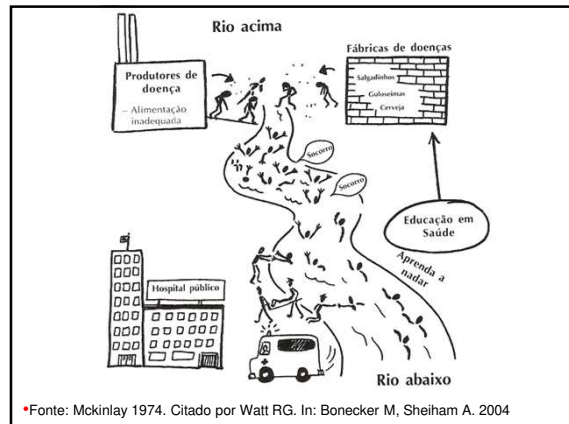


**Universidade de São Paulo**  
**Faculdade de Saúde Pública**  
 Departamento de Prática de Saúde Pública

Disciplina HSP 283  
*Nutrição e Atenção à Saúde*

AULA 11  
*Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio*

*Docentes Responsáveis: Cleide L. Martins, Paulo Frazão*



**Revolução Industrial**

- 1840 – 1900 Deterioração das condições de vida, associações envolvendo má nutrição, falta de higiene e doenças infecciosas
- 1880 – 1930 Avanços em Bacteriologia e Imunização
- 1930 – 1974 Ênfase nos serviços médicos; hospital assumindo centralidade
- 1974 - Nova saúde pública; > consciência das limitações dos serviços para enfrentar as doenças crônicas

Fonte: Ashton 1993

**Movimento da atenção primária à saúde**

- **porta de entrada** dos usuários nos sistemas de saúde
- **criação de vínculo** entre profissionais de saúde e usuários
- voltados para todas as pessoas e famílias da comunidade (**participação comunitária**).
- o território onde as pessoas vivem é onde as ações de saúde podem se realizar (e onde atuam os praticantes tradicionais, como parteiras e curandeiros) (**democratização do conhecimento**).

**Declaração de Alma-Ata**  
**CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE - Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978**

**Declaração de Alma-Ata**  
**CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE - Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978**

- saúde é um direito humano fundamental
- é a mais importante meta social mundial
- requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde
- É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde
- Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais

A Conferência Internacional de Alma Ata (1978) chama atenção dos governos para a importância dos **cuidados primários de saúde** e sua atuação pelo menos em:

1. educação em saúde para prevenção e controle
2. promoção de distribuição de alimentos e de nutrição apropriada
3. provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico
4. cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar
5. imunização contra as principais doenças infecciosas
6. prevenção e controle de doenças localmente endêmicas
7. tratamento apropriado de doenças e lesões comuns
8. fornecimento de medicamentos essenciais.

**1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde**  
**21 nov 1986 – Carta de Ottawa**

Condições e requisitos para a saúde:

- paz
- educação
- habitação
- alimentação
- renda
- ecossistema estável
- recursos sustentáveis
- justiça social
- equidade

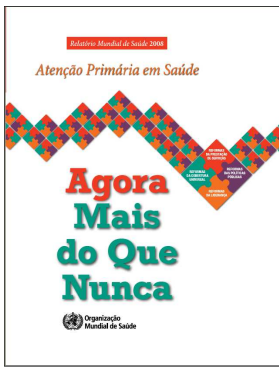
**1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde**  
**21 nov 1986 – Carta de Ottawa**

*Conceito*

- proporcionar meios que permitam a todos realizar completamente seu potencial de saúde

*Cinco linhas de ação*

- Implementação de políticas públicas saudáveis
- Criação de ambientes favoráveis à saúde
- Reforço da ação comunitária
- Desenvolvimento de habilidades pessoais
- Reorientação do sistema de saúde

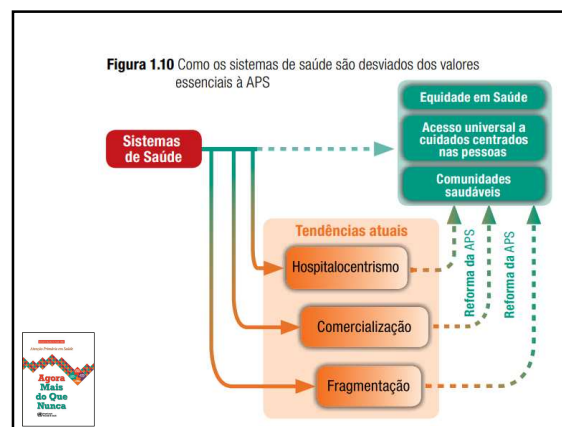
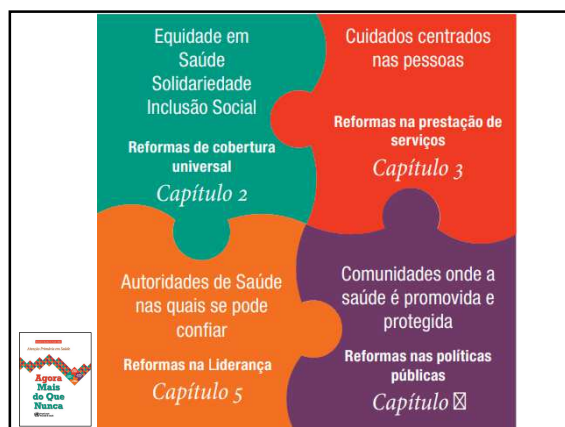


**Desafios contemporâneos**

**principais pontos**

- Serviço de **primeiro contato**: a cada nova situação/episódio de um problema para os quais se procura o cuidado está acessível um serviço minimamente adequado para seu uso.
- Corresponsabilidade e **longitudinalidade**: requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação colaborativa entre equipe, usuário(a) e família.
- **Integralidade**: ter suas necessidades de saúde atendidas de forma integral através de um conjunto de serviços variados disponíveis que reconheçam os diversos aspectos (biológicos, psicológicos, culturais, sociais, etc) que afetam a saúde de uma pessoa.
- **Coordenação**: garantir a continuidade da atenção através de diversas ações e serviços indispensáveis para resolver as ações menos frequentes e mais complexas.

Bárbara Starfield, 2002



**Global Conference on Primary Health Care**  
25-28 October 2019 - Astana, Kazakhstan

**CSP** CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA  
REPORTS IN PUBLIC HEALTH

**PERSPECTIVAS**  
PERSPECTIVES

De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental

*Elga Cimamella †  
Maria Helena Magalhães de Albuquerque †  
Paula M. Reis †  
Sonia Flórez †  
Carlos Augusto C. Galvão †  
Lara Augusta C. Galvão †  
Ronald Ferreira dos Santos †*

<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00012219>

**Atenção básica à saúde no Brasil**

Várias iniciativas municipais foram surgindo a partir de 1970 apoiadas pela Medicina Comunitária voltadas para a APS, mas **não havia um modelo nacional**, isso só começará a ser estruturado a partir de 1990 incentivado pelo Ministério da Saúde.

Fonte: Lavras 2011

“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a **promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde**. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações”.

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2006

**Estratégia Saúde da Família**

“(…) estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um **território definido**, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (...) Propõe-se a trabalhar com o princípio da **vigilância à saúde**, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde.”

BRASIL, 2007, p. 9

## O que muda?

1. Unidade de Saúde da Família: é a porta de entrada.
2. Equipe multiprofissional mínima: médica(o) generalista, enfermeira(o), auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde(ACS). E pode acrescentar: cirurgião-dentista generalista e auxiliar ou técnico em saúde bucal.
3. Visitas domiciliares: equipe de profissionais se desloca da UBS para o território
4. Cadastramento e acompanhamento da população da área
5. Propicia o desenvolvimento do vínculo entre profissionais de saúde e usuários dos serviços.

## Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Criado em 2008, o objetivo é aumentar a resolutividade das equipes de Saúde da Família através de equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob sua responsabilidade (**apoio matricial**).

Ações:

- (a) Atendimento compartilhado
- (b) Intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias
- (c) Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes de Saúde da Família

**Integralidade: a principal diretriz a ser praticada pelos NASF**

### Áreas estratégicas:

atividade física/práticas corporais, práticas integrativas e complementares, reabilitação, alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, saúde da criança/adolescente/jovem, saúde da mulher e assistência farmacêutica.

### Composição de profissionais na equipe (mínimo de 3 ou 5):

psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, **profissional da educação física**, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador); e profissional de saúde sanitária.

**Número de ESF por NASF:** mínimo 3 e máximo 15 equipes

Em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) incluiu as práticas corporais e atividade física (PCAF) como um dos eixos de atuação, principalmente como enfrentamento do crescimento da prevalência das doenças do aparelho circulatório.

### Lazer

ampliar o olhar para a existência ou não de espaços de lazer e para o significado do lazer para as comunidades, de como as pessoas se identificam e se relacionam com esses espaços: "a construção da identidade com o espaço de lazer é um fato social".

### Corpo

o corpo que se interage nas PCAF não é o corpo fisiológico é o corpo cultural, carregado de dimensões sociológicas e psicológicas: "repleto de símbolos e signos, que o torna único ao mesmo tempo em que lhe inclui na identidade um determinado grupo ou coletivo social"

## Princípios norteadores da atuação do profissional

Compreensão das concepções hegemônicas de corpo, massificadas pela mídia e as relativas à gênero, etnia, trabalhador, etc.

Compreensão da transformação do lazer em mercadoria para o consumo.

Intersetorialidade: reconhecer no território programas e ações já existentes e o espaço das escolas.

