionais da maternidade e, depois

do parto, deve-se avaliar com a mulher como o instrumento foi utilizado e se seus direitos e desejos foram respeitados²³.

No pós-parto deve ocorrer uma interlocução entre a maternidade e a equipe da APS, para uma continuidade sistematizada da assistência ao longo dos pontos de atenção do Sistema de Saúde, sendo planejado no âmbito do município e contemplado na gestão dos serviços de saúde locais²¹, construindo a integralidade da atenção.

3. ESTUDO DE CASO

Na ESF todos os membros da equipe, nas ocasiões oportunas (seja em atendimentos individuais, em visitas domiciliares ou em atividades educativas em grupo com a comunidade) orientam as mulheres e casais a planejarem o momento de ter filho e a procurarem a unidade de saúde pelo menos seis meses antes de engravidar para se preparar melhor para uma gestação, parto e puerpério mais saudável e tranquilo. Uma mulher procura a unidade de saúde para atenção pré-concepcional, dizendo que deseja engravidar e que ainda está usando seu método contraceptivo. Após o acolhimento na recepção são agendadas consultas com o enfermeiro e com o médico.

A enfermeira faz o acolhimento, inicia a anamnese ginecológica, obstétrica e sobre doenças crônicas. Posteriormente, realiza a avaliação antropométrica, a avaliação dos valores de pressão arterial (PA) e glicemia, além da investigação dos hábitos de vida, como alimentação, atividade física, sono, equilíbrio emocional e rotina diária. A enfermeira aproveita a oportunidade para abordar a importância de hábitos saudáveis nessa fase de preparação para a gravidez e realizar orientações particularizadas, de acordo com a anamnese, o cenário de vida relatado pela mulher e as avaliações realizadas.

A enfermeira faz anotações no prontuário, agenda o exame Papanicolau, a consulta com o médico da equipe, e o retorno da mulher à consulta de enfermagem, para dar continuidade ao acompanhamento antropométrico, aos valores de PA e glicemia, e para a realização de educação em saúde. Depois da consulta, o enfermeiro solicita ao ACS que reforce as orientações sobre hábitos de vida saudáveis durante as visitas domiciliares.

O médico na consulta lê o prontuário, faz o acolhimento, anamnese e solicita os exames conforme o caso particular da mulher. Aqueles exames de primeira fase

de gravidez já devem ser solicitados agora, uma vez que se houver qualquer problema, quando tratado e acompanhado no período pré-concepcional, permite que a gravidez seja mais segura e saudável tanto para a mãe quanto para o bebê desde a concepção e início da gestação.

As condições crônicas também devem ter um controle mais rigoroso agora, para um ciclo gestação-parto-puerpério mais seguro. O médico solicita também algumas dosagens de vitaminas que são muito importantes na gravidez, como ferritina e vitamina D, além de investigar a possibilidade de alguns fatores de risco para uma gravidez saudável e sustentável, como a endometriose e trombofilia. É prescrito o início do ácido fólico para uma formação adequada do tubo neural quando a gravidez acontecer. O médico faz as orientações particularizadas de acordo com a consulta realizada, reforça um estilo de vida saudável e agenda o retorno para dar continuidade ao acompanhamento.

A mulher é orientada pelo enfermeiro e pelo médico a aguardar que esteja tudo certo durante esse acompanhamento para interromper o método contraceptivo, e se possível, trazer o parceiro nas próximas consultas para que o mesmo possa receber também as orientações e contribuir para o estabelecimento e/ou reforço de hábitos de vida saudáveis na família.

4. QUESTÕES COMENTADAS

1) O que você sabe sobre a endometriose que não apresenta sinais e sintomas clássicos e sua repercussão na vida reprodutiva?

A endometriose é uma condição ginecológica crônica, sendo caracterizada pelo crescimento do tecido endometrial em sítios extrauterinos, que acomete principalmente mulheres em idade reprodutiva. Esta afecção pode causar uma grande diversidade de manifestações clínicas, mas em muitos casos é assintomática e dificulta que a gravidez aconteça ou se mantenha, devendo ser considerada a sua investigação, principalmente em casos de infertilidade sem causa definida ou abortos²⁴.

2) O que é trombofilia e quais riscos representa para a gravidez?

A trombofilia consiste na predisposição genética ou adquirida à trombose. A condição é uma tendência de que o sangue forme trombos, ou seja, coágulos que

impedem a circulação dos vasos sanguíneos. Tem sido cada vez mais estudada como fator causal de resultados adversos gestacionais, como trombose placentária, descolamento prematuro de placenta, pré-eclâmpsia e eclampsia, restrição de crescimento fetal intrauterino e óbito fetal. Dessa forma, a investigação de trombofilia, e seu tratamento quando necessário, deve estar contemplado na assistência pré-concepcional e início do pré-natal⁽²⁵⁾.

3) O que a sífilis pode ocasionar na gestação?

A sífilis é transmitida por via placentária em qualquer momento da gestação quando não tratada ou tratada inadequadamente. Pode levar à má formação do feto, parto prematuro, aborto espontâneo, óbitos fetais ou neonatais, recém-nascido com cegueira, surdez, problemas ósseos e deficiência mental. É muito importante que seja solicitado o exame no período pré-concepcional e, se positivo, serem tratados a mulher e o parceiro antes da interrupção do método contraceptivo. Para mulheres que não procuraram o serviço antes da gravidez, no pré-natal também devem ser tratados gestante e parceiro²⁶.

4) Comente sobre a importância da vitamina D para as gestantes.

Nas gestantes, a deficiência de vitamina D apresenta-se como um problema de saúde importante²⁷. Estudos mostram que a deficiência de vitamina D na gestação pode estar relacionada à maior risco de diabete gestacional e pré-eclâmpsia, por exemplo²⁷. Assim, nas práticas de cuidado devem ser adotadas estratégias para prevenção, diagnóstico precoce e tratamento da deficiência de vitamina D na gestação, buscando a suficiência de vitamina D materna²⁷.

5) Por que é recomendada a suplementação de ferro e ácido fólico em gestantes?

As gestantes encontram-se no grupo de maior vulnerabilidade para anemia²⁸. Como parte do cuidado pré-natal, é recomendada a suplementação diária oral de ferro e ácido fólico, buscando a redução do risco de deficiência de ferro, anemia materna e baixo peso ao nascer²⁹. No Brasil, o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) visa a suplementação profilática com ferro e ácido

fólico na gestação, e a suplementação com ferro até o terceiro mês pós-parto ou pós-aborto²⁸.

6) Por que os aspectos psicoafetivos da gestação e puerpério devem ser considerados no cuidado das equipes de APS?

Para a integralidade do cuidado, o olhar da equipe de APS não deve voltar-se apenas para aspectos físicos, mas ampliar-se para outras necessidades multidimensionais da mulher, como identificação e compreensão dos processos psicoafetivos atrelados ao ciclo gravídico-puerperal⁽³⁰⁾. Assim, torna-se importante acolhimento, escuta sensível, construção de espaços de diálogo, valorização de singularidades, consideração da conjuntura vivenciada, criação de vínculo, buscando um cuidado centrado na mulher e em suas necessidades e identificação precoce de sofrimento psíquico³⁰.

7) Comente sobre anticoncepção e covid-19.

Para as usuárias de anticoncepcionais, no momento, a orientação é para a não suspensão do método contraceptivo³¹. Essa suspensão poderá ocorrer diante de duas situações: a) Apresentação de queixa importante; b) Desejo de engravidar³¹. Considerando que o Ministério da Saúde do Brasil reconhece gestantes e puérperas até o 14º dia pós-parto como grupo de risco para COVID-19, se a mulher desejar engravidar, é importante que o profissional de saúde realize orientações sobre os riscos³¹ e construa canal de diálogo com essa mulher para escuta sensível e esclarecimentos de possíveis dúvidas.

5. REFERÊNCIAS

1. Osis MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1998 [citado 11 abr. 2020];14(1):25-32. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1337.pdf>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes gerais da política nacional de saúde materno-infantil. Brasília. 1971.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência Médica. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. Programa de Saúde Materno-Infantil – bases programáticas. Rio de Janeiro. 1975.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Programa de Prevenção da Gravidez de Alto-Risco. Normas para a identificação e controle dos riscos reprodutivos, obstétrico e da infertilidade no Programa de Saúde Materno-Infantil. Brasília. 1978.
5. Santos Neto ET, Alves KCG, Zorral M, Lima RCD. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde Soc*. 2008 [citado 11 abr. 2020];17(2):107-19. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/11.pdf>.
6. Jorge HMF, Hipólito MCV, Masson Silva, RM. Assistência Pré-Natal e Políticas Públicas de Saúde da Mulher: revisão integrativa. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2015 [citado 11 abr. 2020];14(1):25-32. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2864/pdf>.
7. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [internet]. Brasília: Senado Federal; 1988 [citado 02 maio 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2000 [citado 18 mar. 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília. 2002 [citado 11 maio 2020]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
10. Minas Gerais. Assembleia Legislativa de Minas Gerais. Lei 23.175, de 21 de dezembro de 2018 [citado 11 maio 2020]. Disponível em: https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=LEI&num=23175&comp=&ano=2018&aba=js_textoOriginal#texto.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília. 2004.
12. Roma JC. Os objetivos de desenvolvimento do milênio e sua transição para os objetivos de desenvolvimento sustentável. *Cienc Cult*. 2019 [citado 05 ago. 2020];71(1):33-9. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252019000100011.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. 2011 [citado 18 mar. 2020].

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

14. Carvalho LDP. Da esterilização ao Zika: interseccionalidade e transnacionalismo nas políticas de saúde para as mulheres [tese na internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas; 2017 [citado 02 maio 2020]. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-08082018-091628/en.php>.

15. Domingues MSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Themei-Filha MM, Gama SGN, Leal MC. Adequação da assistência ao pré-natal segundo as características maternas no Brasil. Rev Panam Saúde Pública. 2015 [citado 02 maio 2020];37(3):140-7. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/v37n3a03.pdf>

16. Mamede FV, Prudêncio OS. Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. Rev Gaúcha Enferm. 2015 [citado 02 maio 2020];36(esp):262-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgefn/v36nspe/0102-6933-rgefn-36-spe-0262.pdf>.

17. Organização Mundial da Saúde. Meeting to Develop a Global Consensus on Preconception Care to Reduce Maternal and Childhood Mortality and Morbidity. 2012 [citado 02 mar. 2020]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78067/9789241505000_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

18. Borges ALV, Santos AO, Nascimento NC, Chofakian CBN, Gomes-Sponholz FA. Preparo pré-concepcional entre mulheres brasileiras e a relação com o planejamento da gravidez. Rev Esc Enferm USP. 2016 [citado 28 mar. 2020];50(2):208-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342016000200208&lng=en&nrm=iso.

19. Aló M, Souza E, Livinhale G, Correa J, Dully R, Lélis B. A relevância da atenção pré-concepcional na saúde materno infantil. Revista Eixos Tech. 2018 [citado 28 mar. 2020];5(1). Disponível em: <http://eixostech.pas.ifsuldeminas.edu.br/ojs/index.php/eixostech/article/view/117/pdf>.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Atenção de Pré Natal de Baixo Risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 2020 mar. 27]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.

21. Lima VKS, Hollanda GSED, Oliveira BMMD, Oliveira IGD, Santos LVFD, Carvalho CML. Educação em saúde para gestantes: a busca pelo empoderamento materno no ciclo gravídico-puerperal: a busca pelo empoderamento materno no ciclo gravídico-puerperal. Rev Fun Care Online. 2019 [citado 28 mar. 2020];11(4):968-75. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6822/pdf_1.

22. Campagnoli M, Silva CPD, Resende RCP. Atendimento de pré-natal na estratégia saúde da família: a singularidade da assistência da enfermagem. Nursing. 2019 [citado 28 mar. 2020];22(251):2915-20. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/251/pg100.pdf>.

23. Medeiros RMK, Figueiredo G, Correia ACP, Barbierib M. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. Rev Gaúcha Enferm. 2019 [citado 26 mar. 2020];40:e20180233. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgefn/v40/1983-1447-rgefn-40-e20180233.pdf>

24. Navarro PAAS, Barcelos IDS, Silva JCR. Tratamento da endometriose. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006;28(10):612-23.
25. Barros VIPVL, Igai AMK, Andres MP, Francisco RPV, Zugaib M. Resultados gestacionais e trombofilias em mulheres com história de óbito fetal de repetição. Rev Bras Ginecol Obstet. 2014;36(2):50-5.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 27 jul. 2020]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf.
27. Goulart PAM, Goulart RN. Gestação e deficiência de vitamina d: artigo de revisão na literatura. Arq Catarin Med. 2017;46(1):173-81.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
29. Organização Mundial da Saúde. Diretriz: Suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2013.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

CAPÍTULO 07

A IMPORTÂNCIA DO VÍNCULO NO CUIDADO MATERNO-INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Marisa Rufino Ferreira Luizari

Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Brasil.

Elen Ferraz Teston

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da UFMS

Maria Angélica Marchetti

Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente da UFMS.

Sandra Luzinete Félix de Freitas

Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente da UFMS.

Fernanda Ribeiro Baptista Marques

Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente UFMS.

ESQUEMA SINTÉTICO DO CAPÍTULO

1. INTRODUÇÃO

1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1.2 A EVOLUÇÃO DO CUIDADO
MATERNO-INFANTIL NAS POLÍTICAS
PÚBLICAS DE SAÚDE

1.3 A IMPORTÂNCIA DO VÍNCULO

1.4 EXPERIÊNCIAS PRÁTICAS NO
CUIDADO MATERNO-INFANTIL

2. EXERCÍCIOS

3. ESTUDO DE CASO

4. GABARITO COMENTADO

5. REFERÊNCIAS

1. INTRODUÇÃO

1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição de 1988, foi resultante de um movimento social de reforma sanitária que, à época, reivindicava a necessidade de o Estado assumir maiores compromissos com a saúde da população, de forma universal e igualitária¹. Esse sistema tem na Atenção Primária à Saúde (APS), também denominada Atenção Básica (AB), a porta de entrada para os serviços de saúde².

Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem na Saúde da Família a estratégia prioritária para a expansão e consolidação das ações nesse nível de atenção e estabelece as diretrizes para a organização dos serviços³. Ademais, a constituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS) tem como objetivo favorecer ações integradas e compartilhadas entre os diferentes serviços, ampliar o acesso e garantir a universalidade, além de reiterar a AB como porta de entrada⁴.

Destacam-se como eixos estruturantes da APS o acesso (atenção ao primeiro contato), a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado⁵.

Os termos “longitudinalidade” ou “vínculo longitudinal” possuem o mesmo significado, que é promover o seguimento do usuário ao longo do tempo pela equipe da unidade de saúde⁶, e são retratados por uma relação pessoal e contínua entre os usuários e os profissionais de saúde caracterizada por confiança, responsabilidade e partilha de compromissos^{5,7}.

Cabe salientar que o atendimento contínuo ao longo dos diferentes ciclos de vida é favorecido e oportunizado de acordo com o estabelecimento e a consolidação do vínculo entre o usuário/família e o profissional⁸. Desse modo, tem-se nas equipes de Saúde da Família uma referência para oferta da atenção à população adscrita, o que contribui para a segurança dos usuários em relação ao enfrentamento de suas necessidades, independente da ocorrência de problemas ou doenças⁹. O sucesso das ações e a adesão do usuário ao tratamento e/ou orientações são influenciados por dimensões interpessoais do atendimento, como comunicação eficaz com escuta acolhedora, estabelecimento de vínculo, tomada de decisão compartilhada e satisfação dos usuários¹⁰. Por outro lado, a qualidade do vínculo é influenciada pelo acesso e acolhimento do usuário e sua família aos serviços de saúde¹¹.

No contexto do cuidado materno-infantil, as consultas de pré-natal, o retorno puerperal, as consultas de puericultura e as ações coletivas de promoção de saúde

e prevenção do adoecimento constituem oportunidades para a manutenção e o estabelecimento do vínculo com o usuário e a família.

Neste capítulo, temos por objetivo destacar a importância do vínculo para o cuidado materno infantil na APS de modo a promover efetiva assistência materno-infantil integral e de qualidade.

Ao término desse capítulo, o leitor deverá ser capaz de:

- ✓ Reconhecer a importância do vínculo profissional para o cuidado materno-infantil na APS;
- ✓ Identificar os elementos necessários para o estabelecimento de vínculo profissional;
- ✓ Conhecer estratégias de cuidado para a assistência materno-infantil na APS.

1.2 A EVOLUÇÃO DO CUIDADO MATERNO-INFANTIL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

As crianças e mulheres, atualmente, são objeto de diversos estudos, reflexões e políticas públicas que visam não somente diminuir as taxas de morbimortalidade, mas, também, melhorar a sua qualidade de vida. Porém, não foi sempre assim. Houve uma época em que a mulher era vista pelos órgãos governamentais e programas de saúde como fonte de reprodução, cuja função se limitava à educação e criação de filhos saudáveis para servir o País e ao cuidado com a família, sem direitos pessoais, sociais e econômicos. Dessa forma, a mulher tinha o papel de cuidar da saúde das crianças e dos demais familiares¹², e sua saúde tinha pouca ou quase nenhuma atenção e cuidado.

O interesse do governo era aumentar a população incentivando a procriação em massa, mas sequer garantia condições básicas para um desenvolvimento gestacional saudável. Não existiam ações para acompanhar a saúde da mulher, nem mesmo durante a gravidez¹³.

Assim, as taxas de mortalidade ao nascimento eram altíssimas, o que tornava comum muitas famílias não criarem vínculo com o recém-nascido com medo de perdê-lo em pouco tempo. Além disso, a criança era vista como um pequeno adulto e uma força de trabalho, tanto nos afazeres domésticos como para encarar longas jornadas de trabalho¹⁴.

E foi nesse contexto que o cuidado materno-infantil começou a ser construído. Os programas materno-infantis idealizados nas décadas de 1930, 1950 e 1970 se

caracterizavam pela verticalidade e pela falta de integração com outras ações propostas pelo Governo, e seus objetivos eram estabelecidos pelo nível central, sem considerar as necessidades de saúde das populações locais, resultando na fragmentação da assistência e no baixo impacto nos indicadores de morbimortalidade¹².

Na década de 1980, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC)¹⁵. Com o PAISM, pela primeira vez, as ações foram planejadas a partir das necessidades reais das mulheres (clínico-ginecológicas, pré-natal, parto, puerpério, climatério, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama); e o cuidado com sua saúde passa a envolver não somente o período reprodutivo, mas a atenção integral em todas as suas fases de vida, incluindo ações assistenciais, educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e de recuperação da saúde^{12,16,17}.

Já o PAISC tinha como objetivo proporcionar às crianças assistência integral e qualificada à saúde e diminuir as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil¹⁸ por meio de ações tais como: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, prevenção e controle de doenças respiratórias agudas e diarreicas, e cuidados com RN de baixo peso¹⁹.

Os programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família, implantados em 1994 ; de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e Método Canguru, introduzidos em 2000²⁰; de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), em 2002²¹; a reformulação do PAISM, em 2004, com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM)¹²; e a Rede Cegonha, em 2011^{15,22}, contribuíram com a estruturação dos serviços da APS, com a melhora no acesso e, consequentemente, impactaram de forma positiva no cuidado materno-infantil e no fortalecimento do vínculo entre profissionais, usuários, família e comunidade.

1.3 A IMPORTÂNCIA DO VÍNCULO

O termo vínculo consiste na “construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico”²³.

O estabelecimento de vínculo com o usuário, cuidador/família e a equipe de saúde, o atendimento qualificado, a atitude acolhedora, a autonomia no processo de trabalho, bem como o cuidado contínuo, longitudinal e corresponsável²⁴, fundamentado nos saberes e práticas do campo da saúde, são características necessárias à equipe da AB para o alcance da resolutividade²⁵. Reitera-se que o vínculo é indispensável para o alcance do sucesso das ações propostas, para a manutenção do cuidado integral e da relação terapêutica. A gestação, o parto e nascimento, embora sejam experiências que, geralmente, envolvem alegria e realização de sonhos, são condições marcadas por várias alterações físicas e emocionais que podem acarretar estresse, preocupações e insegurança. Esses momentos acabam se tornando períodos delicados do desenvolvimento humano em que se fazem necessários o acesso integral e igualitário aos serviços de saúde, o estabelecimento de vínculo entre os profissionais envolvidos na assistência, além da configuração de uma rede social significativa²⁶.

Dessa forma, a assistência pré-natal é fator importante para a diminuição da morbimortalidade materna, perinatal e neonatal e, para tanto, tem motivado diversas reflexões a respeito de suas potencialidades e da atuação de cada um dos profissionais de saúde envolvidos nesse cuidado.

Um dos fatores que contribuem para o sucesso das ações no pré-natal é a humanização da assistência, que ocorre por meio de diferentes estratégias, por exemplo, o acolhimento e fortalecimento do vínculo entre gestantes e profissionais²⁷.

O acolhimento da gestante na AB envolve mais que uma questão de espaço ou local, envolve uma postura solidária e ética; pressupõe escuta qualificada, avaliação de vulnerabilidades sociais, integralidade e resolutividade do cuidado, além da articulação com os outros serviços de saúde para a promoção de assistência continuada (se necessária). O acolhimento promove a criação de vínculos entre a equipe de saúde e a gestante e sua família e, quanto maior for o vínculo, maiores serão as chances de início precoce do pré-natal e de adesão às consultas de pré-natal, orientações, aconselhamento e aos tratamentos, quando indicados²⁶.

Sabe-se que o desfecho materno e perinatal é influenciado positivamente pelo pré-natal adequado, quando são desenvolvidas ações de prevenção, detecção e tratamento oportuno de diversas condições que possam acarretar complicações

gravídicas^{28,29}. A literatura tem demonstrado a associação entre pré-natal inadequado, prematuridade e baixo peso ao nascer³⁰⁻³².

Em vista disso, o cuidado com a gestante e a criança deve ser iniciado no momento do diagnóstico de gravidez e, por essa razão, a assistência pré-natal deve ser inserida o mais precoce possível, sendo que as gestantes de risco habitual devem ser acompanhadas na AB por meio de consultas médicas e de enfermagem²⁶.

A consulta de enfermagem, atividade independente e privativa do enfermeiro, visa oferecer às gestantes condições para a promoção de sua saúde. A enfermeira pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco, conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional Nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87^{26,33}.

Além da formação de vínculo com a gestante, é preciso envolver o pai tanto nas consultas individuais quanto nas atividades em grupo, seja as de preparação para o parto e cuidados com o recém-nascido, quanto as de planejamento familiar²⁷, estimulando-o a participar no cuidado à saúde da mulher¹⁶ e da criança.

Em nossa prática profissional no atendimento a mulheres e crianças, encontramos diferentes conformações familiares que devem ser consideradas para o planejamento do cuidado e estabelecimento de vínculo. Nesse sentido, recomenda-se que o profissional identifique e incentive o envolvimento da família no processo de cuidado, a fim de que seja construído de modo compartilhado.

O vínculo estabelecido durante a assistência pré-natal deve ser mantido no processo de cuidado desde o nascimento e nos diferentes ciclos de vida.

No tocante à saúde da criança, constata-se que o fortalecimento do acesso à AB e também as reflexões filosóficas e mudanças de paradigmas provocadas pelo PAISC, propiciaram o oferecimento da atenção integral a essa população, incluindo ações diretamente relacionadas com o incentivo ao aleitamento materno, com o monitoramento do crescimento e desenvolvimento e com a prevenção e controle de doenças diarreicas e respiratórias, além de contribuir para a consolidação de vínculos entre profissionais de saúde e a clientela tão vulnerável e marcada por desigualdades sociais³⁴. A consulta de enfermagem em pediatria é um importante espaço, inclusive incentivado pela OMS e pelo MS, para o desenvolvimento do cuidado integral à criança e família e para o fortalecimento de vínculo.

Os primeiros meses da criança exigem um seguimento sistemático e cuidadoso com o objetivo de prevenir ou minimizar possíveis danos a sua saúde, pois constituem um dos períodos mais importantes na saúde da criança quando ocorrem processos vitais no crescimento e desenvolvimento. Portanto, esse atendimento deve ser iniciado precocemente na AB.

Recomenda-se que, logo na primeira semana pós-parto, o enfermeiro realize a primeira consulta ao recém-nascido e à puérpera, que pode ser por meio de uma visita domiciliar à família. Nesse momento deverá ser pactuada com a família a periodicidade das demais avaliações³⁴.

A participação do pai e/ou dos demais membros da família nos atendimentos em saúde favorece maior envolvimento destes nos cuidados, estimulação e no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento saudável da criança, além de possibilitar condições para a tomada de decisão compartilhada relativa à saúde da criança. O apoio familiar representa, também, um elemento promotor da amamentação exclusiva bem-sucedida.

Cada profissional tem papel relevante em todo o processo de atenção à saúde na AB. Uma das atribuições do enfermeiro é a consulta de enfermagem, atividade independente que tem a finalidade de identificar situações, problemas e propiciar autonomia e condições de promoção da saúde do usuário e família, e de melhoria em sua qualidade de vida^{7,26}.

O fortalecimento do vínculo entre profissionais e cuidadores é indispensável para a continuidade e longitudinalidade da atenção integral à saúde da criança, pois favorece o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde e detecção precoce de agravos, diminuindo, portanto, os riscos de morbimortalidade. O vínculo vai se fortalecendo à medida que a relação entre a família e o profissional vai se estreitando, e esse usuário adquire confiança e respeito pela sua atuação competente, compreensiva e acolhedora^{7,35}.

Ressaltamos que a abordagem do profissional deve ser isenta de julgamentos e deve encorajar a família a narrar suas dificuldades no cuidado à criança. Ouvir atentamente a família é uma intervenção relevante, e requer que o enfermeiro prepare o ambiente e reserve um tempo para estar com ela. É uma atitude que envolve compreender, validar e dar reforços positivos aos esforços da família³⁶.

1.4 EXPERIÊNCIAS PRÁTICAS NO CUIDADO MATERNO-INFANTIL

Vinculamos às atividades projetos de ensino, pesquisa e extensão, nos quais envolvemos alunos de graduação e pós-graduação (residência, mestrado e doutorado), profissionais e docentes em atividades direcionadas à comunidade, a saber:

- ✓ Consulta de enfermagem à mulher no ciclo gravídico-puerperal;
- ✓ Consulta de enfermagem ao recém-nascido, à criança e ao adolescente saudáveis e com doenças crônicas e à família;
- ✓ Atendimento familiar;
- ✓ Atividades educativas destinadas a gestantes e casais voltadas para o aleitamento materno, cuidados com o próprio corpo e com o recém-nascido;
- ✓ Atividades que visam aumentar a autoestima e o empoderamento das mulheres, tais como pintura gestacional e sessão de fotos;
- ✓ Ações de educação em saúde envolvendo as escolas, comunidades e unidades de atendimento;
- ✓ Implementação de instrumentos e programas que favorecem o vínculo profissional-família, tais como genograma e ecomapa, e o Programa de Intervenção Familiar (PIF);
- ✓ Ações que estimulem o desenvolvimento infantil e o “ser criança”, como a utilização do brinquedo terapêutico, brinquedoteca e promoção de brincadeiras ao ar livre;
- ✓ Ações de imunização, alimentação saudável e vigilância epidemiológica.

No pré-natal, havendo concordância da gestante, procuramos motivar o pai a participar ativamente das consultas e das ações educativas individuais e de grupo. Além da presença do pai, acreditamos ser importante que outros familiares, como outros filhos e avós, sejam envolvidos em alguns atendimentos.

Para o alcance dos objetivos da nossa prática e promoção de vínculo, utilizamos diversas ferramentas, dentre as quais destacam-se as redes sociais (Facebook e Instagram), e-mails e aplicativos de multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz para smartphones (WhatsApp, Facebook Messenger e Skype).

No Facebook e Instagram foram criadas páginas com o objetivo de divulgar as atividades do projeto e também de oferecer informações a respeito de diversos temas relacionados aos cuidados com a gestante, puérpera e criança. Foi também

criada uma rede de apoio para as gestantes e puérperas por meio de grupo no WhatsApp, que conta com a participação de docentes e estudantes de enfermagem, previamente capacitados. Esse meio de comunicação tem sido muito utilizado, especialmente durante o período de pandemia, para otimizar atendimentos, explicar resultados de exames, promover orientações sobre conduta frente às principais queixas e desconfortos, discorrer sobre as vantagens e desvantagens dos tipos de parto, alertar para os sinais de trabalho de parto. Outras informações e esclarecimentos disponibilizados pela rede social dizem respeito à hora certa de procurar a maternidade, ao material a ser levado para o hospital, às vantagens do aleitamento materno, a vacinas e cuidados com o RN, além de proporcionar apoio às mulheres e acompanhante durante o trabalho de parto e avaliar a pega durante a amamentação.

Além das consultas e rede de apoio, realizamos rodas de conversa e atividades sociais, tais como pintura gestacional e ensaio fotográfico, com o objetivo de fortalecer o vínculo entre profissionais, gestante e família, de viabilizar a aquisição de conhecimentos, de aumentar a autoestima das mulheres e, consequentemente, promover o seu empoderamento. Com as crianças, ações dinâmicas promotoras da saúde e protagonismo, como o “Masterchefinho”, são incentivadoras da alimentação saudável e da participação ativa da criança e da família em nosso contexto de cuidado.

No dia agendado para o retorno puerperal pela equipe de Saúde da Mulher, acontece também a primeira consulta do RN com a equipe de Saúde da Criança. São vários projetos de extensão correndo em conjunto, propiciando um relacionamento mais estreito entre docentes, estudantes e usuários.

O uso do brinquedo durante as consultas de enfermagem de puericultura tem sido um forte aliado para estabelecer o vínculo com a criança e sua família; além disso, o brincar torna o ambiente leve, seguro e confortável, o que facilita o retorno dessas famílias e permite longitudinalidade. Ademais, a realização de genograma e ecomapa nas primeiras consultas permite uma maior atenção ao primeiro contato, e possibilita a docentes e discentes conhecerem as estruturas, dinâmicas e funcionalidade da família para, em seguida, conseguirem planejar e executar intervenções. Nas consultas junto às crianças em condições crônicas de saúde e suas famílias, o Programa de Intervenção de Enfermagem na Família tem permitido organizar ações de cuidado e promover a integralidade.

Figura 1: Pai presente na consulta pré-natal.



Fonte: Arquivo da autora

Figura 2: Avó na consulta à gestante.



Fonte: Arquivo da autora

Figura 3: Consulta de Enfermagem pediátrica.



Fonte: Arquivo da autora

Figura 4: Avaliação do Crescimento.



Fonte: Arquivo da autora

Entendemos que a essência de nossa atuação na área materno-infantil é o cuidado integral e holístico, que envolve, necessariamente, o estabelecimento de vínculo com o usuário, estendido à família (unidade de cuidado).

Para tanto, é necessário manter uma escuta ativa, que significa ouvir o que eles (indivíduo e família) têm a dizer e não apenas o que queremos ouvir ou subtrair para a nossa prática profissional, e também incentivar a exposição de dúvidas e questionamentos. Nesse sentido, é preciso que o enfermeiro esteja plenamente presente na conversa com a família e favoreça um espaço de diálogo^{36,37}.

Assim, para o estabelecimento de vínculo e para o cuidado, tanto da criança quanto da mulher e família, é fundamental a escolha de uma abordagem que favoreça a participação ativa do indivíduo e da família. Isso posto, recomendamos a abordagem do Cuidado Centrado no Paciente e na Família (CCPF), por possibilitar

uma abordagem multiprofissional que pode ser usada nas unidades de cuidado ambulatoriais e hospitalares.

O Instituto de Cuidado Centrado na Família (ICCF) define essa abordagem de cuidado à saúde como um processo de planejamento, prestação e avaliação baseados em parceria, com benefícios mútuos entre os pacientes, famílias e provedores. Pode ser destinado a pacientes de todas as idades e praticado em qualquer unidade ou serviço de saúde, por todos os profissionais³⁸.

O CCPF promove o envolvimento dos usuários e da família por meio de aprendizagem continuada, relacionamento harmonioso, democrático e participativo, divisão das responsabilidades entre profissionais, usuários e família, ampliação da assistência em serviços de cuidado em saúde e maior probabilidade de diminuir a necessidade de hospitalizações e cuidados institucionais.

Cuidar de pessoas em sua trajetória de vida e da família é uma responsabilidade e um compromisso do enfermeiro e, para tanto, é necessário que haja vínculo e um ambiente de cuidado que favoreça o relacionamento entre enfermeiro-usuário-família, a fim de construir uma prática que os ajudem no enfrentamento de dificuldades, em especial em situação de doença ou condição crônica de saúde³⁹.

2. EXERCÍCIOS

1- A porta de entrada do usuário aos serviços de saúde é denominada:

- a) Sistema Único de Saúde (SUS);
- b) Atenção Primária à Saúde;
- c) Saúde da Família;
- d) Redes de Atenção à Saúde.

2- O objetivo das Redes de Atenção à Saúde é:

- a) Favorecer ações integradas e compartilhadas entre os diferentes serviços;
- b) Ampliar o acesso e garantir a universalidade;
- c) Estabelecer a porta de entrada dos serviços;
- d) Todas acima estão corretas.

3- Além da atenção ao primeiro contato, são eixos estruturantes da Atenção Primária à Saúde:

- a) Longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado;
- b) Heterogeneidade e integralidade;
- c) Rotatividade e coordenação do cuidado;
- d) Longitudinalidade, heterogeneidade e rotatividade.

4- Assinale V para as afirmativas verdadeiras e F para as falsas.

É efeito positivo do vínculo desenvolvido na APS:

- () As pessoas sentirem-se asseguradas do cuidado sempre que necessitarem.
- () A fragmentação do cuidado.
- () O atendimento contínuo no decorrer do tempo.
- () A maior adesão do usuário ao tratamento.
- () A maior quantidade de consulta sem a necessidade de melhorar qualidade.

5- O termo longitudinalidade no contexto de APS significa:

- a) Acompanhamento do usuário, pela equipe de saúde, por um curto período de tempo;
- b) Promoção de saúde e prevenção do adoecimento;
- c) Acompanhamento do usuário ao longo do tempo pela equipe de saúde;
- d) Acesso e acolhimento do usuário e sua família aos serviços de saúde.

6- Para a APS, o que significa vínculo?

3. ESTUDO DE CASO

A.M.F., 34 anos, casada com Joaquim, de 45 anos, com ensino fundamental incompleto, residente em Campo Grande/MS, mãe de 4 filhos vivos (Rafael com 14 anos, Rosângela com 12 anos, Rosana com 10 anos e Ricardo com 05 anos), comparece à Unidade de Saúde da Família para iniciar o pré-natal. Refere atraso menstrual há quatro meses e dificuldade de acesso aos serviços em decorrências das inúmeras demandas no domicílio em relação ao cuidado com a casa e com as crianças. Mudou-se para o território atendido pela USF há um mês e é a primeira vez que utiliza o serviço de saúde do bairro. Ansiosa, apresenta-se dizendo que não tem como frequentar a consulta sempre e que, diferente do que as pessoas diziam no bairro anterior onde morava, não tem tempo pelo tanto de coisa que precisa resolver em casa, e que “não é preguiçosa não”. Quer saber o que precisa obrigatoriamente

fazer, pois ouviu dizer que, depois que implantaram um serviço de “rede cegonha”, tem que ir em diferentes serviços. Destaca que na última gestação, há 5 anos, não tinha nada disso. A equipe de enfermagem acolhe A.M.F e realiza a consulta de enfermagem, levantando as questões apresentadas por ela, para ajudá-la. A cliente aproveita para dizer que Ricardo, seu filho caçula, está muito agitado e dando trabalho no CEINF. Ela não sabe como lidar com ele, porque ele é diferente dos outros filhos, e pergunta se há possibilidade de ele ser atendido na unidade. Relata que Joaquim a ajuda nos cuidados das crianças quando pode, pois ele trabalha muito e que sua família mora perto e que sempre recebe visita da sua mãe. Ao ler esse estudo de caso, analise a situação e reflita como fazer para ter sucesso nas ações e na adesão de AMF nas consultas de enfermagem. Quais informações e intervenções o enfermeiro deve proporcionar a ela e a família para o atendimento de suas demandas?

4. GABARITO COMENTADO

1- Alternativa B - A Atenção Primária à Saúde constitui a porta de entrada do usuário aos serviços de saúde.

2- Alternativa D - As Redes de Atenção à Saúde têm como objetivo favorecer ações integradas e compartilhadas entre os diferentes serviços, ampliar o acesso e garantir a universalidade e estabelecer a porta de entrada dos serviços.

3- Alternativa A - São eixos considerados estruturantes da Atenção Primária de Saúde além da atenção ao primeiro contato: a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado.

4- Respostas:

- a) As pessoas sentem-se asseguradas do cuidado sempre que necessitarem (V)
- b) A fragmentação do cuidado (F)
- c) O atendimento contínuo no decorrer do tempo (V)
- d) A maior adesão do usuário ao tratamento (V)
- e) Maior quantidade de consulta sem a necessidade de melhorar qualidade (F)

5- Alternativa C - O termo longitudinalidade para o contexto da APS significa o acompanhamento do usuário ao longo do tempo pela equipe de saúde.

6- O termo vínculo consiste na construção ao longo do tempo de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o profissional da saúde, com um potencial terapêutico.

ESTUDO DE CASO

Deve-se refletir como podemos alcançar o sucesso nas ações e para que haja a adesão da usuária no tratamento, considerando as diversas influências das dimensões interpessoais que envolvem o atendimento, como a comunicação eficaz e escuta acolhedora, o estabelecimento do vínculo, a tomada de decisão compartilhada, buscando a satisfação da usuária. O profissional de saúde deve abordar de maneira isenta de julgamentos, devendo encorajar a família a narrar suas dificuldades no cuidado, ouvindo-a atentamente. Neste contexto, exige que o enfermeiro prepare o ambiente e que favoreça um espaço de diálogo com a família.

5. REFERÊNCIAS

1. Sturmer G, Pinto MEB, De Oliveira MMC, Dahmer A, Stein AT, Plentz RDM. Profile of primary health care professionals linked to una-sus specialization program in family health in Rio Grande Do Sul. *Rev Conhecimento Online*. 2020;1:4–26.
2. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2018;42(116):11–24.
3. Ministério da Saúde (BR). 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) [Internet]. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 Brasil; 2017. Available from:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
4. Ministério da Saúde (BR). 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) [Internet]. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 Dec 30, 2010. Available from:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
5. Oliveira MA de C, Pereira IC. Primary health care essential attributes and the family health strategy. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2020 Sep 1];66 Spec(SPE):158–64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso&tlang=pt
6. Baratieri T, Teixeira Mandú EN, Silva Marcon SS. Nurses understanding about the bonding and longitudinality in family health care strategy. *Cienc y Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2020 Jul 21];18(2):11–22. Available from:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000200002&lng=es&nrm=iso&tlang=pt
7. Reichert AP da S, Rodrigues PF, Albuquerque TM, Collet N, Minayo MC de S. Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016 Aug 1 [cited 2020 Jul 21];21(8):2375–82. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802375&lng=pt&tlang=pt
8. Santos KH, Marques D, de Souza AC. Crianças e adolescentes com paralisia cerebral: Análise sobre longitudinalidade do cuidado. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2017 Jan 1 [cited 2020 Jul 21];26(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000530016>
9. Santos ROM dos, Romano VF, Montenegro. EE. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 21];28(2):280206. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312018280206>
10. Lígia Nara Martins Santos, Luz JI dos SP, Rodrigues IDCV, Araújo MS de SF, Silva GRF da, Luz MHBA. Relações interpessoais na Estratégia Saúde da Família: reflexo na qualidade dos cuidados de enfermagem. *Rev enferm UFPE line*. 2014;8(1):155–64.
11. Fernández Medina IM, Granero-Molina J, Fernández-Sola C, Hernández-Padilla JM, Camacho Ávila M, López Rodríguez M del M. Bonding in neonatal intensive care units:

Experiences of extremely preterm infants' mothers. Women and Birth. 2018 Aug 1;31(4):325–30.

12. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes [Internet]. Brasília; 2004 [cited 2020 Jul 14]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
13. Cassiano ACM, Carlucci EM de S, Gomes CF, Bennemann RM. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. Rev do Serviço Público [Internet]. 2014 [cited 2020 Sep 1];65(2). Available from: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499>
14. Martins MAC, Pederiva PLM. A criança em situação de risco e vulnerabilidade social: uma perspectiva de cuidado e educação da primeira infância. Rev Com Censo [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 17];6(2):49–59. Available from: <http://periodicos.se.df.gov.br/index.php/comcenso/article/view/391/407>
15. Macêdo VC de. Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde [Internet]. Recife: Ed. Universitária da UFPE; 2016 [cited 2020 Sep 2]. 43 p. Available from: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/9258/1/livro_saude_crianca.pdf
16. Assis LTM, Fernandes BM. Saúde da mulher: a enfermagem nos programas e políticas públicas nacionais no período de 1984 a 2009. Rev Min Enferm [Internet]. 2011 [cited 2020 Sep 2];15(3):356–64. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/45>
17. d'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM de, Gusman CR, Torres JA, et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. Cad Saude Publica [Internet]. 2014 Aug [cited 2019 Mar 5];30(suppl 1):S154–68. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300021&lng=pt&tlang=pt
18. Araújo JP, Silva RMM da, Collet N, Neves ET, Toso BRG de O, Viera CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. Rev Bras Enferm [Internet]. 2014 [cited 2020 Sep 2];67(6):1000–7. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf>
19. Ministério da Saúde (BR). Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história / [Internet]. Brasília; 2011 [cited 2020 Sep 2]. Available from: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/70ahsaudecrianca.pdf>
20. Ministério da Saúde (BR). Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica : cuidado compartilhado [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [cited 2020 Sep 2]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_orientacoes_metodo_canguru.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_orientacoes_metodo_canguru.pdf)
21. Ministério da Saúde (BR), Saúde OM da SOP-A da. AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução (módulo 1). 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 32 p.
22. Leal M do C, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Cien Saude Colet [Internet]. 2018 Jun 1 [cited 2020 Sep 2];23(6):1915–28. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601915&lng=pt&tlang=pt

23. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011 institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha [Internet]. Portaria, 1.459 2011. Available from: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Portaria-GM-MS-nº1.459-do-dia-24-de-junho-de-2011.pdf>
24. Barbosa MIS, Bosi MLM. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2020 Sep 11];27(4):1003–22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000401003&lng=pt&tlang=pt
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. O papel da Atenção Básica no pré-natal, parto e puerpério. In: Encontro Estadual para fortalecimento da Atenção Básica Bahia. Bahia; 2018.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Ministério da Saúde, editor. Brasília; 2013. 318 p.
27. Da Silva LA, Alves VH, Rodrigues DP, Dos Santos MV, Guerra JVV, Marchiori GRS. O cuidado no pré-natal: um valor em questão. *Cogitare Enferm*. 2017;22(2).
28. Martinelli KG, Santos Neto ET dos, da Gama SGN, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do programa de humanização do pré-natal e nascimento e rede cegonha. *Rev Bras Ginecol e Obstet*. 2014;36(2):56–64.
29. Carvalho RA da S, Santos VS, Melo CM de, Gurgel RQ, Oliveira CC da C. Avaliação da adequação do cuidado pré-natal segundo a renda familiar em Aracaju, 2011. *Epidemiol e Serv saude Rev do Sist Unico Saude do Bras*. 2016;25(2):271–80.
30. Tsuneyoshi MA, Lima M de OP, Bonadio IC, Dias Corrêa M, da Silva AVA, Donato SCT. Prenatal care assessment according to the prenatal and birth humanization program. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2018;18(4):771–80.
31. Penha SDC, Rebouças NP, Meireles AVP, Carioca AAF, Pinto MS, Carvalho NS de. Fatores de risco maternos associados à prematuridade em uma maternidade-escola. *SANARE - Rev Políticas Públicas* [Internet]. 2019 Dec 27 [cited 2020 Sep 11];18(2):43–51. Available from: <https://orcid.org/0000-0003>
32. Gonzaga ICA, Santos SLD, Silva ARV da, Campelo V. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2020 Sep 11];21(6):1965–74. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601965&lng=pt&tlang=pt
33. Baptista RS, Dutra MOM, Coura AS, Stélio de Sousa F. Assistência pré-natal: ações essenciais desenvolvidas pelos enfermeiros. *Enfermería Glob*. 2015;(40):112–27.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança : orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. 180 p.
35. Reichert AP da S, Rodrigues PF, Cruz TMAV, Dias TKC, Tacla MTGM, Collet N. Percepção De Mães Sobre O Vínculo Com Enfermeiros Na Consulta À Criança. *Rev enferm UFPE line*. 2017;11(2):483–90.
36. Marchetti MA, Mandetta MA. Criança e Adolescente com Deficiência: Programa de

Intervenção de Enfermagem com Família. Goiânia (GO): AB Editora; 2016. 120 p.

37. Cruz AC, Angelo M. Bom relacionamento com famílias no contexto neonatal e pediátrico: definição na perspectiva de enfermeiros. Rev da Soc Bras Enfermeiros Pediatras [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 1];18(2):69–77. Available from: <https://sobep.org.br/revista/component/zine/article/253-bom-relacionamento-com-familias-no-contexto-neonatal-e-pediatrico-defi-nio-na-perspectiva-de-enfermeiros.html>
38. Johnson B, Abraham M, Conway J, Simmons L, Edgman-Levitan S, Sodomka P, et al. Partnering with Patients and Families to design a Patient-and Family-Centered health Care system recommendations and Promising Practices With support from the California HealthCare Foundation [Internet]. 2008 [cited 2020 Sep 6]. Available from: www.ipfcc.orgwww.ihi.org
39. Pinto JP, Ribeiro CA, Pettengill MM, Balieiro MMFG. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 Jan [cited 2020 Sep 6];63(1):132–5. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7167201000100022&lng=en&nrm=iso&tlang=pt

CAPÍTULO 08

SAÚDE DO ADOLESCENTE: EM BUSCA DA SINGULARIDADE DO CUIDADO

Jaqueleine Silva Santos

Enfermeira. Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (EERP/USP). Especialista em Políticas e Gestão da Saúde na Superintendência Regional de Saúde de Passos, Passos, Minas Gerais, Brasil.

William Messias Silva Santos

Discente do curso de medicina da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) – Campus JK, Diamantina, Minas Gerais, Brasil.

Gabryelle Andrade Brito Costa

Enfermeira. Funcionária da Secretaria Municipal de Saúde de Piumhi, Minas Gerais, Brasil.

Gilmar Antonio Batista Machado

Enfermeiro. Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (EERP/USP), Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Especialista em Políticas e Gestão da Saúde na Superintendência Regional de Saúde de Passos, Passos, Minas Gerais, Brasil.

Raquel Dully Andrade

Enfermeira. Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (EERP/USP). Docente na Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) – Campus Passos, Minas Gerais, Brasil.

ESQUEMA SINTÉTICO DO CAPÍTULO

1. INTRODUÇÃO

2. OBJETIVOS

3. O CUIDADO À SAÚDE DO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

3.1 A ATENÇÃO AO ADOLESCENTE PELAS EQUIPES DE APS

3.2 ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE

4. ATIVIDADES SOBRE A TEMÁTICA ABORDADA (APRESENTADAS EM FORMA DE PERGUNTAS FECHADAS)

5. DISCUSSÃO PRÁTICA DA TEMÁTICA

5.1 ESTUDO DE CASO A

5.2 ATIVIDADES

5.3 ESTUDO DE CASO B

5.4 ATIVIDADES

6. GABARITO COMENTADO

7. REFERÊNCIAS

1. INTRODUÇÃO

A adolescência emerge como uma fase importante do desenvolvimento humano¹, sendo um período de oportunidades para promoção da saúde e formação de sujeitos críticos². Na adolescência os processos de desenvolvimento são complexos, envolvendo transformações físicas, psicológicas e sociais². Diante dessas acepções, a adolescência não deve ser pensada como algo uniforme, mas sim como um processo dinâmico e singular.

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) aparece como um marco, com o reconhecimento do adolescente como um sujeito de direitos, que apresenta necessidade de proteção integral³. No elenco de direitos que devem ser assegurados com absoluta prioridade aos adolescentes, encontra-se o direito à saúde³.

O entendimento sobre saúde do adolescente remete ao reconhecimento de uma diversidade de aspectos imbricados no processo de adolescer, como a garantia de direitos, a convivência com familiares e amigos, a inserção no cenário escolar e os projetos futuros, por exemplo⁴. Nesse sentido, na Atenção Primária à Saúde (APS), as equipes de saúde devem buscar estratégias de cuidado que consideram as singularidades do adolescente^{1,5}.

2. OBJETIVOS

Este capítulo, que trata da saúde do adolescente no âmbito da APS, tem os seguintes objetivos:

- a) Identificar aspectos concernentes ao cuidado à saúde do adolescente na APS, buscando subsídios para a atenção integral a esse seguimento;
- b) Refletir sobre possibilidades de atuação prática da equipe de APS diante de demandas de cuidado envolvendo à saúde do adolescente.

3. O CUIDADO À SAÚDE DO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O cuidado à saúde do adolescente na APS é uma temática que necessita de constantes discussões e reflexões. Assim, este tópico encontra-se estruturado em dois temas centrais, sendo: A atenção ao adolescente pelas equipes de APS e Estratégias de promoção da saúde do adolescente.

3.1 A ATENÇÃO AO ADOLESCENTE PELAS EQUIPES DE APS

Na APS, as equipes devem pensar em diferentes formas de acesso, reconhecendo as potencialidades do território e de cuidado aos adolescentes. Aqui,

o entendimento é que o cuidado integral aos adolescentes pode ser traduzido em ações voltadas à saúde (promoção, proteção e recuperação), com o intuito de contribuições para a qualidade de vida, melhoria na vigilância de fatores de vulnerabilidade e redução de doenças e agravos⁶.

A atenção ao adolescente deve ser permeada pela unicidade do cuidado e responsabilidade social⁷. Nos serviços de saúde, as ações propostas devem ter caráter proativo, com reconhecimento das potencialidades dos adolescentes, consideração das necessidades multidimensionais e desenvolvimento da autoconfiança². A proximidade e a vinculação com os sujeitos e comunidade, que caracterizam a prática clínica na APS, apresentam potencialidades para a atuação dos profissionais de acordo com cenários e necessidades encontradas⁴.

O cuidado está atrelado ao desenvolvimento do adolescente, sendo premente a ampliação do acesso aos serviços de APS, a atenção de qualidade e o estímulo ao protagonismo social⁶. Nesse sentido, o documento “Proteger e Cuidar da Saúde de Adolescentes na Atenção Básica” emerge como um instrumento para apoiar a educação permanente, buscando a ampliação do olhar sobre aspectos relacionados ao cuidado do adolescente⁶. Esse documento encontra-se estruturado em três partes centrais, abordando: cuidado e proteção, hábitos saudáveis, cuidado à saúde de adolescentes⁶.

O atendimento ao adolescente não deve ser restrito a aspectos biológicos. Assim, nos serviços de APS, a utilização do modelo clássico de anamnese clínica em que aspectos ampliados da saúde não são considerados; aparece como inadequada⁶. No atendimento de adolescentes, destaca-se a importância da abordagem do contexto vivenciado, que envolve aspectos relacionados à vida social e à situação psicoemocional, por exemplo⁶. Entende-se, portanto, a necessidade de ações da APS voltadas para a vigilância de fatores de vulnerabilidade e proteção à saúde do adolescente, buscando contribuições à qualidade de vida na adolescência⁸.

Para o atendimento à saúde de adolescentes, é preconizada a criação de um vínculo de confiança envolvendo equipe de Saúde da Família (eSF), adolescente e família⁶. Na abordagem ao adolescente, é necessário acolhimento, escuta ativa e atitude compreensiva, com respeito, imparcialidade e sensibilidade do profissional de saúde⁶.

Uma situação complexa relatada pelas equipes de APS, em especial pelas eSF, refere-se ao atendimento do adolescente desacompanhado dos pais. Em 2017, foi publicada a Nota Técnica nº 04, da Coordenação-Geral de Saúde do Adolescente e do Jovem, que teceu considerações sobre o atendimento do adolescente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) desacompanhados dos pais ou responsáveis, tratando do direito do adolescente e das situações em que essa presença é necessária⁹. O documento “Proteger e Cuidar da Saúde de Adolescentes na Atenção Básica”, aborda questões referentes ao consentimento livre e esclarecido e ao consentimento nas urgências⁶.

Assim, é necessário reforçar que, de acordo com Brasil (2017, p. 219)⁶: “Se o adolescente procurar a Unidade Básica de Saúde sem o acompanhamento dos pais, ele tem o direito de ser atendido sozinho. No entanto, a equipe poderá negociar com ele a presença dos pais ou responsáveis se for o caso.”

Outro aspecto importante evidenciado é que, em algumas realidades de serviços de APS, ações destinadas à saúde do adolescente ainda podem ser limitadas¹⁰. Além disso, os adolescentes podem perceber despreparo dos profissionais de saúde, o que fragiliza o vínculo e a adesão às ações¹⁰. Algumas limitações, como o cuidado ao adolescente não abordado em educação permanente em saúde, também podem ser percebidas no cenário da APS¹⁰.

Nesse sentido, o despreparo dos profissionais de saúde da APS para lidar com as necessidades de cuidado do adolescente¹⁰ aparece como uma fragilidade. Assim, para o cuidado ao adolescente, destaca-se a importância de investimentos nos processos de formação e educação permanente desses profissionais¹⁰.

No cuidado ao adolescente, a ingestão de alimentos não saudáveis¹¹, a insatisfação com a imagem corporal¹², entre outros, devem ser identificados de forma precoce pelas eSF, buscando a construção de estratégias de enfrentamento, com o envolvimento e protagonismo do adolescente nesse processo. Os espaços em que o adolescente tem a oportunidade de compartilhar experiências e vivências⁴ devem ser construídos pela eSF.

Na adolescência ocorre a consolidação de hábitos alimentares¹¹. Por conseguinte, as vulnerabilidades nutricionais¹¹ devem ser consideradas pelos profissionais de saúde da APS. A criação de estratégias intersetoriais, a utilização do processo dialógico, bem como a formação de parcerias podem ser algumas estratégias utilizadas pelas equipes.

A autoimagem corporal pode ser motivo de insatisfação na adolescência, o que aponta a necessidade dessa temática ser abordada pelos profissionais de saúde buscando ações para proteção à saúde nessa fase da vida¹². Estudo apontou que a insatisfação com a imagem corporal pode estar atrelada ao peso, sendo encontrada maior prevalência de insatisfação devido ao excesso de peso nas adolescentes e déficit de peso nos adolescentes¹².

Especial atenção também deve ser dada aos casos de violência autoinfligida. Os atos de automutilação e o comportamento suicida correspondem à violência autoinfligida⁶. Como conduta geral, é mencionada a abordagem sobre pensamentos suicidas, que pode ocorrer independentemente de o adolescente parecer ou apresentar sintomas depressivos⁶. Na avaliação do grau de risco para suicídio devem ser utilizados indicadores individuais, familiares e sociais⁶. Se houver necessidade, a conduta é a realização de interconsulta ou atenção conjunta aos profissionais da Saúde Mental atuantes na APS, e/ou referência à serviço de especialidade em saúde mental⁶.

Outro ponto a ser discutido refere-se à orientação sexual. Sabe-se que a adolescência se apresenta como uma fase permeada por ambivalências¹³, indagações e possibilidade de autoconhecimento. As demandas concernentes às dúvidas sobre a orientação sexual precisam ser detectadas precocemente pelo profissional de saúde, pois podem ser um fator de vulnerabilidade traduzido pelo adolescente em isolamento, vergonha e autocupabilização¹³.

As ações da APS devem ser estruturadas considerando a qualidade de vida dos adolescentes. O reconhecimento da influência sociodemográfica na percepção do adolescente sobre a qualidade de vida relacionada à saúde foi observado em um estudo¹. A temática da qualidade de vida dos adolescentes deve ser refletida e discutida pelos profissionais que atuam na APS, em especial nas eSF⁸.

Acredita-se que na atenção à saúde do adolescente, os modos de organização dos serviços devem ser repensados. As concepções enrijecidas, que remetem à adolescência como sinônimo de fase difícil, precisam ser revistas, assim como as posturas descontextualizadas e impositivas evitadas no cuidado ao adolescente⁴. Para o cuidado centrado no sujeito², torna-se necessária a construção de espaços dialógicos que possibilitam o reconhecimento das necessidades de saúde dos adolescentes. A escuta ativa e sensível às necessidades dos

adolescentes também aparece como estratégia importante e necessária para a atenção integral.

Os serviços de saúde devem estar articulados para um cuidado atento e integral ao adolescente⁵, superando a invisibilidade do adolescente nas ações de saúde, no sentido de construção de serviços acolhedores e resolutivos¹⁰. Assim, os processos de trabalho devem ser permeados pelo reconhecimento das necessidades multidimensionais dos adolescentes, considerando aspectos éticos, relacionais e técnicos do cuidado¹⁰.

3.2 ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE

Na produção do cuidado na APS, destaca-se a importância da realização de ações adequadas e coerentes ao público adolescente, o que exige criatividade, construção de processos dialógicos e consideração sobre os modos de viver desse segmento¹⁰. Nesse cenário, as ações de promoção da saúde configuram-se como fundamentais na adolescência, todavia, ainda representam um desafio⁴.

Considerando as singularidades envolvidas no processo de adolescer, as ações de promoção da saúde devem ser propostas no sentido de reconhecer o adolescente como um sujeito de direitos e buscar melhores condições de vida e saúde a esse segmento. Entre as possibilidades, as equipes de APS devem entender a dinâmica e os espaços presentes no território, direcionando o olhar para o cuidado territorial¹⁰. A construção de estratégias que buscam um cuidado holístico promotor da saúde e que reconheçam os adolescentes e jovens como potenciais agentes de mudanças, no âmbito individual e coletivo² devem ser propostas pelas equipes de APS.

A escola é compreendida como um espaço de convívio social que pode oportunizar ações de educação em saúde¹¹. A educação em saúde pode ser uma ação desejada pelos adolescentes⁷. Aqui, é importante o entendimento das potencialidades das metodologias ativas de ensino aprendizagem, que buscam o diálogo horizontalizado.

Os adolescentes podem ter percepções positivas do ambiente escolar imbricadas com a possibilidade de convivência e de relacionamentos, apresentando-se como um espaço de pertencimento⁷. Algumas limitações encontradas nas ações de saúde no ambiente escolar, por exemplo, podem estar associadas ao caráter higienista e assistencialista⁷ em detrimento a práticas que consideram a singularidade e buscam o empoderamento dos adolescentes.

Estudo realizado com alunos adolescentes encontrou percepções atreladas ao reconhecimento de fatores imbricados na saúde no ambiente escolar, como as relações harmônicas⁷. Estratégias lúdicas para a abordagem de temáticas complexas relacionadas ao cuidado do adolescente podem ser utilizadas. As contribuições do Teatro do Oprimido para a diminuição, entre adolescentes escolares, de vitimização por *bullying* foram evidenciadas em um estudo quase-experimental¹⁴.

O espaço escolar pode configurar-se como uma oportunidade de desenvolvimento de ações promotoras da saúde que favoreçam o empoderamento, com potencial para transformação da realidade¹⁴, assim torna-se necessária a estruturação de ações promotoras de saúde escolar que consideram o contexto sociocultural, a escuta e o protagonismo do adolescente⁷.

Aqui, deve-se reforçar o entendimento de que, nos processos educativos com adolescentes, é importante a problematização da temática abordada, com a criação de espaços destinados aos debates e reflexões¹⁵. Destarte, as intervenções educativas, com foco no cuidado à saúde do adolescente, que agregam saberes e práticas, podem ser utilizadas como formas de promoção da saúde¹⁵.

No cuidar do adolescente, deve-se considerar os determinantes sociais envolvidos no processo saúde/doença e ampliar o olhar para a construção de ações intersetoriais⁴. O desenvolvimento pessoal e a construção e/ou realinhamento de projetos de vida devem ser valorizados¹⁵.

Ações intersetoriais de promoção da saúde podem ser direcionadas para o estímulo à atividade física, alimentação adequada e saudável¹¹, construção da cultura da paz e autoestima, por exemplo. O importante é que essas ações sejam planejadas para abranger os principais determinantes do processo saúde/doença do adolescente, visando seu desenvolvimento saudável¹⁶.

Pensar em saúde do adolescente remete a novas formas de produção da saúde⁶. As ações da APS devem estar pautadas na integralidade, no respeito à diversidade e na inclusão, buscando melhorias nas condições sanitárias e atenção às necessidades biopsicossociais⁶ e espirituais dos adolescentes, buscando promoção da saúde e qualidade de vida na adolescência.

4. ATIVIDADES SOBRE A TEMÁTICA ABORDADA

1) Assinale com V (verdadeiro) ou F (falso) as afirmações abaixo:

() As metodologias ativas de ensino aprendizagem têm grande potencialidade na educação em saúde, posto que elas buscam o diálogo verticalizado.

() Nos serviços de saúde, as ações propostas devem ter caráter passivo, levando em consideração as necessidades multidimensionais e desenvolvimento da autoconfiança dos adolescentes.

() Na educação em saúde, é necessário reconhecer que os adolescentes e os jovens têm potencial para serem agentes de mudanças, tanto no âmbito individual quanto no coletivo.

() Os profissionais de saúde precisam ser criativos e valorizar as suas crenças durante os diálogos com os adolescentes.

A sequência correta de preenchimentos dos parênteses de cima para baixo é:

- a) FVFF
- b) VFVF
- c) FFVF
- d) VVVF

2) Assinale a alternativa correta

a) As ações da APS devem estar pautadas na igualdade, tratando assim os adolescentes de forma semelhante e buscando a homogeneidade desse público.

b) Na APS, as equipes devem pensar em uma forma de acesso que possibilite, principalmente, a maior comodidade ao profissional de saúde.

c) As ações da APS devem estar pautadas na integralidade, no respeito à diversidade e na inclusão, buscando melhorias nas condições sanitárias e atenção às necessidades biopsicossociais dos adolescentes.

d) Na APS, as equipes devem pensar em uma forma de acesso que agrade, principalmente, os pais e responsáveis dos adolescentes.

3) Assinale com V (verdadeiro) ou F (falso) as afirmações abaixo:

() A educação em saúde proposta pela eSF sempre é uma ação desejada pelos adolescentes.

() Nos processos educativos com adolescentes, é importante a problematização da temática abordada, com a criação de espaços destinados aos debates e reflexões.

() Estratégias lúdicas para a abordagem de temáticas complexas relacionadas ao cuidado do adolescente tendem a serem vistas como infantilizadas.

() É importante a realização de ações adequadas e coerentes ao público adolescente, exigindo, assim, uma linguagem mais técnica.

A sequência correta de preenchimentos dos parênteses de cima para baixo é:

- a) FVFF
- b) VFVF
- c) FFVF
- d) VVVF

4) Assinale a alternativa correta:

- a) Deve-se abordar com os adolescentes que saúde é a ausência de doença física.
- b) Deve-se abordar com os adolescentes que saúde deve ser vista dentro do modelo biomédico.
- c) Deve-se abordar com os adolescentes que saúde é a ausência de doença física e mental.
- d) Deve-se abordar com os adolescentes que saúde deve ser vista dentro do modelo biopsicossocioespiritual.

5) Assinale a alternativa incorreta:

- a) As ações de saúde devem considerar a singularidade dos adolescentes.
- b) As ações de saúde devem ser associadas ao caráter higienista e assistencialista.
- c) As ações de saúde devem buscar o empoderamento dos adolescentes.
- d) As ações de saúde devem possibilitar a troca de saberes.

6) Assinale a alternativa incorreta:

- a) A abordagem sobre pensamentos suicidas pode ocorrer independentemente de o adolescente parecer ou apresentar sintomas depressivos.
- b) Para uma melhor avaliação, deve-se sempre encaminhar o adolescente ao serviço de especialidade em saúde mental.
- c) Na avaliação do grau de risco para suicídio devem ser utilizados indicadores individuais, familiares e sociais.

d) Se houver necessidade, ainterconsulta ou atenção conjunta aos profissionais da Saúde Mental atuantes na APS é uma conduta possível nos casos de violência autoinfligida pelo adolescente.

7) Assinale a alternativa correta:

I- As eSF devem construir espaços nos quais os adolescentes tenham a oportunidade de compartilhar experiências e vivências.

II- A ingestão de alimentos não saudáveis e a insatisfação com a imagem corporal devem ser identificados de forma precoce pelas eSF.

III- A proximidade e a vinculação com os sujeitos e a comunidade apresentam potencialidades para a atuação dos profissionais de saúde de acordo com cenários e necessidades encontradas.

IV- As ações da APS devem ser estruturadas buscando a qualidade de vida dos adolescentes.

a) Estão corretas apenas as assertivas III e IV.

b) Estão corretas apenas as assertivas II e III.

c) Estão corretas apenas as assertivas I, II e IV.

d) Estão corretas as assertivas I, II, III e IV.

8) Assinale a alternativa incorreta:

a) O cuidado integral aos adolescentes pode ser traduzido em ações voltadas à saúde com o intuito de contribuir para a redução de doenças e agravos.

b) O cuidado integral aos adolescentes pode ser traduzido em ações voltadas à saúde com o intuito de contribuir para a melhoria na vigilância de fatores de vulnerabilidade.

c) O cuidado integral aos adolescentes pode ser traduzido em ações voltadas à saúde com o intuito de contribuir para a limitação do protagonismo desse.

d) O cuidado integral aos adolescentes pode ser traduzido em ações voltadas à saúde com o intuito de contribuir para a qualidade de vida.

9) Assinale com V (verdadeiro) ou F (falso) as afirmações abaixo:

() As ações promotoras de saúde escolar devem ser estruturadas levando em consideração o contexto sociocultural do adolescente.

() No cuidar do adolescente, deve-se considerar os determinantes sociais envolvidos no processo saúde/doença e ampliar o olhar para a construção de ações intersetoriais.

() As ações de promoção da saúde devem ser propostas no sentido de reconhecer o adolescente como um sujeito impertinente e buscar melhores condições de vida e saúde.

() As ações promotoras de saúde escolar devem ser estruturadas levando em consideração o protagonismo do adolescente.

A sequência correta de preenchimentos dos parênteses de cima para baixo é:

- a) FVFF
- b) VFVF
- c) FFVF
- d) VVVF

10) Assinale a alternativa correta:

I- A escola é compreendida como um espaço de convívio social que pode oportunizar ações de educação em saúde.

II- Os adolescentes podem ter percepções positivas do ambiente escolar imbricadas com a possibilidade de convivência e de relacionamentos, apresentando-se como um espaço de pertencimento.

III- É necessário haver ações intersetoriais de promoção da saúde as quais podem ser direcionadas para o estímulo à atividade física, alimentação adequada e saudável.

IV- O espaço escolar pode configurar-se como uma oportunidade de desenvolvimento de ações promotoras da saúde que favoreçam o empoderamento, com potencial para transformação da realidade.

- a) Estão corretas apenas as assertivas I e IV.
- b) Estão corretas apenas as assertivas II e III.
- c) Estão corretas apenas as assertivas I, II e IV.
- d) Estão corretas as assertivas I, II, III e IV

5. DISCUSSÃO PRÁTICA DA TEMÁTICA

5.1 ESTUDO DE CASO A

Daniel, 15 anos, foi levado à unidade de saúde acompanhado pela mãe Patrícia, que estava muito preocupada. Segundo ela, há alguns meses, o filho

apresenta tristeza, cansaço, alterações constantes de humor, diminuição de apetite e perda de peso. A recepcionista Roberta disse que hoje a unidade estava um pouco mais movimentada, e que esse tipo de situação precisaria ser por meio de uma consulta agendada, mas que se pudessem esperar, eles falariam com a enfermeira. Depois de algum tempo, a enfermeira Mariana os chamou. Dentro da sala, Patrícia repetiu sua fala na recepção e acrescentou que o filho não conversa em casa, permanecendo boa parte do tempo isolado em seu quarto. A mãe referiu que há um mês, foi chamada à escola, pois Daniel havia revidado fisicamente quando outros garotos o chamaram de homossexual. De acordo com a mãe, o filho falou para ela apenas que sofre agressões verbais frequentes, mas não quis continuar a conversa. Patrícia relata que solicitou à escola providências relacionadas ao *bullying* sofrido pelo filho, e reforça para Mariana que Daniel nunca seria um homossexual, pois o pai é extremamente machista e essa condição seria inaceitável em sua casa. Desde o episódio, a mãe conta que o filho sai todos os dias para ir à escola, mas que a diretora entrou em contato novamente com ela para relatar que o adolescente tem faltado às aulas há quase um mês. Mais uma vez, Patrícia questiona o filho sobre o comportamento, porém ele permanece em silêncio. Após o relato, ela solicita ajuda à Mariana e à equipe para conversarem com seu filho e intervirem de alguma forma.

5.2 ATIVIDADES

11. Quais demandas de cuidado podem ser identificadas neste caso?
12. Como essas demandas podem ser abordadas pela equipe de APS?

5.3 ESTUDO DE CASO B

Regina tem 16 anos, mora com a mãe e um irmão de 3 anos, e estuda em rede pública de ensino próxima a sua casa no período matutino. No final da tarde busca seu irmão de três anos em uma creche de período integral, e cuida dele até chegada de sua mãe, que trabalha o dia todo. Regina procurou o serviço de saúde no período matutino desacompanhada da mãe, solicitando consulta médica. Relata que há alguns dias apresenta sintomas de sede excessiva, náusea, vômito, fome frequente, vontade de urinar várias vezes ao dia e cansaço. Depois de passar pela recepção e pelo acolhimento, foi encaminhada para avaliação médica. Durante o atendimento, além dos sintomas descritos, Regina disse que se sente muito triste, pois é perseguida constantemente pelos colegas de escola com várias agressões verbais, pelo fato de estar acima do peso. Além disso, ela relata que se acha feia e

sem vontade de se olhar no espelho, e que enxerga na comida uma saída para sua tristeza. A mãe trabalha o dia todo, e deixa comida pronta para os filhos, mas Regina afirma sentir prazer em comer doces, frituras, massas, bebidas e alimentos industrializados. A adolescente diz que comentou com a mãe como se sentia, e ela a orientou a procurar a unidade de saúde, pois como trabalha o dia todo não poderia acompanhá-la.

5.4 ATIVIDADES

13. Quais demandas de cuidados podem ser identificadas neste caso?

14. Como essas demandas podem ser abordadas pela equipe de APS?

6. GABARITO COMENTADO

Atividade 1

Resposta: C

Comentário: Nos serviços de saúde, as ações propostas devem ter caráter ativo levando em consideração as necessidades multidimensionais e desenvolvimento da autoconfiança dos adolescentes. Destarte, os profissionais de saúde precisam ser criativos e considerar os modos de viver, pensar, se relacionar e se socializar dos adolescentes. Assim sendo, as metodologias ativas de ensino aprendizagem têm grande potencialidade na educação em saúde dos adolescentes, posto que elas buscam o diálogo horizontalizado.

Atividade 2

Resposta: C

Comentário: Na APS, as equipes devem pensar em diferentes formas de acesso, reconhecendo as potencialidades do território e de cuidado aos adolescentes. Assim, indubitavelmente, as ações da APS devem estar pautadas na integralidade, no respeito à diversidade, no acolhimento e na inclusão, buscando melhorias nas condições sanitárias e atenção às necessidades biopsicossociais dos adolescentes.

Atividade 3

Resposta: A

Comentário: Nos processos educativos com adolescentes, é importante a problematização da temática abordada, com a criação de espaços destinados aos

debates e reflexões. As estratégias lúdicas para a abordagem de temáticas complexas relacionadas ao cuidado do adolescente é uma boa opção. Ao realizar ações para o público adolescente, além de pensar na coerência e adequações necessárias a essa clientela, deve-se frisar a importância de comunicar-se de forma acolhedora e respeitosa, sempre que possível agregando talentos disponíveis na equipe de saúde e entre os próprios adolescentes, na busca de construir atividades atrativas e interessantes aos olhos dos adolescentes. Ressalta-se que a educação em saúde proposta pela eSF nem sempre será uma ação desejada pelos adolescentes, mas à medida que o vínculo vai sendo consolidado entre esses e a equipe, a receptividade desse grupo tende a aumentar progressivamente, assim como as habilidades da equipe para lidar com os mesmos.

Atividade 4

Resposta: D

Comentário: O modelo biomédico tornou-se ultrapassado uma vez que a saúde é compreendida não apenas como ausência de doença, mas em uma visão ampliada que reconhece as singularidades e os diferentes determinantes sociais envolvidos no processo saúde/doença. Nesse sentido, as atividades voltadas aos adolescentes nos serviços de APS devem contemplar ações de promoção de saúde e qualidade de vida que sejam alinhadas às reais e atuais necessidades, demandas e características desse público, além da prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento quando necessário.

Atividade 5

Resposta: B

Comentário: As ações de saúde que são associadas ao caráter higienista e assistencialista vão de encontro ao conceito de saúde ampliado. Torna-se muito importante um olhar atento, acolhedor e observador por parte da equipe de saúde sobre aspectos emocionais, familiares, sociais e espirituais relacionados aos adolescentes, tendo em vista que sinais de risco nem sempre estarão evidentes. A comunicação interdisciplinar, além da interação da equipe de saúde com a escola, os colegas e a família podem trazer subsídios importantes nessa atuação de vigilância em saúde e avaliação/acompanhamento de casos vulneráveis.

Atividade 6**Resposta: B**

Comentário: Pelo fato de o adolescente vivenciar situações pelas quais ele ainda pode não estar preparado para lidar da melhor maneira possível, em todas as consultas deve-se abordar a saúde mental, questioná-lo sobre a presença de pensamentos suicidas, independentemente se ele parecer ou apresentar sintomas depressivos. Na avaliação do grau de risco para suicídio, indicadores individuais, familiares e sociais devem ser utilizados. Caso o profissional de saúde que está atendendo o adolescente julgue necessário a avaliação de um especialista, ele pode solicitar uma interconsulta ou atenção conjunta aos profissionais da Saúde Mental atuantes na APS e/ou encaminhar o adolescente a um serviço de especialidade em saúde mental.

Atividade 7**Resposta: D**

Comentário: Existem vulnerabilidades próprias da adolescência e outras se manifestam com perfis diferentes de acordo com o meio social, familiar, escolar e religioso. Assim, os profissionais de saúde devem estar atentos tanto a umas quanto às outras. A proximidade e interlocução fluida e continuada da equipe da APS com as escolas, igrejas e famílias da área de abrangência da unidade de saúde são muito relevantes para fornecer subsídios que contribuam na vigilância, avaliação, planejamento e desenvolvimento de ações em saúde do adolescente.

Atividade 8**Resposta: C**

Comentário: O cuidado integral aos adolescentes pode ser traduzido em ações voltadas à saúde (promoção, proteção e recuperação), não visam a coartação do protagonismo dos adolescentes, mas sim o seu empoderamento consciente, livre e saudável, o que abre a possibilidade do desenvolvimento criativo de várias práticas, tanto individuais quanto coletivas, numa perspectiva interdisciplinar e intersetorial, considerando também os recursos comunitários disponíveis. Nesse contexto, o planejamento e desenvolvimento de ações individuais e/ou coletivas pelos profissionais de saúde voltadas ao adolescente devem contemplar o estímulo ao desenvolvimento de seu saudável e pleno potencial, o que pode abranger uma

variedade de temas e estilo de atividades, envolvendo várias categorias profissionais e setores da rede de atenção municipal, que podem se tornar atrativas para esse público e favorecer a aproximação e vínculo do adolescente com o serviço de saúde. O estabelecimento de parcerias é muito bem vindo aqui.

Atividade 9

Resposta: D

Comentário: O pré-julgamento de que todo adolescente é impertinente ocasiona empecilhos na relação profissional de saúde-adolescente. Destarte, as ações de promoção da saúde devem ser propostas no sentido de reconhecer o adolescente como um sujeito de direitos e buscar melhores condições de vida e saúde, acolhendo-o e o respeitando em sua fase do ciclo vital vivenciado. Inclusive o ECA garante o direito de o adolescente ser atendido sem a presença dos pais ou responsáveis, e de ter o direito ao sigilo profissional respeitado, desde que isso não implique em risco de vida para o mesmo.

Atividade 10

Resposta: D

Comentário: A escola é um local privilegiado para oferecer aos adolescentes oportunidades de visão ampliada de mundo que favoreçam seu pleno desenvolvimento, bem como para estimular práticas que constituem um estilo de vida saudável e seguro, além da promoção de acolhimento, afeto, pertencimento e integração social e comunitária. Nesse contexto, é primordial o trabalho articulado da escola com a equipe de saúde local, além da possibilidade da inclusão de outros pontos da comunidade, construindo uma atenção em rede para o adolescente dentro da comunidade.

Atividade 11

Resposta: As demandas identificadas neste primeiro momento referem-se àquelas trazidas pela mãe, como as alterações físicas e psicológicas, por exemplo, os sintomas de tristeza, cansaço, alterações de humor, diminuição do apetite e perda de peso. Essas queixas precisam ser valorizadas pela equipe e também haver um aprofundamento das questões ligadas ao sofrimento mental do adolescente, com foco na sexualidade, passando pelas inúmeras alterações do corpo e pelas relações

sociais, nas quais a pressão por determinados padrões tem papel central¹⁷. No ambiente familiar, as demandas referem-se ao relacionamento entre pais e filho, que tem sido permeado por uma conjuntura de isolamento e ausência de diálogo. Já no ambiente escolar, questões relacionadas à saúde sexual e à violência são situações que surgiram no discurso da mãe e devem ser levadas em consideração para atuação da equipe.

Atividade 12

Resposta: A importância de criação e/ou fortalecimento de vínculo profissional com a família e, em especial, com Daniel, é essencial para o sucesso da construção terapêutica do caso. Quando há um profissional de referência, este caminho pode ser facilitado. Para tanto, a equipe pode utilizar de estratégias como a construção do genograma, do ecomapa e/ou do Projeto Terapêutico Singular. Pode e deve, caso haja a percepção de necessidade, fazer uso do apoio multiprofissional, em especial dos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família, além de avaliação médica e de enfermagem. Este processo pode ser feito ao mesmo tempo com os membros familiares. O ambiente escolar pode ser propício para o desenvolvimento de ações coletivas e, para que ocorram, é essencial que a equipe de saúde mantenha contato permanente com a diretora e professores, além de ouvirem os próprios estudantes, a fim de construírem coletivamente ações que permeiem as situações elencadas. Por fim, a equipe pode sentir a necessidade de se capacitar a partir deste caso, tanto para atender melhor os adolescentes, como para conseguir fazer uso adequado da rede de atenção para além dos instrumentos de saúde.

Atividade 13

Resposta: A demanda inicial é por questões físicas, como sede excessiva, náusea, vômito, fome frequente, vontade de urinar várias vezes ao dia e cansaço, e por situações que a adolescente tem percebido, como excesso de peso e má alimentação. O relato de tristeza e de baixa autoestima também precisa ser valorizado. Além disso, situações relacionadas a rede social e comunitária, como as dificuldades de relacionamento com os colegas, e uma possível falta de atenção da mãe, com uma carga de responsabilidade extra pelo cuidado do irmão, podem estar gerando alguns conflitos vividos pela filha.

Atividade 14

Resposta: A ida de uma adolescente ao serviço de saúde pode ser uma oportunidade ímpar para se buscar desenvolver algumas ações que definirão o sucesso ou fracasso da construção terapêutica. Acolher as demandas trazidas e conseguir dar respostas a mais valorizadas por Regina podem contribuir para isso, numa construção conjunta entre profissional e adolescente. Assim, o atendimento inicial deve buscar caminhos para as demandas físicas trazidas e, ao mesmo tempo, abrir caminhos com o início do processo de construção do vínculo. Possivelmente, o apoio multiprofissional e a participação em atividades em grupo na escola ou na unidade farão parte do processo, entretanto, deve-se buscar entender sua singularidade e, a partir daí, apoiar a adolescente em seus planos de vida, empoderando-a¹⁷. Uma simples orientação nutricional, um encaminhamento ao psicólogo ou ao grupo de atividade física podem surtir um efeito nulo se não houver algum significado para Regina. E como núcleo inicial do cuidado, a família também precisa participar deste processo terapêutico. Assim, uma conversa entre equipe e mãe da adolescente deve acontecer, a fim de promover diálogo e apoio. Outra demanda relaciona-se à atuação da equipe de saúde na escola, reforçando o necessário caminhar conjunto entre saúde e educação.

7. REFERÊNCIAS

1. Bica I, Pinho LMD, Silva EMB, Aparício G, Duarte J, Costa J, et al. Influência sociodemográfica na qualidade de vida relacionada com a saúde dos adolescentes. *Acta Paul Enferm.* 2020;33:e-APE20190054. doi: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0054>
2. Fernandes HIVM, Andrade LMC, Martins MM, Rolim KMC, Millions RM, Frota MA, et al. A felicidade como força na promoção da saúde do adolescente e adulto jovem. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(3):e20190064. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0064>
3. Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília; 2019.
4. Santos JS, Andrade RD, Silva MAI, Mello DF. Processo de comunicação em saúde da enfermagem com o adolescente: abordagem do Event History Calendar. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(3):e20180454. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0454>
5. Pigozi PL, Machado AL. Os cuidados da Estratégia Saúde da Família a um adolescente vítima de bullying: uma cartografia. *Cien Saude Colet.* 2020;25(1):353-63. doi: [10.1590/1413-81232020251.04212018](https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.04212018)
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
7. Faial LCM, Silva RMCRA, Pereira ER, Faial CSG. A saúde na escola: percepções do ser adolescente. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(3):e20190068. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0068>
8. Araújo DHQ, Araújo SS, Rabelo AL, Santos JS, Lima PS, Coelho KR. Fatores associados a qualidade de vida de adolescentes vinculados a uma equipe de saúde da família. *Adolesc Saúde.* 2020;17(1):25-34.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde do Adolescente e do Jovem. Nota Técnica nº 04: “O direito de adolescentes serem atendidos nas UBS desacompanhados dos pais ou responsáveis e as ocasiões em que é necessária a presença de pais ou responsável.” 2017.
10. Fernandes ESF, Santos AM. Desencontros entre formação profissional e necessidades de cuidado aos adolescentes na Atenção Básica à Saúde. *Interface (Botucatu).* 2020; 24: e190049 <https://doi.org/10.1590/Interface.190049>
11. Barbalho EV, Pinto FJM, Silva FR, Sampaio RMM, Dantas DSG. Influência do consumo alimentar e da prática de atividade física na prevalência do sobrepeso/obesidade em adolescentes escolares. *Cad Saúde Colet.* 2020;28(1):12-23. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028010181v>
12. Pinho L, Brito MFSF, Silva RRV, Messias RB, Silva CSO, Barbosa DA, et al. Percepção da imagem corporal e estado nutricional em adolescentes de escolas públicas. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl 2):240-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0644>

13. Magalhães AR, Penetra JM, Domingues AC, Letra A, Glória Neto M, Martins N. Ambivalência(s) da adolescência e a importância do médico de família: um relato de caso. Rev Port Med Geral Fam. 2020;36(2):175-80. doi: <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v36i2.12418>
14. Alencastro LCS, Silva JL, Komatsu AV, Bernardino FBS, Mello FCM, Silva MAI. Teatro do Oprimido e bullying: atuação da Enfermagem na saúde do adolescente escolar. Rev Bras Enferm. 2020;73(1):e20170910. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0910>
15. Andrade RD, Hilário JSM, Santos JS, Silva JP, Fonseca LMM, Mello DF. Cuidado de enfermagem materno-infantil para mães adolescentes: educação em saúde. Rev Bras Enferm. 2020;73(4):e20180769. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0769>
16. Zappe JG, Dell'Aglio DD. Variáveis pessoais e contextuais associadas a comportamentos de risco em adolescentes. J bras psiquiatr. 2016;65(1):44-52. doi: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000102>
17. Organização Pan-Americana de Saúde no Brasil. Ministério da Saúde. Saúde e sexualidade de adolescentes: construindo equidade no SUS. Brasília: OPAS, Ministério da Saúde; 2017.

CAPÍTULO 09

RETRATO E ENFRENTAMENTO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ernandes Gonçalves Dias

Enfermeiro. Mestre em Ciências. Docente na Faculdade Verde Norte - Favenorte, Brasil.

Débora Rejane Santos Veloso Ribeiro

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Enfermeira Assistencial na Unidade de Saúde da Família Avelino Gonçalves Dias, Brasil.

ESQUEMA SINTÉTICO DO CAPÍTULO

1. INTRODUÇÃO

1.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

1.1.1 ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1.2 PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1.3 CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

2. EXERCÍCIOS

3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

3.1 DESAFIOS POSTOS

4. GABARITO COMENTADO

5. REFERÊNCIAS

1. INTRODUÇÃO

1.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

A Atenção Primária à Saúde (APS) é caracterizada como o serviço de saúde referência para o primeiro contato do usuário. As ações e serviços da APS são ofertadas de forma integral o mais próximo possível do cotidiano dos usuários e tem a perspectiva de resolver entre 80 % e 90 % das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo de sua vida. Entre o espectro de serviços, incluem o tratamento de doença agudas e infecciosas e o controle de condições crônicas, porém, a essência da APS é cuidar das pessoas para além de doenças¹.

Nas concepções atuais, os termos APS e Atenção Básica são considerados sinônimos e se caracterizam como um conjunto de ações de saúde realizadas em nível individual, familiar e coletivo, com a intenção de promover, proteger e reabilitar a saúde, prevenir, diagnosticar e tratar agravos, reduzir danos e realizar cuidados paliativos e de vigilância em saúde, por meio de estratégias de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada por Equipe multiprofissional e destinada à população residente em território adscrito sob responsabilidade da Equipe².

A implantação do Programa Saúde da Família (PSF), pelo Ministério da Saúde em 1994, é tida como a estratégia prioritária para a organização e fortalecimento da APS no Brasil. Pouco mais de 10 anos de existência, o PSF passou a ser enunciado como Estratégia Saúde da Família (ESF) na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006³. As ações e serviços de saúde desenvolvidas pelas ESF, no âmbito da APS, são realizadas em estabelecimentos de saúde denominados, atualmente, de Unidades de Saúde da Família (USF)⁴.

A maior proximidade dos profissionais de saúde da ESF com a população adscrita e o conhecimento das interações que se processam no território de abrangência possibilita a estes profissionais a constatação de problemas que incidem sobre o processo saúde-doença da população⁵.

Nesse sentido, o trabalho da ESF é realizado por equipe multiprofissional composta minimamente por médico generalista ou especializado em área afim, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Há também presença de cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal².

1.1.1 ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS pode ser qualificada pela ótica de seus atributos essenciais: acesso ao primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção e dos atributos derivados: focalização na família, orientação comunitária e competência cultural⁶, resumidos no Quadro 1 abaixo:

Quadro 1 – Sínteses dos atributos essenciais e derivados da APS.

Atributos essenciais	Acesso ao primeiro contato	Traz a ideia de que no sistema de saúde organizado a partir da APS, esta seja um ponto de entrada de fácil acesso para o usuário recorrer diante o surgimento de um problema de saúde pelo qual busque cuidado ⁷ . A PNAB afirma a APS como porta de entrada preferencial ao serviço de saúde ² .
	Longitudinalidade	Considera que deve existir relação de vínculo de longa duração e cooperação entre os profissionais de saúde e os usuários do serviço ⁸ . Embora a longitudinalidade seja considerada um atributo de grande importância na ESF, a rotatividade de profissionais de saúde, frequente na APS, pode comprometer o vínculo da Equipe com a comunidade ⁹ .
	Integralidade	Está associada à necessidade de ampliação da abrangência dos programas e políticas de saúde, incorporação de ações preventivas e assistenciais na USF e articulação entre todos os níveis de atenção para superar a fragmentação das atividades de atenção à saúde. Na perspectiva da integralidade, o serviço deve ser capaz de responder aos problemas de saúde que atingem os usuários do serviço de forma ampliada ¹⁰ .
	Coordenação	Trata essencialmente da disponibilidade de informações sobre os serviços oferecidos pela APS de forma articulada e coordenada junto aos demais níveis de atenção, assim como também tem relação com a disponibilidade dos serviços ofertados pelos diferentes profissionais de saúde da Equipe na própria APS. A coordenação é fundamental para a continuidade do cuidado ⁷ .
Atributos derivados	Foco na família	Relaciona-se ao conhecimento dos fatores familiares que estão atrelados à origem e à forma de cuidar frente à manifestação de enfermidades ⁸ .
	Orientação comunitária	Tem relação com o reconhecimento das necessidades de saúde da comunidade a partir de dados epidemiológicos e contato direto com o território ¹¹ .
	Competência cultural	Está relacionada ao reconhecimento da existência de necessidades especiais derivadas das variações culturais ⁸ .

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Frente aos atributos essenciais e derivados da APS e aos resultados de pesquisas nesse campo, evidencia-se que a organização e concretização de uma

APS qualificada têm melhores condições com a efetivação destes atributos estruturados no modelo de ESF^{12,13}.

1.2 PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A qualificação da atenção à saúde na APS está vinculada a diversos fatores, os quais incluem estruturação e organização dos serviços, definição de processo de trabalho, aderência às novas tecnologias, definição quantitativa e qualitativa de pessoal, disponibilidade de materiais/equipamentos, e, sobretudo, comprometimento com o desenvolvimento contínuo e permanente de ações educativas suficientemente abrangentes que permitam o desenvolvimento integral dos trabalhadores em saúde¹⁴.

A organização e divisão do processo de trabalho na APS são dadas a partir das necessidades de saúde da população, conforme estabelecido na PNAB. Ressalta-se que as características do processo de trabalho dos profissionais que atuam na ESF são: programação e implementação das atividades de atenção à saúde observadas as necessidades de saúde da população; participação no planejamento de saúde local a fim de readequar o processo de trabalho e o planejamento diante às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades percebidas, e promoção de atenção integral, contínua e organizada a uma população definida².

Por outro lado, para aprimorar a ESF é necessário um maior esforço político-institucional, como em relação às questões de financiamento, formação profissional, gestão/educação de pessoal e desenvolvimento de ações intersetoriais. É, também, necessária a implantação de ações mais efetivas para fortalecer a ESF como porta de entrada preferencial do serviço de saúde e melhorar a organização do acesso aos demais níveis de atenção, isso requer, ao mesmo tempo, ações de planejamento com participação social nas questões de organização para atender às reais necessidades dos usuários, de modo que possa superar processos de trabalho ainda baseados no modelo biomédico⁵.

Com um olhar voltado ao usuário, o acolhimento é uma tecnologia leve, relacional capaz de organizar o processo de trabalho na APS. De igual maneira, a escuta qualificada, que vai além do olhar sobre a queixa física do paciente, contribui para o estabelecimento do vínculo entre o profissional, usuário e o serviço de saúde. Nessa organização deve-se incluir na oferta de serviços um conjunto articulado e

contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, tendo em vista não prejudicar a construção de um atendimento integral¹⁵.

A APS é uma potência para desenvolver ações de acesso e acolhimento tendo em vista atender às necessidades do usuário. Assim, a humanização do cuidado repercute na qualidade da atenção em saúde uma vez que, quando o usuário avalia bem o acolhimento, a atenção e o diálogo que teve com os profissionais, e ainda percebe que suas necessidades foram atendidas, se sente satisfeito e deposita confiança no serviço¹⁶.

No entanto, para que a relação do trabalhador com o usuário seja potencializada na APS, é necessária uma maior exploração das possibilidades de uso de tecnologias leves na forma de comunicação, escuta, empatia e acolhimento na rotina de atendimentos à população; porém, a falta de espaço físico, a livre demanda de atendimento e os processos burocráticos dificultam a utilização de tecnologias relacionais¹⁷.

Nesse tocante, também é necessário investir recursos financeiros para capacitação dos profissionais para promover mudança de postura e implementar cuidado baseado em evidência científica para garantir atenção com qualidade e humanizada¹⁸.

Os profissionais da ESF, em especial o enfermeiro, devem buscar acompanhar mudanças no estilo de vida dos usuários para que possam detectar necessidades de intervenção que favoreçam o controle do surgimento de condições crônicas com a realização de ações de desenvolvimento e fortalecimento de práticas de autocuidado, através da promoção da saúde¹⁹.

Nesta perspectiva, pode-se afirmar que a educação em saúde é um dos princípios que regem as ações preventivas. Quando um paciente, através de informações e orientações educativas, promove mudanças em sua rotina de vida no sentido de modificar seus hábitos alimentares e aderir à realização de atividade física regular, são observados melhores resultados em sua qualidade de vida²⁰.

Frente a isso, vale reforçar que educar em saúde é um papel fundamental do profissional de saúde e se constitui um dos principais eixos de sua prática profissional, para tanto, é necessário criar estratégias de qualificação dos profissionais para que possam embasar o seu cuidado nas melhores evidências científicas, tanto as técnicas quanto os elementos sensíveis do cuidado²¹.

Para tanto, a Educação Permanente em Saúde (EPS) deve estimulada, visto ser considerada a aprendizagem processada no trabalho, onde aprender e ensinar incorporam-se às organizações e processos de trabalho. Visto dessa forma, as ações de EPS devem ser constantes nos serviços de saúde para obter a formação de profissionais mais qualificados para o exercício de suas funções no Sistema Único de Saúde (SUS)²².

1.3 CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Normalmente, as doenças são classificadas como “transmissíveis” e em “crônicas não transmissíveis”, porém, essa classificação não é suficiente para dar suporte à organização dos sistemas de saúde. Frente a isso, recentemente foi inserida a proposta de condições de saúde, que é entendida como um conjunto de circunstâncias que se manifestam de maneira mais ou menos persistentes na saúde das pessoas e que exigem respostas integradas dos sistemas de atenção à saúde, profissionais e dos usuários do serviço²³.

As condições crônicas têm curso relativamente longo ou permanente que, por sua natureza de duração, exigem respostas e ações duradouras e proativas e que, sobretudo, integrem o sistema de saúde, os profissionais e os usuários com a intenção de obter controle efetivo e eficiente destas condições. Por exemplo, de condição crônica cita-se a diabetes e hipertensão arterial, que inclusive, eventualmente, podem apresentar eventos agudos em função de tratamento não adequado²³.

Nos últimos anos, o Brasil tem passado por um crescimento demográfico acelerado, acompanhado de uma transição epidemiológica particular, onde se observa o desafio em lidar com uma tripla carga de doenças: persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição e as condições crônicas, que exigem cuidados de longa duração. Dessa forma, os serviços de saúde estão sendo desafiados a responder de forma contínua e integrada às condições crônicas a partir de um sistema de saúde fragmentado, voltado a atender condições agudas¹³.

As condições crônicas de saúde matam milhões de pessoas a cada ano e representa 72 % de todas as mortes pelo mundo. Os custos econômicos do tratamento são elevados e recaem principalmente sobre os países de baixa e média renda, aqueles que menos têm condições financeiras para custear o tratamento²⁴.

Por se tratar de condições crônicas de saúde é fundamental que o usuário compreenda a importância da adesão aos tratamentos prescritos pelos profissionais

de saúde da Equipe na APS. Sabe-se que existem barreiras para adesão dos portadores de condições crônicas aos tratamentos, como a baixa renumeração e o conhecimento insuficiente sobre a condição de saúde. No entanto, os profissionais de saúde da APS podem ser parceiros desses usuários, especialmente os enfermeiros, que lideram a Equipe na busca de realização de estratégias que buscam o empoderamento e adesão usuário aos tratamentos. No mesmo sentido, a família deve participar e colaborar com o tratamento²⁵⁻²⁸.

Evidencia-se, então, que a consolidação da ESF tem como grande desafio o enfrentamento das condições crônicas de saúde, o que exige mudanças importantes na APS²⁹. No entanto, o movimento de expansão e manutenção da cobertura da ESF observado no Brasil nos últimos 20 anos ampliou a oferta de ações e serviços de APS e contribuiu para efeitos positivos sobre a saúde da população e redução das internações hospitalares³⁰.

Assim, é importante equilibrar as ações de cuidado clínico, prevenção e promoção da saúde pela ESF com os processos de trabalho com abordagem matricial das demandas dos usuários, especialmente dos portadores de condições crônicas. O fortalecimento do trabalho em equipe e o papel dos ACS é fundamental para garantir a implementação dos atributos da APS no cuidado dos usuários portadores de condições crônicas³⁰.

2. EXERCÍCIOS

Exercício 01: Leia o trecho abaixo extraído da PNAB:

“A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde [...]”²

Reflita sobre o trecho “*considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural*” (linha 01) e assinale a alternativa que indica o tipo de atributo da APS e a qual (is) atributo (s) o trecho melhor se alinha à sua definição.

- a) Atributos derivados, orientação comunitária e competência cultural.
- b) Atributos essenciais, acesso e integralidade.
- c) Atributos essenciais, longitudinalidade e coordenação do cuidado.

- d) Atributos derivados, orientação comunitária e foco na família.**
- e) Atributos derivados, foco na família e competência cultural.**

Exercício 02:

Dona Cecília, 42 anos, foi diagnosticada como pré-diabética há três anos e, desde então, faz acompanhamento regular na USF Saúde, Direito e Cidadania. Em sua última consulta na USF o médico optou por iniciar o tratamento medicamentoso para diabetes em função dos laudos dos exames apresentados e prescreveu o uso de metformina 850mg, duas vezes ao dia. O médico informou sobre a disponibilidade do medicamento gratuito na Farmácia Básica e a orientou que Dona Cecília informe a sua ACS sobre o tratamento para acompanhá-la no uso do medicamento durante as visitas domiciliares. Porém, é comum a cada retorno à USF ter um novo médico na Equipe em que Dona Cecília é atendida e, por isso, precisa explicar novamente sobre sua história clínica, estilo de vida, relações familiares, alimentação e o tratamento medicamentoso adotado porque o médico, apesar de gentil, não tem conhecimento prévio de seu histórico de saúde.

Com base na situação apresentada, respectivamente, qual atributo essencial da APS parece ter efetivação mais prejudicada em função da rotatividade de médico na equipe e qual o médico está construindo ao orientar a usuária a procurar a Farmácia Básica para retirar o medicamento prescrito gratuitamente e solicitar a ACS para acompanhar o tratamento medicamentoso na visita domiciliar?

- a) Longitudinalidade e coordenação do cuidado.**
- b) Cuidado longitudinal e primeiro acesso.**
- c) Integralidade e coordenação do cuidado.**
- d) Primeiro acesso e longitudinalidade.**
- e) Longitudinalidade e integralidade.**

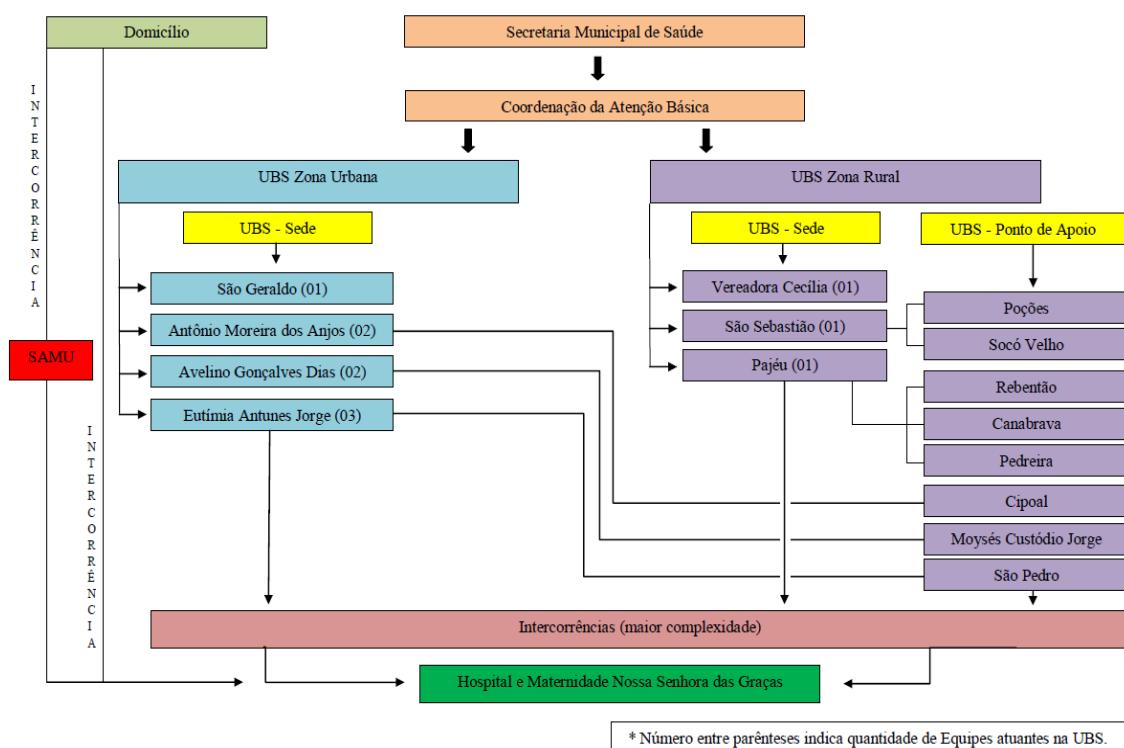
3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

Este relato descreve uma reflexão sobre as condições crônicas de saúde de usuários de uma ESF localizada em uma cidade interiorana, de pequeno porte, do norte de Minas Gerais, a 46 quilômetros da divisa com o Estado da Bahia. A cidade tem área territorial de 1.001,296 km² e população estimada pelo IBGE, em 2019, de 20.854 habitantes³¹, onde a APS oferece cobertura em 100 % do território.

A APS está organizada em sete USF distribuídas pelo território urbano (04) e rural (03) do município e em oito Pontos de Apoio. Os Pontos de Apoio são estruturas físicas adaptadas como extensão de uma USF para atender à população rural em virtude da distância entre os usuários e as sedes de USF no território. Na prática, é uma estratégia para facilitar o acesso da população rural aos serviços da APS.

As USF comportam 11 Equipes de Saúde da Família, cinco delas atuam em território exclusivamente urbano, três em território exclusivamente rural e outras três em território misto (urbano e rural). Pela Figura 01 é possível observar o fluxograma da rede se serviços no município³².

Figura 1 - Fluxograma de identificação e distribuição das equipes pelas USF e pontos de apoio da rede de APS.



Fonte: Dias EG. Dissertação de Mestrado Adesão de idosos aos tratamentos da hipertensão arterial e as boas práticas de cuidado na perspectiva da integralidade. EERP, 2018.

A ESF da qual se produziu esta reflexão está situada em USF urbana e a Equipe atende população exclusivamente urbana. Atualmente são cadastradas 752 famílias, com um total de 2.192 usuários distribuídos em cinco microáreas.

Nesta ESF as condições crônicas de saúde acometem, em maior parte, a população adulta e idosa e pode estar relacionada ao estilo de vida e envelhecimento das pessoas. Neste cenário de estudo os usuários adultos são 1.213 indivíduos, com prevalência daqueles com idade compreendida entre 35 e 39 anos, casados, sexo feminino, pardos, com ensino médio completo, autônomos e que não possuem plano de saúde particular. É uma população carente economicamente e SUS-dependentes.

Dados extraídos do e-SUSAB mostram a existência de usuários adultos portadores de hipertensão arterial (120), fumantes crônicos (78), acima do peso corporal adequado (65), alcoólatras (62), diabéticos (25), asmáticos (17), renais crônicos (17), em sofrimento mental (16), cardíacos (12) e acamados (10). Os números indicam que parcela dos adultos adota um estilo de vida diferente daquele recomendado pelos órgãos de saúde e pode ser uma situação perigosa para ocorrência de agravos agudos associados à crônicos no decorrer da evolução clínica.

Frisa-se que os usuários possuem conhecimento sobre suas condições de saúde, no entanto, tendem a procurar o serviço de saúde na iminência de algum sinal ou sintoma que julgam necessária a avaliação por um profissional de saúde. Este comportamento, associado ao estilo de vida adotado, indica a existência de falhas na adesão a medidas de promoção da saúde, prevenção e tratamento de agravos instruídos pelos profissionais e necessárias para gestão do cuidado frente à condição de saúde do usuário, o que pode facilitar o agravamento das condições crônicas já instaladas.

Os serviços prestados pela ESF incluem acolhimento, assistência às condições crônicas (diabetes, hipertensão e outras), infecciosas e parasitárias, atendimento inicial às urgências e emergências, consulta odontológica, consulta de enfermagem, consulta médica, procedimentos de enfermagem como curativo, administração de medicamentos, nebulização, retirada de pontos, imunização, teste de glicemia capilar e aferição de pressão arterial, grupos de educação em saúde, entre outros.

Acredita-se que este conjunto de serviços, apesar de que possam ser insuficientes, possam contribuir para que os portadores de condições crônicas se beneficiem de cuidados essenciais para gestão de sua condição de saúde.

Tendo em vista alcançar o público adulto e conscientizar em relação à importância do autocuidado e adoção de hábitos saudáveis, realizam-se ações de promoção da saúde e prevenção de doenças em vários momentos, tanto de modo individual ou coletivo. Assim, além de grupos operativos com horários definidos e convites realizados pelos ACS, são realizadas orientações aos usuários, oportunamente, na sala de espera enquanto aguardam atendimento e/ou procedimentos, durante os próprios atendimentos, em pontos estratégicos na comunidade (fora da USF) e ainda nas visitas domiciliares.

Para a realização do cuidado, utilizam-se como recursos o diálogo aberto e uma escuta qualificada, conhecimentos técnico-científicos específicos e dispõem de equipamentos como glicosímetro, aparelho de pressão, balança, sistemas de registro de atendimentos informatizados (e-SUSAB) e atividades da prática de grupo. Nesse tocante, visa-se o estabelecimento da parceria entre a equipe, familiares, comunidade e gestão.

O vínculo estabelecido entre os usuários e a Equipe, especialmente com a enfermeira, técnica de enfermagem e ACS é, talvez, a principal potencialidade e estratégia de cuidado disponível para o cuidado continuado com esses usuários. O vínculo com esses usuários foi estabelecido e vem sendo fortalecido através do empenho em realizar acolhimento, da escuta durante os encontros na USF mesmo que quando os mesmos não estão em atendimentos programados, da busca pela resolução do problema identificado, do referenciamento adequado quando necessário e dos grupos educativos os quais estimulam a participação, a troca de experiências, esclarecimento de dúvidas e favorecimento da autonomia para tomada de decisões para o autocuidado.

Nota-se que, apesar da busca em para efetivação do cuidado com os usuários em questão, há desafios para serem vencidos. Dentre eles, a rotatividade do profissional médico, o que dificulta o vínculo e o cuidado contínuo e longitudinal e, ainda, a dificuldade de acesso a profissionais como nutricionista, educador físico e fisioterapeuta, assim como a falta de contrarreferência estabelecida do cuidado realizado.

Soma-se às dificuldades a ausência de capacitações para os profissionais da ESF, a falta de alguns equipamentos e insumos para realizar procedimentos e recursos, como transporte para visita domiciliar e ausência de oferta regular de exames laboratoriais para estratificação e acompanhamento dos usuários

portadores de condições crônicas. Ainda, tem-se a disponibilização de consultas especializadas ofertada conforme cotas, diretamente distribuídas pela Secretaria Municipal de Saúde, descaracterizando a APS como coordenadora do cuidado.

Em relação ao usuário, as maiores dificuldades observadas se caracterizam pela participação popular incipiente nas ações de cunho educativas programadas e coletivas, não-adesão às orientações e prescrições realizadas, bem como da falta da participação da família no processo do cuidado das condições crônicas de saúde.

3.1 DESAFIOS POSTOS

Apesar do conhecimento da importância do planejamento e programação em saúde realizada de forma multiprofissional, o trabalho da equipe permanece refém da demanda espontânea e do atendimento clínico curativo, isso dificulta a adoção de demanda programada e o monitoramento dos usuários portadores de condições crônicas no território sob a responsabilidade da ESF. Desse modo, há a persistência de práticas que visam a quantificação dos atendimentos, o que contrapõe a estratégia de organização do cuidado voltada para as necessidades de saúde e monitoramento contínuo das mesmas.

A partir dessa análise, reconhece-se a importância de a ESF assistir integralmente aos usuários, conhecer e considerar seu contexto familiar, suas condições de saúde, bem como a existência de outros fatores que podem interferir no processo cuidado dos mesmos. Dessa maneira, as ações de cuidado de todos os profissionais de saúde da Equipe devem ser rotineiras, considerando os costumes e saberes da população, tendo em vista sensibilizar os usuários e orientá-los a respeito da adoção de hábitos e estilo de vida saudáveis.

4. GABARITO COMENTADO

Gabarito exercício 01

Alternativa E

Comentário: Para responder corretamente a este exercício é necessário que se tenha conhecimento e faça reflexão acerca dos conceitos dos atributos do cuidado na APS. Considerar a pessoa em sua singularidade é entender o sujeito como um ser único e individual e, portanto, está diretamente ao atributo derivado, foco na família, visto que suas características individuais relacionam à fatores familiares e influenciam na origem e na forma de cuidar frente à manifestação de enfermidades. Ao considerar a inserção sociocultural do sujeito, subtende entender

a existência de necessidades especiais derivadas das variações e valores culturais do usuário e, portanto, está mais bem alinhada ao conceito de atributo derivado, competência cultural.

Gabarito exercício 02

Alternativa A

Comentário: A rotatividade de médicos nas Equipes de ESF é um desafio enfrentado pelos gestores que fere o atributo da longitudinalidade, visto demandar tempo para conhecer o usuário do serviço e construir vínculo, ao passo que a orientação sobre a disponibilidade de serviços na APS (medicamento gratuito na Farmácia Básica) e indicação de colaboração da ACS no tratamento medicamentoso tem relação com o atributo conceituado como coordenação do cuidado.

5. REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana de Saúde – Brasil (OPAS-Brasil). Sistemas e Serviços de Saúde. Folha informativa – Atenção primária à saúde. jan., 2019. [citado em: 12 abr. 2020]. Disponível em:
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5858:folha-informativa-atencao-primaria-de-saude&Itemid=843.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017. [citado em: 18 abr. 2020]. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
3. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Ciência & Saúde Coletiva, 23(6):1903-1913, 2018. [citado em: 30 abr. 2020]. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 930 de 15 de maio de 2019. [citado em: 20 abr. 2020]. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0930_17_05_2019.html.
5. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. Ciência & Saúde Coletiva, 21(5):1499-1509, 2016. [citado em: 30 mar. 2020]. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>.
6. Fracolli LA, Muramatsu MJ, Gomes MFP, Nabão FRZ. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde num município do interior do Estado de São Paulo – Brasil. O Mundo da Saúde, São Paulo, 2015;39(1):54-61. [citado em: 14 abr. 2020]. Disponível em:
<https://doi.org/10.15343/0104-7809.201539015461>.
7. Portela GZ. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2017;27(2):255-276. [citado em: 14 abr. 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000200005>.
8. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. [citado em: 10 maio 2020]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>.
9. Giovani MSP, Vieira CM. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. 2013;7(4). [citado em: 09 abr. 2020]. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/303785861_Longitudinalidade_do_cuidado_diante_da_rotatividade_de_profissionais_na_Estrategia_Saude_da_Familia_1.
10. Diniz SGM, Damasceno SS, Coutinho SED, Toso BRGO, Collet N. Avaliação do atributo integralidade na atenção à saúde da criança. Rev Gaúcha Enferm. 2016 dez;37(4):e57067. [citado em: 17 abr. 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n4/0102-6933-rgenf-1983-144720160457067.pdf>.
11. Daschevi JM, Tacla MTGM, Alves BA, Toso BRGO, Collet N. Avaliação dos princípios da orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde da criança. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, 2015;36(1):31-38.

12. Batista VCL, Ribeiro LCC, Ribeiro CDAL, Paula FA, Araújo A. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde segundo os profissionais de saúde da família. SANARE, 2016;15(02):87-93. [citado em: 07 abr. 2020]. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1042/588>.
13. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2013;66(esp):158-64. [citado em: 22 abr. 2020]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.
14. Silva LAA, Schmidt SMS, Noal HC, Signor E, Gomes IEM. Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde. Trab. Educ. Saúde, 2016;14(3):765-781. [citado em: 16 abr. 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00015>.
15. Vecchi MPS, Campos SEM, Farah BF. Autoavaliação: instrumento para reflexão do processo de trabalho nas equipes de saúde da família. Rev. APS., 2017;20(4):527-538. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.15940>.
16. Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP, Gallardo MPS. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. Interface Comunicação Saúde Educação, 2018;22(65):387-98. [citado em: 11 maio 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0633>.
17. Abreu TFK, Amendola F, Trovo MM. Tecnologias relacionais como instrumentos para o cuidado na Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2017;70(5):1032-9. [citado em: 22 abr. 2020]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0337>.
18. Foster LB, Oliveira MA, Brandão SMOC. O acolhimento nos moldes da humanização aplicada ao processo de trabalho do enfermeiro no pré-natal. Rev enferm UFPE on line., 11(Supl. 10):4617-24, 2017. [citado em: 30 abr. 2020]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231201/25198>.
19. Catafesta G, Klein DP, Canever BP, Lazzari DD, Silva EF. Consulta de enfermagem ginecológica na estratégia saúde da família. Arq. Ciênc. Saúde, 2015;22(1):85-90. [citado em: 07 maio 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.22.1.2015.32>.
20. Oliveira AC, Pessoa RS, Carvalho AMC, Magalhães RLB. Fatores de risco e proteção à saúde de mulheres para prevenção do câncer uterino. Rev Rene. 2014;15(2):240-8. [citado em: 18 abr. 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000200008>.
21. Campo ML, Veleda AA, Coelho DF, Telo SV. Percepção das gestantes sobre as consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro na atenção básica. J Nurs Health. 2016;6(3):379-90. [citado em: 22 abr. 2020]. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/7949>.
22. Almeida JRS, Bizerril DO, Saldanha KGH, Almeida MEL. Educação permanente em saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. Revista da ABENO, 2016;16(2):7-15. [citado em: 21 abr. 2020]. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/248>.
23. Mendes EV. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 23(2):431-435, 2018. [citado em: 13 maio 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n2/1413-8123-csc-23-02-0431.pdf>.
24. Organização Pan-Americana de Saúde – Brasil (OPAS-Brasil). Determinantes Sociais e Riscos para a Saúde, Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Saúde Mental. Investir no

controle de doenças crônicas não transmissíveis gera grandes retornos financeiros e de saúde, afirma OMS. maio, 2018. [citado em: 12 maio 2020]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5675:investir-no-controle-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-gera-grandes-ganhos-financeiros-e-de-saudade-afirma-oms&Itemid=839.

25. Dias EG, Nunes MSL, Barbosa VS, Jorge AS, Campos. Comportamentos de Pacientes com Diabetes Tipo 2 sob a Perspectiva do Autocuidado. *J Health Sci* 2017;19(2):109-13. [citado em: 04 maio 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.17921/2447-8938.2017v19n2p109-113>.

26. Dias EG, Souza ELS, Mishima SM. Contribuições da enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa da literatura brasileira. *R Epidemiol Control Infec*, 2016;6(3):138-144. [citado em: 04 maio 2020]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v6i3.7470>.

27. Dias EG, Souza ELS, Mishima SM. Influência da enfermagem na adesão do idoso ao tratamento da hipertensão. *Rev. Gest. Saúde*, 2016;07(03):1156-72. [citado em: 04 maio 2020]. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3625>.

28. Dias EG, Almeida FG, Caires HLD, Santos TAS, Jorge SA, Mishima SM. Avaliação de uma Estratégia Saúde da Família quanto à promoção de adesão ao tratamento e o controle da hipertensão sob a ótica do idoso. *J Health Sci Inst.*, 2016;34(2):88-92. Disponível em: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2016/02_abr-jun/V34_n2_2016_p88a92.pdf.

29. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p. [citado em: 10 maio 2020]. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf.

30. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde Debate*, 2018;42(esp.):208-223. [citado em: 26 abr. 2020]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s114>.

31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE cidades. [citado em: 13 maio 2020]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/monte-azul/panorama>.

32. Dias EG. Adesão de idosos aos tratamentos da hipertensão arterial e as boas práticas de cuidado na perspectiva da integralidade. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2018, 156p. [citado em: 12 maio 2020]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/D.22.2018.tde-29052018-155221>.

CAPÍTULO 10

ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

Juliano de Souza Caliari

Enfermeiro. Doutor em Ciências. Docente do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais, Campus Passos – MG, Brasil.

Giselle Juliana de Jesus

Enfermeira. Mestre em Enfermagem, doutoranda na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. Docente da Universidade Brasil-Campus Fernandópolis – SP, Brasil.

Maria Cristina Mendes de Almeida

Enfermeira. Doutora em Ciências, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP, Brasil.

Carolina de Castro Castrighini

Enfermeira. Doutora em Ciências. Enfermeira da Secretaria Municipal de Batatais – SP, Brasil.

Natália Maria Vieira Pereira-Caldeira

Enfermeira. Mestre em Ciências e doutoranda na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo - SP, Brasil.

Elucir Gir

Enfermeira, Doutor em Enfermagem. Professor Titular junto a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo - SP, Brasil.

ESQUEMA SINTÉTICO DO CAPÍTULO

1. INTRODUÇÃO

1.1 OS IDOSOS NO MUNDO E NO BRASIL

1.2 O IMPACTO DO ENVELHECIMENTO NA SAÚDE DA POPULAÇÃO

1.3 A QUALIDADE DE VIDA NO ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO

1.4 ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAÚDAVEL

2. EXERCÍCIOS

3. ESTUDO DE CASO

4. GABARITO COMENTADO

5. ESTUDO DE CASO

6. REFERÊNCIAS

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, é parte da realidade das sociedades e, embora a longevidade não seja uma doença, é uma etapa da vida que o indivíduo pode tornar-se mais frágil, ficando sujeito às diversas alterações associadas aos aspectos físicos, psíquicos e sociais¹.

Comumente, as alterações decorrentes do envelhecimento como processo natural não são lineares e consistentes, podendo haver por este motivo indivíduos extremamente saudáveis e independentes, em detrimento a outros que precisam de ajuda para as atividades da vida diária (AVDs)¹. Trata-se de um processo natural, inevitável e irreversível e que, embora não seja uma doença, envolve mudanças importantes na composição e no funcionamento dos sistemas corporais².

O envelhecimento é definido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”³.

Dividido em senescência e senilidade, pode ser compreendido como um processo de envelhecimento natural, em que há declínio lento e funcional e que em condições normais, o indivíduo pode se adaptar perfeitamente, com a ausência de processos mórbidos intitulado de senescência, podendo ter seus feitos minimizados pela adoção de um estilo de vida mais ativo. E, senilidade quando em condições de sobrecarga como doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência⁴.

O mundo passa por um intenso e rápido processo de envelhecimento. Segundo o Departamento de Envelhecimento e Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS), as pessoas no mundo estão envelhecendo em um ritmo acelerado¹, e apesar do aumento da expectativa de vida ser uma das principais conquistas dos últimos anos, a longevidade pode ser acompanhada de diversos fatores que interferem negativamente na qualidade de vida (QV) dos idosos, aumentando a demanda por cuidados primários de saúde e cuidados de longo prazo, exigindo mudanças sociais importantes, o que representa um dos maiores desafios socioeconômicos nos tempos atuais^{1,2,5,6}.

Assim, por conta das necessidades advindas da vida longeva, o mundo enfrenta grandes desafios para evitar o agravamento das condições de saúde e QV dos idosos, fazendo-se necessário o planejamento de ações que ajudem na promoção do envelhecimento saudável.

1.1 OS IDOSOS NO MUNDO E NO BRASIL

Segundo a Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais da Organização das Nações Unidas, a população mundial deve elevar em dois bilhões de pessoas nos próximos 30 anos, passando dos atuais 7,7 bilhões de indivíduos para 9,7 bilhões em 2050⁷. Somado a este crescimento, tem-se observado o aumento no número de idosos^{1,8}, fazendo com que o envelhecimento populacional seja um fenômeno global^{6,9}.

O aumento da expectativa de vida e a diminuição mundial das taxas de fertilidade estão impulsionando para o envelhecimento acelerado em todo o mundo⁶. Globalmente, a população de idosos cresce mais rápido que todos os outros grupos etários. Estima-se que no mundo o número de pessoas com 60 anos ou mais de idade passe de 962 milhões em 2017 para 1,4 bilhão em 2030⁷.

Pela primeira vez na história, a maioria das pessoas está alcançando a idade de 60 anos, o que representa um crescimento de 3 % ao ano. Estima-se que até o final de 2020 o número de pessoas nesta faixa etária ultrapasse as crianças com menos de cinco anos e que até 2050 a população mundial com 60 anos ou mais totalize dois bilhões de pessoas¹, quando todas as regiões do mundo, exceto a África, terão quase um quarto ou mais de suas populações com 60 anos de idade ou mais⁷.

No Brasil, assim como em todo o mundo, a população idosa e a expectativa de vida crescem significativamente⁷. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 eram 20,5 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade, representando 10,8 % da população total do País; em 2017 este número saltou para mais de 30,2 milhões de pessoas, representando 13 % da população. E este percentual tende a aumentar ainda mais, devendo dobrar nas próximas décadas, alcançando 25,5 % da população brasileira até 2060⁸.

O aumento no número indivíduos com idade mínima de 60 anos alterou também o número de famílias que passaram a prestar algum cuidado a esta população, elevando de 3,7 milhões em 2016, para 5,1 milhões em 2019; representando 10,5 % da população de 49,1 milhões de trabalhadores que prestam

cuidados em domicílios, estando o aumento dos cuidadores de idosos mais concentrado no Rio Grande do Norte, com 15,2 % desta população⁸.

Embora o crescimento no envelhecimento populacional ter iniciado em países de alta renda, hoje, observa-se alta prevalência de idosos nos países mais pobres em que o crescimento da população enfrenta desafios ligados a falta de recursos financeiros junto a precariedade da assistência de qualidade dos sistemas de saúde e de educação⁷, estimando-se que até 2050, 80 % dos os idosos no mundo estejam vivendo em países de baixa e média renda^{1,7}, exigindo adaptações estruturais recordes em muitos países, como é o caso do Brasil, China e Índia, que terão pouco mais de 20 anos para fazerem adaptações semelhantes as que foram feitas na França ao longo de quase 150 anos¹.

1.2 O IMPACTO DO ENVELHECIMENTO NA SAÚDE DA POPULAÇÃO

O aumento da expectativa de vida das pessoas nem sempre está associado à melhora nas condições de vida¹⁰. Apesar da incapacidade severa ter diminuído no mundo nos últimos 30 anos, não são percebidas mudanças substanciais na incapacidade leve e moderada entre os idosos, de forma que a longevidade, apesar de acrescentar mais anos de vida para a pessoa, também pode provocar déficits que impactam em sua saúde¹.

Dentre as possíveis alterações advindas com o processo de envelhecimento, têm-se as moleculares e celulares, que podem levar a diminuição da acuidade auditiva e visual; perda da força muscular², rigidez e inatividade física¹¹ e comorbidades como câncer, doenças pulmonares, cardíacas e diabetes. Estas situações podem estar somadas a outras alterações de saúde, como incontinência urinária, quedas, demência e lesão por pressão, conhecidas como síndromes geriátricas^{1,2}.

Além destes aspectos, o idoso ainda passa pelo enfrentamento de situações ligadas à morte da família e amigos, levando a diminuição das redes sociais e ao isolamento¹², e por modificações hormonais que acarretam disfunções sexuais e afetam substancialmente a forma com ele se relaciona consigo e com a sociedade. Tais alterações somadas à imagem que idosos não devem ou precisam continuar exercitando a sua sexualidade, pode ainda levar ao isolamento social e à depressão, repercutindo negativamente na saúde do idoso¹³.

As alterações de saúde na terceira idade podem ser comuns com o avanço da expectativa de vida, levando pessoas a estarem mais propensas a experimentar

várias condições clínicas, ao mesmo tempo, impactado no aumento dos desafios para os sistemas sociais e de saúde em instrumentar-se para conseguir intervir e contribuir com essas necessidades advindas com as mudanças demográficas¹.

Assim, a senescência embora seja um processo esperado, é marcado por muitas mudanças que causam impacto na vida das pessoas e exige uma abordagem integral da saúde¹³; tornando-se indispensável que as sociedades somem esforços para se adaptar as transformações no perfil populacional e investir em equipamentos que ofereçam condições para vidas mais longas e saudáveis¹.

1.3 A QUALIDADE DE VIDA NO ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO

A QV é um construto multidimensional, subjetivo, que traduz de modo significativo a percepção das mudanças provocadas por fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo. Segundo a OMS, traduz “a percepção do indivíduo quanto a sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, levando em conta suas metas, expectativas, padrões e preocupações”¹⁴. Assim, uma boa percepção desse construto pelos idosos é muito importante, tendo em vista as especificidades dessa fase da vida.

O estilo de vida, bem como os riscos socioeconômicos e biológicos vividos após o nascimento estão diretamente ligados ao processo de envelhecimento, podendo interferir diretamente na QV das pessoas. Portanto, é indispensável compreender a extensão da vida e os seus impactos em diversos aspectos, como os ligados à saúde e à capacidade funcional; a rede de apoio e a interação social; ao nível socioeconômico e as condições por ele oportunizada; os valores pessoais de autoestima; a capacidade para o autocuidado e a vivência da espiritualidade, da religião, da morte e do morrer^{10,15}.

A investigação da QV em idosos, também traduzida pelo envelhecimento bem-sucedido, passa a ser uma necessidade com o aumento da expectativa de vida da população tal como a evolução da abordagem biomédica para uma compreensão mais ampla dos processos de velhice, expandindo o conceito de envelhecimento saudável com o aumento da longevidade do sujeito^{9,16}.

Assim, reconhecer que no envelhecimento existe a possibilidade de haver alterações em componentes psicossociais ou em componentes biomédicos, e que estes podem estar potencializados pelos fatores modificáveis do estilo de vida, como atividade física, dieta e drogas, é importante para que se consiga identificar as variáveis e a sua relação com a senescência^{11,17}.

Por meio da análise de estudos nacionais^{10,13} e internacionais^{6,11,15}, percebe-se que são muitos os instrumentos e os desenhos metodológicos que contribuem para a investigação da QV em diversas populações de idosos, como naqueles de vida urbana^{6,10,11}, rural^{18,19}, institucionalizados²⁰ ou de vida comunitária^{6,10}, economicamente produtivos^{6,11}, vivendo com alguma comorbidade ou dependência¹⁹⁻²²; procurando conhecer a percepção do envelhecimento¹⁵, a relação das práticas saudáveis de vida¹¹ e de alterações, como as psicológicas^{21,22}, da função cognitiva²⁰, osteomusculares^{2,11}, sexuais¹³, de realização das atividades da vida diária¹⁹⁻²¹ e do próprio estilo de vida^{2,11} com o aumento da expectativa de vida mais saudável da população¹⁶.

Dentre os instrumentos utilizados para avaliar a QV na população de idosos, tem-se os Questionários de avaliação da QV da OMS (WHOQOL-100 e WHOQOL - BREF) e o Medical Outcomes Study 12-Item, formulário abreviado da Avaliação de Saúde 36 (SF-36), os quais têm sido mais frequentemente utilizados em estudos no Brasil²³.

O envelhecimento é um processo natural e inevitável. Assim, é importante que as sociedades se concentrem em programas de saúde que investiguem e promovam a QV dos idosos e valorizem a percepção dessa população no envelhecimento¹⁵. Estimular os hábitos saudáveis de vida para toda a população pode impactar na QV do sujeito, e a adesão crescente a um estilo de vida mais saudável conduzir para o envelhecimento com mais QV^{11,17}.

1.4 ESTRATÉGIAS PARA A PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

O processo de envelhecimento populacional, apesar de intenso e maior em países em desenvolvimento⁷, é um desafio mundial e uma importante meta de saúde pública no que tange garantir qualidade de vida ao indivíduo idoso¹.

A OMS, preocupada com os impactos do envelhecimento acelerado e não planejado por muitos países, lança a “Década do Envelhecimento Saudável (2020 – 2030)”, programa que chama a atenção de governos e sociedade civil de todo o mundo para ações que contribuam para se compreender e a contribuir com intervenções que ajudem a melhorar a vida de idosos, de suas famílias e suas comunidades¹.

Neste cenário, destaca-se o trabalho desenvolvido na atenção primária e a atuação de profissionais de saúde em programas de saúde na comunidade¹, que em seu diagnóstico situacional contribuem com a compreensão dos impactos do

envelhecimento para o sujeito²⁴ e sua comunidade; promovem práticas de estímulo e compromisso com o envelhecimento mais saudável¹, cujos resultados se projetam em sua saúde física e mental, contribuem com a manutenção da capacidade funcional²³ e corroboram ações de enfrentamento da solidão¹²; promovem ações para alteração e construção de ambientes mais acessíveis^{25,26}; bem como, reorganização da rede de atenção em saúde do sistema que assiste a população¹.

Reconhecer que as transformações físicas, sociais e econômicas impactam na vida dos idosos é necessário para ações mais assertivas com esta população. A percepção do indivíduo de seu estado de saúde, autoestima e a imagem negativa do processo de envelhecimento podem estar ligadas à ansiedade, depressão e ao sentimento de baixo valor pessoal, potencializando o sofrimento psicológico. Desta forma, ações centradas no enfrentamento das emoções devem ser priorizadas, como atividades de distração, humor, autovalorização e aceitação do envelhecimento podem contribuir para a autoestima e o bem-estar das pessoas^{15,17}. Assim, serviços de saúde que consigam se aproximar da realidade da população e reconhecer a experiência do envelhecimento para cada sujeito é fundamental para a promoção do cuidado²⁴.

O envelhecimento saudável está cientificamente ligado à capacidade de investimento em programas de saúde que ofereçam mais acesso da comunidade aos meios de diagnósticos tratamentos e às práticas saudáveis de vida. Desta forma, ações que visem à abstenção de álcool e tabaco; adesão à boa dieta e atividade física regular; orientações para práticas sexuais seguras como o uso de preservativos nas relações sexuais¹⁰, além de reduzir a carga de doenças, promovem a sensação de bem-estar, melhoram a capacidade física e mental da população e estimulam para o compromisso com o envelhecimento mais saudável¹.

Preconizada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a avaliação funcional é fundamental e determina o comprometimento funcional da pessoa idosa, quanto sua necessidade de auxílio. Caso não seja capaz, verificar se essa necessidade de ajuda é parcial, em maior ou menor grau, ou total. Usualmente, utiliza-se a avaliação no desempenho das atividades cotidianas ou atividades de vida diária⁴.

A manutenção da capacidade funcional, definida como habilidade para realização de atividades que viabilizam o cuidado próprio e a vida independente, também é um indicador de envelhecimento saudável, afinal, com o envelhecimento,

funções como cognição, mobilidade e comunicação são progressivamente comprometidas²⁷. Neste sentido, estimular a realização de práticas prazerosas é uma estratégia que ajuda no desenvolvimento de habilidades para os idosos, contribuindo com a capacidade de atender às suas necessidades básicas, aprender, tomar decisões e manter relações sociais^{15,25}.

O sentimento de solidão ou o medo de viver só pode diminuir a percepção de qualidade de vida. Por isto, além de estimular maior envolvimento com familiares, a promoção de espaços de interação com outros idosos em reuniões, grupos religiosos e centros comunitários, além de facilitar a interação social com outras pessoas, geram nos idosos um sentimento de reciprocidade. Essas estratégias, somadas ao estabelecimento de vínculos com vizinhos, ter emprego ou sentir-se ocupado¹⁷, assim como a realização de meditação e ioga, podem diminuir o sentimento de solidão e melhoram a percepção de apoio social e satisfação com a vida^{12,15}.

Todavia, para o envelhecimento com melhor QV, tão importante quanto as práticas saudáveis é a promoção de ambientes mais acessíveis para a idade, permitindo a vida ativa, com independência, autonomia, segurança e qualidade^{1,26}. Um dos desafios enfrentados pelas políticas públicas é a baixa oferta de transporte público com limitação de acesso, seja pela ausência de rampas, uso de tecnologias não intuitivas, ausência de assentos e barras de segurança; além de ambientes públicos e privados que, por meio de escadas, descontinuação ou desnivelamento de calçadas, buracos e a iluminação inadequada, comprometem a mobilidade de idosos²⁸.

Similar à oferta de acesso físico aos ambientes, existem as barreiras de acesso à rede de prestação de serviços, como os serviços de saúde que, desarticulados, aumentam a necessidade de locomoção de idosos. Assim, como estratégia para a promoção do envelhecimento saudável, sistemas de saúde devem organizar-se em torno das necessidades e preferências dos idosos, alinhando esforços para melhorar a cobertura universal de atenção à saúde, ampliar acesso aos meios diagnósticos, tratar doenças e desenvolver serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas¹.

Desta forma, compete aos serviços de saúde ligados à atenção primária realizar ações e orientações voltadas às necessidades reais de idosos assistidos, fazendo a identificação dos casos na comunidade, avaliando os cuidados e

direcionando recursos para intervenções precoces que contribuam com melhores chances de reabilitação e amenizem o impacto do processo de envelhecimento²⁸. Alinhar os sistemas de saúde e fomentar ações para que políticas públicas garantam o direito de acesso com qualidade a saúde, trabalho, assistência social, educação, cultura, esporte, habitação e meios de transportes⁸são necessários com vistas ao envelhecimento bem-sucedido²⁴.

A promoção de estratégias que estimulem a QV pode provocar impactos importantes na saúde pública, mas benefícios maiores podem ser esperados com a adesão crescente de práticas saudáveis de vida, bem como de políticas que atendam às necessidades próprias da terceira idade⁸. Atender a meta da OMS de "*Viver não apenas uma vida longa, mas também saudável*" exige além de tempo, esforços de toda a população em reconhecer que o envelhecimento é um processo natural, inevitável e requer mais envolvimento social^{1,6,15}.

2. EXERCÍCIOS

Exercício 01: Segundo estimativas da Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais da Organização das Nações Unidas e a da Organização mundial da Saúde, haverá um aumento expressivo no número de idosos em todo o mundo, o que pode representar 9,7 bilhões de pessoas vivendo com mais de 60 anos nas próximas décadas. Sendo assim, responda: Quais são os fatores que contribuem para o rápido envelhecimento da população no mundo e qual sua relação com o desenvolvimento econômico dos países?

Exercício 02: Sobre o envelhecimento, a compreensão de alguns termos é essencial. Analise cada uma das definições abaixo:

- 1- Autonomia
- 2- Independência
- 3- Senescênci
- 4- Senilidade
- 5- Capacidade Funcional

() Entende-se por envelhecimento patológico acompanhado de declínio funcional e o de patologia.

() Entende-se por envelhecimento normal, com declínio funcional lento e gradual, em que pode adaptar-se perfeitamente, com a ausência de processos mórbidos.

() Capacidade e direito do indivíduo de poder eleger, por si próprio, as regras de conduta, a orientação de seus atos e os riscos que está disposto.

() Capacidade de realizar as atividades básicas, instrumentais e avançadas da vida diária e mobilidade do indivíduo.

() Capacidade de cuidar de si, respeitando os próprios limites físicos e mentais.

A sequência correta é:

- a) 1, 3, 4, 2, 5
- b) 3, 4, 5, 1, 2
- c) 4, 3, 2, 5, 1
- d) 4, 2, 3, 1, 5
- e) 3, 1, 5, 2, 4

Exercício 03: Visto o caráter subjetivo e multidimensional do conceito qualidade de vida, os instrumentos utilizados para sua avaliação são divididos em dimensões e apresentam a percepção do indivíduo em relação a sua qualidade de vida. Diante da qualidade de vida dos idosos, analise as alternativas:

I- O conjunto de escolhas e hábitos de um indivíduo, denominado estilo de vida, pode influenciar na qualidade de vida dos idosos, tanto de forma positiva quanto negativa.

II- Garantir o envelhecimento com maior qualidade para o indivíduo idoso é um desafio, uma importante meta de saúde pública nos países em desenvolvimento.

III- WHOQOL-100 e WHOQOL - BREF e o Medical Outcomes Study 12 Item, formulário abreviado da Avaliação de Saúde 36 (SF-36) são instrumentos que avaliam a qualidade de vida.

IV- O aumento da expectativa de vida e a diminuição mundial das taxas de fertilidade impulsionam o envelhecimento.

Estão corretas as afirmativas:

- a) I, III
- b) I, II

- c) I, II, III, IV
- d) III, IV
- e) I, III, IV

3. ESTUDO DE CASO

S.A.F., 86 anos, sexo masculino, viúvo, cor branca, natural e procedente de Ribeirão Preto – SP, primeiro grau incompleto. Possui três filhos, mora sozinho, relata pouco contato com os filhos que moram em outra cidade. Reside a um ano no endereço atual e não tem contato com os vizinhos. Nega ser tagabista e etilista. Nega alergia medicamentosa. Refere ser hipertenso. Em uso de CAPTOPRIL 25 mg 2 vezes ao dia, HIDROCLOROTIAZIDA 25 mg 1 vez ao dia, OMEPRAZOL 20 mg de manhã. **Ao exame físico:** Apresenta-se orientado quanto espaço e tempo, com queixa de momentos de confusão; pouco comunicativo, com certa dificuldade de expressar suas necessidades, deambulando sem auxílio, marcha regular. Pele íntegra, normocorada, acianótica, anictérica, afebril ($36,7^{\circ}\text{C}$), turgor mantido. Apresenta dentição incompleta, uso de óculos. Eupneico com respiração espontânea; à ausculta murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios. Pulso braquial: 88bpm, pressão arterial: 176x112 mmHg (sentado, braço direito), bulhas rítmicas normofonéticas sem sopro. Abdome globoso, ruídos hidroaéreos normais, ausência de dor à palpação. Força motora preservada. Refere inapetência, dificuldade para dormir e sentimento de autoextermínio. Eliminações presentes, com coloração e odor característicos. Peso: 72,6 kg; Altura: 1,68 m.

Pergunta: No processo de envelhecimento, vimos que o sentimento de solidão pode levar a depressão, impactando negativamente na qualidade de vida das pessoas. Identifique elementos da vida de S.A.F. de 86 anos que apontem para uma situação de solidão e sinais que possam apontar para a depressão.

4. GABARITO COMENTADO

Exercício 01: 2A - Os fatores que estão relacionados ao rápido envelhecimento da população no mundo são caracterizados pelo aumento da expectativa de vida da população e à diminuição das taxas de fertilidade. O aumento da expectativa de vida está relacionado a uma melhor qualidade de vida, uma vez que existem maiores avanços médico tecnológicos com maiores opções para

tratamentos de saúde como diagnósticos precoces, ações curativas e paliativas. Entretanto, em países menos desenvolvidos, em que há graus absolutos de pobreza, há dificuldades de acesso a tais tecnologias por não estarem disponíveis a toda população. Ainda assim, outro fator que contribui para o aumento do envelhecimento da população é a diminuição da taxa de nascimento, as mulheres na fase reprodutiva estão tendo menos filhos. Soma-se a isso, a diminuição da taxa de mortalidade está contribuindo para uma população mais idosa.

Exercício 02: Resposta C

Exercício 03: Resposta E

5. ESTUDO DE CASO

Resposta: S.A.F, é viúvo, mora sozinho e ainda relata pouco contato com os filhos que moram em outra cidade, não tem contato com os vizinhos. Ao exame: momentos de confusão, pouco comunicativo, com certa dificuldade de expressar suas necessidades, Refere inapetência, dificuldade para dormir e sentimento de autoextermínio.

6. REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Department of Ageing and Life Course. Ageing and Life Course, 2020. [citado 25 jun. 2020]. Disponível em:
<https://www.who.int/ageing/en/>
2. Pinzón-Ríos ID. Pérdida de masa muscular inducida por el envejecimiento. Rev. Cienc. Salud [Internet]. 2019 Ago [citado 2020 Jun 27]; 17(2): 223-244. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732019000200223&lng=pt.<http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7925>.
3. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005. [citado 15 jul. 2020]. Disponível em:
http://prattein.com.br/home/images/stories/Envelhecimento/envelhecimento_ativo.pdf
4. Ministério da Saúde. Brasil. Cadernos de Atenção Básica – N° 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa; 2006. [citado 15 jul. 2020]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf
5. Buso ALZ, Viana DA, Alves LMS, Dias FA, Oliveira DV, Antunes MD et al. Fatores associados à qualidade de vida dos idosos octogenários da zona rural de Uberaba/MG. Cad Saúde Colet, 2020;28(2):231-240. [citado 15 jul. 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202000020193>.
6. Carvalho C, Manso AC, Escoval A, Salvado F, Nunes C. Autopercepção da saúde bucal em idosos de uma população urbana em Lisboa, Portugal. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2016 [citado 2020 Jun 25]; 50: 53. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100235&lng=pt. Epub 22-Ago-2016. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006311>.
7. Organização das Nações Unidas. Departamento de Divisão Populacional. A ONU e as pessoas idosas, 2020. [citado 27 jun. 2020]. Disponível em:
<https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio, 2018. [citado 27 jun. 2020]. Disponível em:
<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>
9. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: WHO; 2015 [citado 10 de fev. 2019]. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>. [citado 05 jul. 2020]. Disponível em:
<https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>

10. Manso MEG, Maresti LTP, Oliveira HSB. Análise da qualidade de vida e fatores associados em um grupo de idosos vinculados ao setor suplementar de saúde da cidade de São Paulo, Brasil. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2019 [citado 2020 Jun 25]; 22(4): e190013. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232019000400201&lng=pt. Epub 24-Out-2019. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190013>.
11. Atallah N, Adjibade M, Lelong H, Hercberg S, Galan P, Assmann KE, et al. How Healthy Lifestyle Factors at Midlife Relate to Healthy Aging. *Nutrients*. 2018 Jun 30;10(7):854. doi: 10.3390/nu10070854. PMID: 29966372; PMCID: PMC6073192. [citado 03 jul. 2020]. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6073192/pdf/nutrients-10-00854.pdf>
12. Díaz LC, Moreno SC, Arias-Rojas M. Solidão no adulto maior: implicações para o profissional de enfermagem. *Rev Cuid* [Internet]. 2019 Ago [citado 2020 Jun 27]; 10 (2): e633. Disponível em:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000200300&lng=pt. Epub 09-Jan-2020.
<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.633>.
13. Uchôa YS, Costa DCA, Silva JIAP, Silva STSE, Freitas WMTM, Soares SCS. A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2016 Dez [citado 2020 Jun 25]; 19 (6): 939-949. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000600939&lng=pt. <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.150189>.
14. World Health Organization. Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, nov. 1995.
15. Ingrand I, Paccalin M, Liuu E, Gil R, Ingrand P. Positive perception of aging is a key predictor of quality-of-life in aging people. *PLoS One*. 3 de outubro de 2018; 13 (10): e0204044. doi: 10.1371/journal.pone.0204044. [citado 29 jun. 2020]. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6169874/>
16. Urtamo A, Jyväkorpi SK, Strandberg TE. Definitions of successful ageing: a brief review of a multidimensional concept. *Acta Biomed*. 2019 May 23; 90(2): 359-363. doi: 10.23750/abm.v90i2.8376. PMID: 31125022; PMCID: PMC6776218. [citado 05 jul. 2020]. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6776218/pdf/ACTA-90-359.pdf>
17. Cosco TD, Howse K, Brayne C. Healthy ageing, resilience and wellbeing. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017 Dec; 26 (6) : 579-583. doi: 10.1017/S2045796017000324. Epub 2017 Jul 6. PMID: 28679453; PMCID: PMC6998987. [citado 30 jun. 2020]. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6998987/pdf/S2045796017000324a.pdf>

18. Garbaccio JL, Tonaco LAB, Estêvão WG, Barcelos BJ. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos em áreas rurais. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018 [citado 2020 09 de julho]; 71(Suppl2):724-732. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000800724&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0149>
19. Chruściel P, Szczechala KM, Derewiecki T, Jakubowska K, Nalepa D, Czekirda ME, et al. Differences in the quality of life dependent on family status of the elderly living in rural areas - a cross-sectional survey. Ann Agric Environ Med. 2018;25(3):532-538. doi:10.26444/aaem/93501. [citado 09 jul. 2020]. Disponível em: file:///D:/Users/Usuario/Downloads/Differences%20in%20the.pdf
20. Kok JS, Nielsen MMA, Scherder EJA. Quality of life in small-scaled homelike nursing homes: an 8-month controlled trial. Health Qual Life Outcomes. 2018;16(1):38. Published 2018 Feb 27. doi:10.1186/s12955-018-0853-7. [citado 09 jul. 2020]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5830070/pdf/12955_2018_Article_853.pdf
21. Brett L, Georgiou A, Jorgensen M, Siette J, Scott G, Gow E, et al. Ageing well: evaluation of social participation and quality of life tools to enhance community aged care (study protocol). BMC Geriatr. 2019 Mar 12;19(1):78. doi: 10.1186/s12877-019-1094-2. PMID: 30871472; PMCID: PMC6419453. [citado 04 jul. 2020]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6419453/pdf/12877_2019_Article_1094.pdf
22. Wang C, Pu R, Li Z, Ji L, Li X, Ghose B, et al. Subjective health and quality of life among elderly people living with chronic multimorbidity and difficulty in activities of daily living in rural South Africa. Clin Interv Aging. 2019 Jul 17;14:1285-1296. doi: 10.2147/CIA.S205734. PMID: 31409978; PMCID: PMC6645605. [citado 09 jul. 2020]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6645605/pdf/cia-14-1285.pdf>
23. Ferreira LK, Meireles JFF, Ferreira MEC. Avaliação do estilo de vida e qualidade de vida em idosos: uma revisão da literatura. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2018 Oct [cited 2020 July 09]; 21 (5): 616-627. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000500616&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180028>. [citado 09 jul. 2020]. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n5/pt_1809-9823-rbgg-21-05-00616.pdf
24. Marques FP, Bulgarelli AF. Os sentidos da atenção domiciliar no cuidado ao idoso na finitude: a perspectiva humana do profissional do SUS. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2020 Jun [citado 2020 Jul 09]; 25 (6): 2063-2072. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000602063&lng=pt. Epub 03-Jun-2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.21782018>.

25. Cucinotta D. Preparing for the Decade of Healthy Aging (2020-2030): prevention plus therapy? *Acta Biomed.* 2018 Jun 7; 89 (2): 145-147. doi: 10.23750/abm.v89i2.7402. PMID: 29957744; PMCID: PMC6179028. [citado 04 jul. 2020]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6179028/pdf/ACTA-89-145.pdf>
26. Vegi ASF, Fernandes FEI, Pessoa MC, Ramos KL, Ribeiro AQ. Caminhabilidade e envelhecimento saudável: uma proposta de análise para cidades brasileiras de pequeno e médio porte. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2020 [citado 2020 Jul 10]; 36(3): e00215218. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000305005&lng=pt. Epub 13-Mar-2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00215218>.
27. Lisboa Cristiane Rabelo, Chianca Tânia Couto Machado. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2012 June [citado ited 2020 July 15]; 65 (3): 482-488. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000300013&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000300013>.
28. Camacho A, Gomes F. Idoso e mobilidade urbana: uma abordagem reflexiva da enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFPE on-line* [Internet]. 2017 4 de dezembro; [Citado em 10 de julho de 2020] 11 (12): 5066-5073. Disponível em: <HTTPS://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23068>

CAPÍTULO 11

AS POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

David de Oliveira Castro

Graduando em Psicologia e graduado em Letras pela PUC Minas. Pesquisador bolsista pelo Fundo de Incentivo à Pesquisa – PUC Minas. Articulador do Projeto Laços e da Frente Estadual pelo Desencarceramento de MG.

Luisa Azeredo Silveira

Psicóloga. Especialista em Atenção Primária à Saúde pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Municipal Odilon Behrens. Atualmente Coordenadora de Saúde Indígena e Políticas de Promoção da Equidade em Saúde da SESMG.

“Lutar pela igualdade sempre que as diferenças nos discriminem, lutar pelas diferenças, sempre que a igualdade nos descaracterize”.

Boaventura de Souza Santos.

ESQUEMA SINTÉTICO DO CAPÍTULO

1. INTRODUÇÃO

2. DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

3. AS POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DE EQUIDADE EM SAÚDE: PARA QUEM SE DESTINAM?

4. ATIVIDADE PRÁTICA PARA OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

4.1 EXPERIÊNCIAS PRÁTICAS NO CUIDADO MATERNO-INFANTIL

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. REFERÊNCIAS

1. INTRODUÇÃO

A equidade em saúde faz parte de um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), que englobam a universalidade, integralidade e equidade. A universalidade refere-se à garantia de um serviço que atenda a todas e todos, sem distinção ou restrição, entendendo a saúde enquanto direito universal, oferecendo atenção necessária independente de sua faixa etária, raça/cor, gênero e sexualidade, território e classe econômica. A integralidade está na oferta de uma atenção à saúde que promova ações contínuas de prevenção e tratamento a todos da comunidade, seja qual for o nível de sua complexidade (atenção primária, secundária ou terciária), ou seja, um serviço que integre ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Este princípio compreende o ser humano como um ser biopsicossocial, ou seja, um espectro que abrange sua dimensão espiritual, social, seu corpo fisiológico/orgânico e subjetivo, e pressupõe uma ação intersetorial que se articule com outras políticas públicas para garantir a saúde e a qualidade de vida integral ao indivíduo.

Diferente dos demais princípios do SUS, o princípio da equidade tem sido objeto de estudo ao longo dos anos e vem sendo entendido “como um processo em permanente transformação, que vai mudando seu escopo e abrangência à medida que certos resultados são alcançados e que novos desafios vão surgindo.”¹⁽⁹⁾

Para além da distribuição igualitária de serviços de saúde e do viés da melhor alocação de recursos e investimentos, este conceito se norteia a partir dos determinantes sociais da saúde, sendo, portanto, importante sua compreensão como um conceito multidimensional, que reconhece e atende as populações de acordo com suas necessidades e especificidades, canalizando sua atenção aos que mais necessitam e dessa forma, guardando estrita relação com os conceitos de justiça social.

Este conceito traz, portanto, um contraponto ao conceito de igualdade, ao considerar que determinados processos sócio-históricos associados aos determinantes sociais e às diferentes desigualdades sociais impactam na maneira como cada povo e população terá acesso aos direitos previstos e às políticas públicas diversas, gerando necessidades em saúde diferentes. Assim, torna-se impossível aceitar de antemão que todos têm o mesmo acesso à saúde ou à possibilidade de alcançá-la.

Ao contrário do conceito de igualdade, que visa ofertar o mesmo serviço para todos de maneira igualitária, sem considerar os atravessamentos históricos e sociais que se impõe a determinadas populações, expondo-as a diversas vulnerabilidades e barreiras de acesso diante do serviço ofertado, a equidade tem como objetivo diminuir essas disparidades sociais no acesso à saúde, consideradas como injustas e evitáveis, investindo em ações, recursos e atendimento onde a carência é maior e reconhecendo a diversidade e especificidades dos usuários e usuárias do SUS.

Portanto, o princípio da equidade entende que o direito à saúde passa também pelas diferenciações sociais e que, portanto, deve atender e reconhecer a pluralidade e a diversidade da população, ofertando um serviço de acordo com as suas reais necessidades. Desse modo, o atendimento integral e universal deve estar em consonância direta com a equidade, caso contrário incorremos no erro de criar estruturas universalizantes que massificam todos os usuários, tentando inserir a todos em um único modelo assistencial e, com isso, não só gerar dispositivos preconceituosos e discriminatórios, mas também impedir o acesso e negligenciar a saúde dos que mais necessitam. Portanto, a equidade torna-se um princípio essencial para que se possa operacionalizar a universalidade do acesso à saúde.

2. DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Ao pensarmos na dimensão da equidade em saúde, é preciso antes identificar quais são as iniquidades no acesso que determinados indivíduos e populações vivenciam. Para isso torna-se fundamental o entendimento dos determinantes sociais da saúde e seus impactos nas formas de adoecer, acessar os serviços de saúde e na qualidade da assistência ofertada.

Os determinantes sociais de saúde são compreendidos, de maneira geral, como a condições de vida e trabalho das populações considerando, de acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), aspectos como “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”.²⁽⁷⁸⁾ Dentre alguns modelos que pretendem elucidar o impacto dos determinantes sociais, destaca-se o de Dahlgren e Whitehead, que organiza os determinantes sociais em saúde em camadas ora mais próximas, ora mais distantes das características individuais e que incidem sobre os processos de saúde-doença.

Figura 1 - Modelo dos determinantes sociais em saúde.



Fonte: Buss & Pellegrini Filho (2007)²

Conforme Carvalho (2012) *apud* Carrapato, Correia e Garcia (2017)³:

Neste modelo os determinantes da saúde estão dispostos em diferentes níveis, sendo o centro do modelo os indivíduos (com as características individuais de idade, gênero e fatores genéticos). No primeiro nível encontram-se os fatores relacionados com os estilos de vida (com potencial para serem alterados por ações baseadas em informação). No seguinte estão as redes de apoio sociais e comunitárias, indispensáveis para a saúde da sociedade. No nível mais distal estão representados os determinantes em nível macro (macrodeterminantes), relacionados com aspectos econômicos, ambientais, culturais da sociedade em geral. Estes possuem grande capacidade de influenciar os fatores dos níveis subjacentes. De forma geral, a lógica dos determinantes sociais da saúde pretende reduzir as iniquidades em saúde, melhorar a saúde e melhorar o bem-estar, promover o desenvolvimento e alcançar as metas de saúde.³ (6823)

Neste sentido, o impacto dos determinantes sociais da saúde pode ser evidenciado ao observarmos os dados epidemiológicos de determinados grupos populacionais. Como, por exemplo, ao analisar os dados referentes à saúde mental da população LGBT. De acordo com a revista científica Pediatrics⁴, gays, lésbicas e bissexuais, devido à homofobia, lesbofobia e bifobia, têm seis vezes mais chance de tirar a própria vida, em relação a heterossexuais, com risco 20 % maior de suicídio quando convivendo em ambientes hostis à sua orientação sexual ou identidade de gênero. Conforme Atlas da Violência (2019)⁵, em que expõe o aumento do índice de

denúncias de violências contra a população LGBT no Brasil e no estado de Minas Gerais, aponta que de um ano para o outro houve um salto de 96 para 117 denúncias. Nos relatos de lesão corporal tiveram alta, neste período, de 65,3 %, saindo de 26 para 43. Estes dados acendem um alerta para o nível de adoecimento físico e psicológico da população LGBT, principalmente no que tange às mulheres travestis e pessoas transexuais em decorrência da invisibilidade de sua identidade de gênero, pela maior exposição às violências, por suas maiores dificuldades de inserção na educação e no mercado formal de trabalho, pela autoadministração de hormônios e aplicação sem os devidos cuidados de silicone industrial. Normalmente, as mulheres travestis e transexuais, assim como os homens transexuais recorrem a informações disponíveis em sites de busca na internet, redes sociais e na troca de experiência com outras pessoas que iniciaram sua transição há mais tempo. Autorregulam a dosagem e realizam interações medicamentosas sem respaldo médico colocando-se em risco.⁶ A estimativa de vida população travesti e transexual é de 35 anos de idade, enquanto de pessoas cisgêneras é de 79 anos e 6 meses.

A população negra é a que mais utiliza os serviços do SUS (67 %)⁷, mas ainda sofre muito com o racismo institucional, que impacta em dados negativos em relação ao perfil epidemiológico, expresso, por exemplo, à partir da distribuição de casos de Hepatite A no Brasil, na qual 70,4 % das notificações são na população negra. Outro agravo diz respeito à doença falciforme, sendo esta a que afeta predominantemente a população negra, bem como o aumento da mortalidade por hipertensão. A mortalidade materna-infantil também possui recortes de raça/cor, visto que, de acordo com o Painel SUS (2016) em relação à mortalidade materna, do total de 1.583 mortes em 2012, 60 % eram de mulheres negras, e 34 % de brancas.⁷

A condição de saúde da população em situação de rua também é bastante precária. Conforme dados do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)⁸ revelam que, das mais de 14 mil pessoas em situação de rua no Estado, pelo menos 7 mil vivem na capital mineira. Doenças como tuberculose, dermatites, ISTs, bem como o uso abusivo de álcool e outras drogas e transtornos mentais, são questões prevalentes nessa população, às quais sofrem com as barreiras de acesso e descontinuidade dos tratamentos, que não contemplam a dinâmica da vida da população em situação de rua. A população migrante, refugiada e apátrida, muitas vezes por medo e não conhecem a dinâmica do SUS, não acessam os serviços de

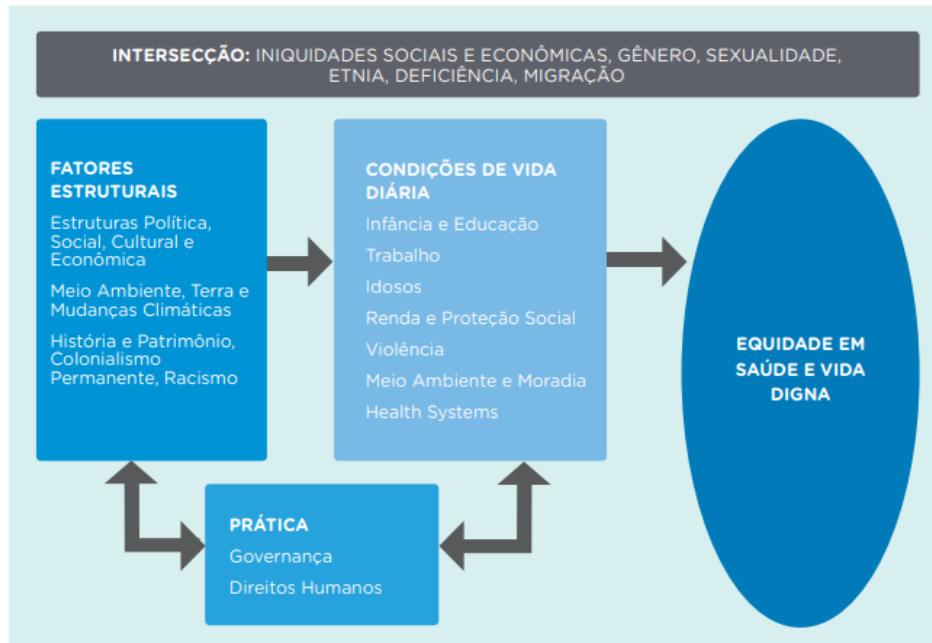
saúde. Segundo diagnóstico sobre migração e refúgio em Minas Gerais (2016)⁹, 83 % dos migrantes não sabem que o SUS é um sistema de saúde gratuito.

O sistema prisional e o sistema socioeducativo apresentam diversas problemáticas que impactam diretamente no adoecimento físico e mental da população privada de liberdade, como a superlotação, as péssimas condições estruturais e a dificuldade em acessar os diferentes pontos da rede de atenção em saúde, que fazem com que alguns agravos sejam mais comuns no sistema prisional quando comparados à população em geral. O risco de se contrair tuberculose no sistema prisional é 34 vezes maior do que entre a população em geral, de acordo com o Programa Prisões Livres de Tuberculose.¹⁰

A população que vive em meio rural vivencia diversas dificuldades, como os maiores índices de mortalidade infantil, insalubridade e de analfabetismo, possui riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho, das tecnologias agrícolas, destacando as intoxicações por agrotóxicos, mercúrio e outras substâncias. Os povos indígenas, devido à usurpação de suas terras e o processo de genocídio desde a colonização, vivem em extrema vulnerabilidade, fazendo com que sejam mais acometidos por doenças parasitárias devido às condições sanitárias das aldeias, maiores taxas de mortalidade por suicídio, cerca de três vezes maior comparada a nacional, e um grande número de casos de alcoolismo em algumas etnias.

O relatório de 2019 da Comissão da Organização Pan-Americana da Saúde sobre *Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas, Sociedades Justas: equidade na saúde e vida digna*¹¹, tenta traçar um esquema conceitual que busca a análise dos determinantes sociais e como os mesmos incidem sobre a equidade em saúde. Parte da análise dos fatores estruturais (políticos, sociais, culturais e econômicos) e seus impactos nas condições de vida diária (educação, trabalho e renda, proteção social, violências, condições de moradia) e como o mesmo são influenciados por aspectos de governança e acesso aos direitos humanos e pelos aspectos do racismo estrutural, do colonialismo, da sexualidade, gênero, etnia e migração.

Figura 2 - Quadro conceitual.



Fonte: Sociedades Justas: Equidade na Saúde e Vida Digna¹¹⁽⁶⁾

Ainda segundo o relatório, “a forma como os mercados funcionam, o papel do setor público e as desigualdades econômicas são fatores estruturais das iniquidades nas condições da vida diária, cuja maior parte é produzida ou modificada por escolhas políticas”. Portanto, compreender a determinação social no dinâmico processo de saúde-doença das pessoas e das coletividades significa reconhecer que a exclusão social, o desemprego, o não acesso à moradia e à alimentação digna, assim como a dificuldade de acesso à saúde, educação, emprego, lazer e cultura impactam diretamente na qualidade de vida e saúde da nossa população e, por isso, faz-se urgente e necessário pensar ações afirmativas e políticas públicas equânimes que promovam o reconhecimento das identidades plurais da cultura, das populações em situação de vulnerabilidade social, bem como a redistribuição econômica como forma de minimizar ou eliminar as desigualdades existentes, que geram o adoecimento e a morte destas populações.

3. AS POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE: PARA QUEM SE DESTINAM?

Primeiramente, é importante entender que o conceito de vulnerabilidade em saúde ou vulnerabilidade social é um conceito amplo que abarca aspectos sociais, econômicos e culturais. Porém, ao propor as Políticas de Promoção da Equidade em

Saúde, o Ministério da Saúde trabalha com a perspectiva identitária neste processo de construção das vulnerabilidades em saúde. Ou seja, comprehende que aspectos como raça/cor, orientação sexual e identidade de gênero, aspectos culturais, territoriais dentre outros, atravessam e são atravessados pelos aspectos socioeconômicos e políticos mais amplos, intensificando e gerando vulnerabilidades diferentes.

Portanto, para localizarmos as populações contempladas pelas Políticas de Promoção da Equidade, antes de tudo, precisamos compreender, sob a luz dos processos sócio-históricos, que diferentes características como orientação sexual e identidade de gênero, raça/etnia, formas de vida, trabalho e produção, especificidades territoriais/regionais e a consequente construção histórica de valores culturais e sociais a elas atribuídas, geram diferentes formas de inserção social que influenciam no acesso aos direitos e políticas públicas diversas. Isso faz com que muitas dessas populações que não compõe o grupo majoritário que têm facilidade e acesso aos direitos básicos e fundamentais como saúde, renda, educação e trabalho, sofram e fiquem expostas às diversas vulnerabilidades sociais, dentre elas, as relacionadas à saúde.

Destarte, a população negra, a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis transexuais - LGBT, povos ciganos, circenses, população quilombola rural e urbana, vazanteiros, geraizeiros, comunidades pesqueiras e outros povos e comunidades tradicionais, pessoas que vivem em acampamentos, assentamentos da reforma agrária, ocupações urbanas e rurais, população privada de liberdade, adolescentes em conflito com a lei, a população em situação de rua e dos atingidos por barragens são as que fazem parte do escopo das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde.

As Políticas de Promoção da Equidade em Saúde são, portanto, um conjunto de políticas que objetivam trazer visibilidade às demandas de grupos populacionais específicos, como os citados acima. Dessa forma, o Ministério da Saúde publicou as seguintes políticas que fazem parte deste escopo:

- Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), no ano de 2009;
- Política Nacional de Saúde Integral da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, no ano de 2011;

- Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e das águas (PNSIPCF), no ano de 2011;
- Plano Operativo de Ações para a Saúde da População em Situação de Rua, de 2013;
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, em 2018;

Para além dessas políticas, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais abarcou também outras populações, a partir do reconhecimento das suas especificidades no acesso à saúde, incluindo no escopo das Políticas de Promoção da Equidade em saúde:

- Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, de 2002;
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), de 2014;
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado.

Mais recentemente, em Agosto de 2020, o estado de Minas Gerais instituiu a Política Estadual de Saúde Integral LGBT, após um longo processo de construção conjunta desde a instituição do Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral LGBT, em 2016, com vistas à inclusão das especificidades dessa população nos fluxos e protocolos de saúde existentes no estado, a preconização do fortalecimento das redes de atenção à saúde e o reconhecimento da orientação sexual e identidade de gênero como determinantes sociais da saúde.

4. ATIVIDADE PRÁTICA PARA OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Para iniciar a implantação das Políticas de Promoção da Equidade nos territórios e serviços de saúde, faz-se necessário desenvolver ações que atendam as dimensões da assistência em saúde, vigilância em saúde, educação permanente, educação popular e participação social. Para começar a pensar a organização dos serviços de atenção primária, propomos uma autoavaliação da organização dos serviços através da realização de um *checklist* que traz algumas dimensões importantes da organização dos mesmos que garantam a equidade em saúde,

dentro dos quatro eixos comentados acima e considerados fundamentais para a garantia do acesso de todas e todos à saúde.

Quadro 1 - Modelo de atividade proposta.

POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE				
PLANEJAMENTO				
VOCÊ IDENTIFICA NO SEU TERRITÓRIO ESTAS POPULAÇÕES?	SIM	NÃO	EM ANDAMENTO	N/A
População Negra				
População LGBT				
Povos e comunidades tradicionais (Quilombolas, ciganos, circenses, comunidades de matriz africana, geraizeiros, vazanteiros, pescadores artesanais, faisqueiros e outros).				
População em Situação de Rua				
População Privada de Liberdade e Adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa				
Migrantes, Refugiados e Apátridas				
População Indígena				
Assentamentos e Acampamentos da Reforma Agrária				
População Rural				
Tem equipe de saúde da família responsável pelo atendimento:	SIM	NÃO	EM ANDAMENTO	N/A
Povos e comunidades tradicionais (Quilombolas, ciganos, circenses, comunidades de tradição matriz africana, geraizeiros, vazanteiros, pescadores artesanais, faisqueiros e outros),				
População rural				
Assentamentos e Acampamentos da Reforma Agrária				
População Privada de Liberdade e Adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa				
ASSISTÊNCIA				
A APS trabalha de forma intersetorial com outras políticas públicas que atendem essas populações?	SIM	NÃO	EM ANDAMENTO	N/A
O acesso na APS está garantido:	SIM	NÃO	EM ANDAMENTO	N/A
Sem necessidade de comprovar endereço				
Sem necessidade de apresentar documentação				
Respeitando o nome social de pessoas transexuais e travestis				

Garantindo o uso de banheiros de acordo com a identidade de gênero				
São desenvolvidas ações de promoção de saúde que contemplam as especificidades destas populações:	SIM	NÃO	EM ANDAMENTO	N/A
População Negra				
População LGBT				
Povos e comunidades tradicionais (Quilombolas, ciganos, circenses, comunidades de matriz africana, geraizeiros, vazanteiros, pescadores artesanais, faisqueiros e outros).				
População em Situação de Rua				
População Privada de Liberdade e Adolescentes em cumprimento de medida socioeducativo				
População Indígena				
Assentamentos e Acampamento da Reforma Agrária				
População Rural				
Migrantes, Refugiados e Apátridas				
VIGILÂNCIA EM SAÚDE				
A APS garante a vacinação destes públicos:	SIM	NÃO	EM ANDAMENTO	N/A
População em Situação de Rua				
População Privada de Liberdade e adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas				
Migrantes, Refugiados e Apátridas				
Povos e comunidades tradicionais (Quilombolas, ciganos, circenses, comunidades de matriz africana, geraizeiros, vazanteiros, pescadores artesanais, faisqueiros e outros).				
População Indígena				
Assentamentos e Acampamentos da Reforma Agrária				
População Rural				
Nos sistemas de informação e no Cadastro dos usuários (as) é preenchimento:	SIM	NÃO	EM ANDAMENTO	N/A
O campo raça/cor/etnia				
O campo zona urbana/zona rural				
O campo de identidade de gênero e orientação sexual				
O campo Nome Social				
EDUCAÇÃO PERMANENTE E EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE				
Você se sente qualificado (a) para abordar	SIM	NÃO	EM ANDAMENTO	N/A

estas populações?				
Nas campanhas de saúde desenvolvidas pelo serviço são contempladas as especificidades dessas populações?				
São definidas estratégias de comunicação e educação em saúde, com linguagem adequada para estas populações?				
PARTICIPAÇÃO SOCIAL				
A APS conhece as lideranças comunitárias de seu território?	SIM	NÃO	EM ANDAMENTO	N/A
A APS dialoga com estes representantes para a construção das ações de saúde direcionadas para estas populações?				
A APS tem espaços de controle social, como conselhos locais de saúde ou outros espaços de diálogo com a comunidade de seu território?				

Fonte: Checklist Adaptado do Guia Orientador da Atenção Primária à Saúde (APS) de Minas Gerais para enfrentamento da Pandemia de COVID19 (2020).

4.1 DISCUSSÃO PRÁTICA: INTERSEÇÕES ENTRE A PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O checklist sugerido acima, ao mesmo tempo em que nos permite uma rápida identificação do grau de promoção da equidade em saúde na organização de um serviço de atenção primária, aponta ações e mudanças na organização dos serviços que podem auxiliar a ampliar o acesso a grupos populacionais específicos, melhorando o acolhimento e a assistência ofertada.

Importante salientar que quando discutimos a promoção da equidade em saúde, a dimensão do acesso ganha destaque e faz com que a atenção primária à saúde, enquanto porta de entrada tenha papel fundamental na sua efetivação. Implantar as políticas de equidade pressupõe ainda que estas discussões estejam presentes desde o momento de reconhecimento do território e planejamento das ações, se estendendo para toda a rede de saúde na busca do cuidado integral.

Dessa forma, o começo da redução das iniquidades em saúde parte do reconhecimento dessas populações nos territórios e da responsabilidade sanitária pela mesma. Sendo importante incluir nos processos de territorialização e cadastramento da APS o reconhecimento das populações presentes no território de abrangência, identificando as especificidades culturais, religiosas, de moradia (se vivem em instituições, se possuem moradia ou tem trajetória de vida nas ruas), de

constituição familiar, dentre outras, registrando essas informações corretamente nos campos disponíveis nos sistemas oficiais de saúde (respeitando-se sempre a autodeclaração de raça/cor, identidade de gênero e orientação sexual, se pertence a povos e comunidades tradicionais, etc.) e incluindo esta análise qualitativa no diagnóstico local construído pelo serviço.

Neste processo de identificação das populações e de suas necessidades singulares, o processo da participação social é fundamental, sendo importante buscar junto às lideranças locais parcerias para a identificação das especificidades, bem como a construção conjunta e compartilhada das ações, a partir do entendimento das especificidades culturais, territoriais, de trabalho e produção, dentre outros aspectos. É fundamental ainda identificar as barreiras territoriais, que irão exigir novas organizações de processos de trabalho para garantir o acesso, como, por exemplo, as populações em zona rural, que muitas vezes possuem acesso limitado à cidade bem como aos meios de comunicação, sendo fundamental pensar estratégias organizacionais para facilitar o acesso ao serviço, organizando, inclusive, visitas domiciliares a esta comunidade. Tais barreiras exigem olhar atento da gestão para que possam ser superadas dentro de um processo mais amplo de acesso à cidade e outras políticas públicas. Além disso, torna-se fundamental a compreensão dos determinantes sociais nas análises de estratificação de risco das doenças crônicas e demais agravos em saúde, entendendo os atravessamentos dos mesmos nestas estratificações.

A partir da identificação dessas populações no território e seu adequado cadastramento, conseguimos, agora, pensar as dimensões do cuidado para esta população, identificando as necessidades de qualificação do cuidado para atender as suas especificidades, garantindo que algumas barreiras de acesso possam ser superadas. Uma das principais barreiras de acesso enfrentadas por essas populações advém da discriminação e da intolerância à diversidade, sendo comum testemunharmos o não respeito às identidades de gênero, o desrespeito ao nome social de pessoas transexuais e travestis, a recusa no atendimento da população em situação de rua ou de ocupações urbanas e rurais devido à não comprovação de endereço, ou a intolerância religiosa às pessoas de tradição de matriz africana. Importante ressaltar que há várias normativas nacionais e estaduais que tentam eliminar tais barreiras de acesso, como a Portaria 940, de 28 de Abril de 2011¹², que pontua que o atendimento não pode ser negado diante da não possibilidade de

comprovação de endereço e a Nota Técnica SAPS Nº007/2016¹³, que versa sobre o mesmo tema para ocupações urbanas, rurais e povos tradicionais; Nota Técnica SAPS/DPAPS/Núcleo de políticas de promoção da equidade em saúde¹⁴, que orienta quanto ao registro do nome social no sistema E-SUS Atenção Básica e ao respeito do nome social em todos os serviços do Sistema Único de Saúde; dentre outras ainda pouco conhecidas entre os profissionais da APS. Isto coloca de pronto a necessidade de qualificarmos o acolhimento, para que isto aconteça de forma humanizada e garanta o respeito à diversidade como um de seus pilares fundamentais.

Ainda pensando na construção do cuidado, é importante compreendermos que ao se debater sobre determinantes sociais, a intersetorialidade se torna uma premissa, sendo fundamental buscar a articulação com demais serviços e políticas públicas para a construção de uma rede de cuidados. Alguns estudos definem a intersetorialidade enquanto “um processo político, técnico e administrativo que envolve negociação e distribuição de poder, recursos e capacidades, técnicas e institucionais, entre diferentes setores. “Realça, também, que esse processo demanda uma visão social e vontade política dos governos, arranjos institucionais e capacitação gerencial de agentes, além de participação de agentes locais comunitários com a formação de parcerias com organizações da sociedade civil formando arranjos com capacidade deliberativa”¹⁵⁽¹⁷⁾¹³⁻¹⁴. Na busca pela intersetorialidade, entram a articulação com os serviços de assistência social, albergues que acolhem a população em situação de rua, instituições que trabalham com o processo de interiorização de migrantes, conselhos e demais espaços de participação social, movimentos sociais dentre outros recursos presentes nos territórios.

Junto à intersetorialidade, a transversalidade aparece como ferramenta necessária à implantação das Políticas de Promoção da Equidade, ao entendermos que, para além da dimensão do acesso, e ampliando e qualificando este conceito, os impactos dos determinantes sociais são transversais e, portanto, exigirão qualificação e alteração de protocolos e demais ferramentas de cuidado em todos os âmbitos, como saúde da mulher e do homem, saúde mental, promoção à saúde e alimentação saudável, etc. Tais interseções não pressupõem, a priori, construção de fluxos específicos, mas a discussão dos determinantes sociais na interface com as linhas de cuidado. Por exemplo, sabe-se que as tentativas de autoextermínio

aumentaram na população negra e jovem, bem como tem maior incidência nas pessoas LGBT quando comparadas às demais orientações sexuais. Isso traz para o debate a importância de discutir o racismo e as lgbtfobias no cenário da saúde mental, pensando como podemos construir ações de cuidado e promoção à saúde, direcionadas a este público, por exemplo.

Outro ponto de intervenção quando dizemos da implantação dessas políticas é a importância de fortalecermos o registro de suas especificidades nos sistemas de informação oficiais de saúde. O ESUSAB possui atualmente campos que identificam a identidade de gênero, orientação sexual, raça/cor, povos e comunidades tradicionais, contudo, em sua maioria ainda são mal preenchidos ou não preenchidos, gerando lacunas no perfil epidemiológico de grupos populacionais específicos e dificultando a construção de políticas públicas direcionadas para os mesmos. Dessa forma, o registro destas informações, respeitando-se a autodeclaração, torna-se crucial para dar visibilidade as especificidades e assim orientar as ações.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendendo a Atenção Primária enquanto porta de entrada do SUS e, portanto, o ponto de partida na garantia do direito à saúde dessas populações, é fundamental estabelecer um espaço acolhedor, com abordagem qualificada, efetiva e capaz de reconhecer e legitimar as especificidades e demandas em saúde dessas populações.

Neste sentido, longe de esgotar o tema complexo das Políticas de Promoção da Equidade e as especificidades de cada grupo populacional, este artigo teve como objetivo traçar primeiros passos necessários à construção de uma atenção primária que reconheça a pluralidade de usuários e usuárias do SUS e que tenha a promoção da equidade em saúde enquanto macroprocesso básico de organização dos seus serviços para que a universalidade em saúde não se torne um princípio de papel e na certeza de que a luta e defesa do SUS anda lado a lado a luta e defesa das diferenças de ser e existir.

6. REFERÊNCIAS

1. Barros FPC, Sousa MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde e Sociedade*. 2016 [citado 2020 ago 22]; 25(1): 9-18. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>.
2. Buss MP, Pellegrini Filho PA. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2007 [citado 2020 ago 22]; 17(1):77-93. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>>.
3. Carrapato P, Correia P, Garcia B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde e Sociedade*. 2017 [citado 2020 ago 22]; 26(3): 676-89. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>.
4. Garofalo R, Wolf RC, Kessel S, Palfrey SJ, DuRant RH. The Association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics*. 1998; 101(5):895-902.
5. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Atlas da violência. 2019 [citado 2020 ago 22]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/190605_atlas_da_violencia_2019.pdf
6. Galindo D, Vilela R, Moura M. Uma dose querer: performances tecnofarmacológicas no uso informal de hormônios entre travestis. *Gênero, corpo e ativismos*. 2012;171-96.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Temático Saúde da População Negra. Brasília: Ministério da Saúde. 2016; 7(10):82.
8. Farias S M, Gomes MFM, Almeida EL. Coleção Cadernos de Direitos Humanos: Cadernos Pedagógicos da Escola de Formação em Direitos Humanos de Minas Gerais EFDH-MG Proteção, Promoção e Reparação dos Direitos dos Cidadãos em Situação de Rua. Belo Horizonte: Marginália Comunicação; 2016 [citado 2020 ago 22]. Disponível em: http://direitoshumanos.social.mg.gov.br/sites/default/files/documentos/geral/livro_4_protecao_promocao_e_reparacao_dos_direitos_dos_cidadaos_em_situacao_de_rua.pdf.
9. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Direitos Humanos. Participação Social e Cidadania – MG. Cooperativa de Trabalho Universidade Livre. Diagnóstico sobre migração e refúgio em minas gerais. 2018 [citado 2020 ago 22]. Disponível em: http://www.agenciaminas.mg.gov.br/ckeditor_assets/attachments/4455/dgir_imprimir_29-03-2018_capacolorida.pdf.
10. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Cooperação técnica do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Programa Prisões Livres de Tuberculose: Tb nas prisões[internet]. 2018[citado 2020 ago 22]. Disponível em: <https://www.prisoeslivresdetb.com.br/tb-nas-prisoes>.
11. Comissão da Organização Pan-Americana da Saúde sobre Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas. Sociedades justas: equidade em saúde e vida com dignidade. Washington: OPAS; 2019 [citado 2020 ago 22]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51613>.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 940, de 28 de Abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). 2011 [citado 2020 ago 22]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/documentos/legislacao/portarias/portaria_940.pdf
13. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Nota Técnica SAPS Nº007/2016: Recomendações de atendimento às populações de ocupações urbanas e rurais, ciganos e circenses nos serviços públicos de atenção primária à saúde de Minas Gerais, sem a obrigatoriedade da exigência de comprovação de endereço. 2016 [citado 2020 ago 22]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/apresentacoes/uberlandia/equidade_ses.pdf
14. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Núcleo de políticas de promoção da equidade em saúde. *Nota Técnica SAPS Nº03/2017*: Orienta quanto ao registro do nome social no sistema E-SUS Atenção Básica e ao respeito do nome social em todos os serviços do Sistema Único de Saúde. 2017 [citado 2020 ago 22]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/apresentacoes/uberlandia/equidade_ses.pdf
15. Fiorati RC, Souza LB, Cândido FCA, Silva LNF, Finzeto LC, Alves LS et al. Iniquidades sociais e intersetorialidade: desafio à atenção primária à saúde. Rev. Enferm. UFPE online. 2018 [citado 2020 ago 22]; 12(6):1705-16. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230523>.

SOBRE OS ORGANIZADORES

Profissionais que acreditam e defendem o importante papel da Atenção Primária à Saúde no contexto da Rede de Atenção à Saúde, os organizadores da presente obra constituem-se pelos enfermeiros **Maria Ambrosina Cardoso Maia**, doutora em Enfermagem pelo Programa Interunidades de Pós-graduação da EERP/USP, trabalha na Superintendência Regional de Saúde de Passos exercendo a função de Especialista em Políticas e Gestão em Saúde, é também docente na UEMG-Passos; **Jaqueleine Silva Santos**, doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da EERP/USP, atualmente exerce a função de Especialista em Políticas e Gestão da Saúde na Coordenação de Atenção à Saúde/Superintendência Regional de Saúde de Passos (CAS/SRS Passos); **Gilmar Antonio Batista Machado**, doutorando pelo Programa de Enfermagem Fundamental da EERP/USP, foi enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família nos municípios de Ribeirão Preto e São Sebastião do Paraíso, onde também atuou como apoiador e coordenador da Atenção Primária à Saúde, e hoje exerce a função de Especialista em Políticas e Gestão em Saúde na Coordenação de Atenção à Saúde da Superintendência Regional de Saúde de Passos (CAS/SRS Passos) e **Raquel Dully Andrade**, doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da EERP-USP, trabalhou como enfermeira de Equipe de Saúde da Família e posteriormente atuou como Coordenadora Municipal da Estratégia de Saúde da Família no município de Passos MG, atualmente docente na UEMG-Passos.

Maria Ambrosina Cardoso Maia - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (EERP/USP). Docente da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) – Campus Passos, Minas Gerais, Brasil.

E-mail: ambrosinacardoso@yahoo.com.br

Jaqueleine Silva Santos - Enfermeira. Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (EERP/USP). Especialista em Políticas e Gestão da Saúde na Superintendência Regional de Saúde de Passos, Passos, Minas Gerais, Brasil.

E-mail: jaque_fesp@hotmail.com

Gilmar Antonio Batista Machado - Enfermeiro. Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (EERP/USP), Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Especialista em Políticas e Gestão da Saúde na Superintendência Regional de Saúde de Passos, Passos, Minas Gerais, Brasil.

E-mail: gilmar.enf@gmail.com

Raquel Dully Andrade - Enfermeira. Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (EERP/USP). Docente na Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) – Campus Passos, Minas Gerais, Brasil.

E-mail: radully@gmail.com

Agência Brasileira ISBN
ISBN: 978-65-86230-39-0