

**Atenção à Saúde da Comunidade no
Âmbito da Atenção Primária à
Saúde na FMRP-USP**

Organizadoras

Aldaísa Cassanho Forster

Janise Braga Barros Ferreira

Fernanda Bergamini Vicentine



FUNPEC-Editora

Gilco
2017

Atenção à Saúde da Comunidade no
Âmbito da Atenção Primária à
Saúde na FMRP-USP

Atenção à Saúde da Comunidade no
Âmbito da Atenção Primária à
Saúde na FMRP-USP

Organizadoras

Aldaísa Cassanho Forster
Janise Braga Barros Ferreira
Fernanda Bergamini Vicentine



FUNPEC-Editora

São Paulo
Ribeirão Preto
2017

Atenção à Saúde da Comunidade no
Âmbito da Atenção Primária à
Saúde na FMRP-USP

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Atenção à saúde da comunidade no âmbito da atenção
primária à saúde na FMRP-USP / organizadoras
Aldaísa Cassanho Forster, Janise Braga Barros
Ferreira, Fernanda Bergamini Vicentine. --
Ribeirão Preto, SP : Funpec Editora, 2017.

Bibliografia

ISBN: 978-85-7747-138-6

1. Doenças - Prevenção 2. Política médica - Brasil
3. Saúde pública - Brasil 4. Serviços de saúde -
Administração - Brasil 5. Serviços de saúde da
comunidade 6. Sistema Único de Saúde (Brasil)
- I. Forster, Aldaísa Cassanho. II. Ferreira, Janise
Braga Barros. III. Vicentini, Fernanda Bergamini.

17-07695

CDD-362.10981

Índices para catálogo sistemático:

1. Brasil : Sistema Único de Saúde : Bem-estar social 362.10981
2. Sistema Único de Saúde : Brasil : Bem-estar social 362.10981

Todos os direitos reservados à Fundação de Pesquisas Científicas de Ribeirão Preto

A revisão final é de responsabilidade do autor.

Proibida a reprodução dos textos originais, mesmo parcial e por
qualquer processo, sem autorização da editora.



FUNPEC-Editora

R. Floriano Peixoto, 2444 – Alto da Boa Vista – 14025-220 – Ribeirão Preto, SP

Tel.: (16) 3620-1251 - Fax: (16) 3621-1991

www.funpeceditora.com.br – livros@funpecrp.com.br – editoracao@funpecrp.com.br

AGRADECIMENTOS

A todos que apoiaram de alguma forma o projeto de aproximar o ensino de medicina da comunidade, permitindo que esse desafio fosse possível:

– Departamento de Medicina Social da Faculdade Medicina de Ribeirão Preto - USP

– Comissão de Coordenação do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP).

– Comissão de Ensino de Graduação da FMRP – USP

– Docentes Gutemberg de Melo Rocha, José Sebastião dos Santos, Luís Ernesto Almeida Troncon, Willian Alves Prado, Afonso Dinis Costa Passos, Carlos Eli Piccinato, Breno José Guanais Simões, Amaury L. Dal Fabro, Milton Roberto Laprega, Cláudia Maffei, Heloísa Bettiol, Nereida Kilza Lima, Ivan S. Ferraz, Luiz Antônio Del Ciampo, técnicas especializadas Maria de Fátima Aveiro e Cristiane Peres, do Centro de Apoio ao Ensino e Psicossocial (CAEP) e pós-graduandas Tatiana Lemos de Almeida Mestriner e Tatiane Jango Jisselle, que participaram intensamente do movimento institucional da FMRP-USP, de ampliação das atividades do ensino médico extramuros do hospital e proposição do eixo de atenção à saúde na comunidade (1993 a 2008)

– Comissão de ensino do Centro Acadêmico Rocha Lima (CARL) da FMRP-USP, representada por Emerson Rafael Lopes (2007) e apoiada por Pedro Carneiro Silveira e Claudimar Amaro (Jabá), na época acadêmicos de medicina, que promoveram a apresentação e discussão do eixo e de sua primeira disciplina Atenção à Saúde da Comunidade I, no âmbito do CARL

– Docentes Sandro Scarpelini, Ricardo Cavalli, José Sebastião dos Santos e Carlos Gilberto Carlotti Júnior, que atenderam às nossas solici-

tações de apoio financeiro para a produção desse livro texto, por meio das Fundações de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência – FAEPA e de Pesquisas Médicas de Ribeirão Preto-FUPEME.

Profa. Dra. Aldaisa Cassanho Forster
Profa. Dra. Janise Braga Barros Ferreira
Doutoranda Fernanda Bergamini Vicentine

Ribeirão Preto, outubro de 2017.

SOBRE AS ORGANIZADORAS

Aldaísa Cassanho Forster

Médica Sanitarista. Professora associada do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Janise Braga Barros Ferreira

Médica Sanitarista e Anestesiologista. Professora Doutora do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Fernanda Bergamini Vicentine

Fisioterapeuta, Pós-graduada pelo programa de Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde do HCRP/USP; Mestre e Doutoranda pelo Departamento de Medicina Social da FMRP/USP; Membro do Centro Brasileiro de Estudos e Saúde - CEBES Ribeirão Preto.

SOBRE OS AUTORES

Afonso Dinis Costa Passos

Médico sanitarista e Professor Titular do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

Amaury Lelis Dal Fabbro

Médico com residência médica em Clínica Médica-Moléstias Infeciosas e especialização em Saúde Pública. Professor Associado do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Médico - FMRP-USP.

Ana Beatriz da Costa Franceschini

Psicóloga com graduação em Psicologia pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) Campus Baixada Santista e Residência Multiprofissional em Saúde Mental pela Unifesp - Campus São Paulo.

Antonio Luiz Rodrigues Junior

Professor Associado do Departamento de Medicina Social, área da Epidemiologia.

Augustus Tadeu Relo de Mattos

Médico de Família e Comunidade, Mestre e Doutor em Saúde na Comunidade -FMRP-USP. Docente do Departamento de Medicina Social da FMRP-USP. Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais de Saúde, ENSP-FIOCRUZ.

Belkiss Rolim Rodrigues Fracon

Médica de Família e Comunidade, preceptora do Núcleo de Saúde da Família 6 da FMRP/USP. Preceptora do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade do Hospital das Clínicas da FMRP/USP. Pós-graduanda do Programa de Saúde da Comunidade da FMRP/USP.

Eliana Goldfarb Cyrino

Médica, Mestre em Medicina Preventiva e Social pela Faculdade de Medicina da USP e em Educação Para Profissionais de Saúde, na University of Illinois, EUA. Doutora em Pediatria pela FMB, UNESP. Professora Livre Docente do Depto de Saúde Pública da FMB, UNESP. Membro do grupo coordenador de inovação curricular: integração ensino, serviço, comunidade (IUSC) e educação interprofissional na FMB. É tutora do Pet-Saúde.

Fernando Barbosa Peixoto

Nutricionista, Pós-graduando do Programa de Pós Graduação Saúde na Comunidade da FMRP/USP.

Gutemberg de Melo Rocha

Médico Pediatra, mestrado em Pediatria pela Universidade de São Paulo e doutorado em Medicina pela Universidade de São Paulo (1979), Professor Associado da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Iago da Silva Caires

Médico residente em Medicina de Família e Comunidade pelo HC-FMRP.

João José Batista de Campos.

Médico. Mestre e Doutor em Medicina Preventiva pela USP, com pós-doutorado na Faculdade de Medicina da Universidade de Granada (UGR) da Espanha, professor associado da Universidade Estadual de Londrina (UEL), onde já desempenhou várias funções como coordenador do colegiado do curso de medicina, chefe

do departamento de saúde coletiva e tem participado de várias consultorias em instituições educacionais públicas e privadas na área da saúde. Diretor presidente do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (INESCO).

Luciana Cisoto Ribeiro

Nutricionista, Professora Doutora do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Curso de Nutrição e Metabolismo da FMRP/USP.

Luciane Loures dos Santos

Médica de Família e Comunidade. Docente do Departamento de Medicina Social da FMRP/USP. Supervisora do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade do Hospital das Clínicas da FMRP/USP.

Maria Célia Mendes

Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Residência em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes-UFES. Mestrado e Doutorado em Ginecologia e Obstetrícia pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (FMRP-USP). Docente Colaborador-FAEPA do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia e da Disciplina Assistência à Saúde e Comunidade I (ASC I) do Curso de Medicina da FMRP-USP. Coordenadora do Ambulatório do Climatério do Hospital das Clínicas da FMRP-USP (HCFMRP-USP). Responsável pelo Ensino de Saúde da Mulher da Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade do HCFMRP-USP.

Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia Bava

Professora Doutora do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- USP.

Maria José Bistafa Pereira

Professora Associada e membro integrante do Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.

Noeli Prestes Padilha Rivas

Professora Doutora em Ciências: Psicologia. Docente do Departamento de Educação, Informação e Comunicação -DEDIC/FFCLRP/USP.

Patricia Leila dos Santos

Professora Doutora do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Renata Moreira Serra

Médica de Família e Comunidade. Pós-graduanda do Programa de Pós-graduação Saúde da Comunidade da FMRP/USP.

Samára dos Santos Sampaio

Enfermeira pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - CCS-UFRB. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde na Comunidade da FMRP-USP.

Thatiane Delatorre

Enfermeira do Núcleo de Saúde da Família 5 da FMRP-USP, Especialista em Saúde da Família pela Residência Multiprofissional - UNESP- Botucatu e Mestranda em Saúde na Comunidade FMRP-USP.

Trude Ribeiro da Costa Franceschini

Graduação em Medicina na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP USP). Residência em Pediatria pelo Hospital de Clínicas -FMRP - USP. Mestrado em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) - USP. Atua como Pediatra da Atenção Primária à Saúde pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Médica assistente da FMRP-USP.

William Zaccaro Gomes

Engenheiro Eletricista pela UFPR, Professor Adjunto da Faculdade Anhanguera de Ribeirão Preto, SP, Mestre em Desenvolvimento de Tecnologia pelo PRODETEC, LACTEC-UFPR e Doutorando em Engenharia Urbana UFSCar.

CONTEÚDO

PREFÁCIO *xv*
Gutemberg de Melo Rocha

CAPÍTULO 1 **1**
***A Construção e o Papel do Sistema Único de Saúde no Brasil:
O Que os Trabalhadores da Saúde Têm a Ver com Isso?***
Fernanda Bergamini Vicentine
Janise Braga Barros Ferreira

CAPÍTULO 2 **21**
A Atenção Primária à Saúde e Suas Particularidades
Janise Braga Barros Ferreira
Thatiane Delatorre

CAPÍTULO 3 **43**
***Abordagem Comunitária: Uma Perspectiva para a
Promoção de Saúde Universal, Integral e Equânime***
Ana Beatriz da Costa Franceschini
Samára dos Santos Sampaio
Trude Ribeiro da Costa Franceschini

CAPÍTULO 4 **59**
Territorialização na Atenção Primária da Saúde
Antonio Luiz Rodrigues Junior

Capítulo 5 79

Abordagem da Intersetorialidade para o Ensino Médico

Aldaísa Cassanho Forster

Janise Braga Barros Ferreira

CAPÍTULO 6 97

Trabalho em Equipe na Atenção Primária à Saúde no Contexto de uma Disciplina de Graduação do Curso de Medicina

Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia Bava

Maria José Bistafa Pereira

CAPÍTULO 7 111

Visita Domiciliar

Belkiss Rolim Rodrigues Fracon

Luciane Loures dos Santos

CAPÍTULO 8 129

Espiritualidade e Saúde

Maria Célia Mendes

CAPÍTULO 9 151

Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças

Renata Moreira Serra

Luciane Loures dos Santos

Amaury Lellis Dal Fabbro

Afonso Dinis Costa Passos

CAPÍTULO 10 173

A Alimentação e Nutrição em Atividades Comunitárias

*Luciana Cisoto Ribeiro
Fernando Barbosa Peixoto*

CAPÍTULO 11 189

***A Importância do Ensino da Atenção Primária à
Saúde na Formação Médica***

*João José Batista de Campos
Aldaísa Cassanho Forster*

CAPÍTULO 12 203

***A Importância da Adoção de Metodologias Ativas no
Ensino Médico da Atenção Primária à Saúde***

*Augustus Tadeu Relo de Mattos
Thatiane Delatorre
William Zaccaro Gomes*

CAPÍTULO 13 221

***Atenção à Saúde da Comunidade na
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP***

*Aldaísa Cassanho Forster
Patricia Leila dos Santos
Noeli Prestes Padilha Rivas*

DEPOIMENTOS 245

*Luiz Ernesto de Almeida Troncon
Eliana Goldfarb Cyrino
Iago da Silva Caires,*

PREFÁCIO

Este livro trata de temas que são fundamentais para a formação de profissionais que atuam na área médica em nosso país. No primeiro capítulo, o histórico da construção do Sistema de Saúde, no Brasil, é reconstruído a partir da Reforma Sanitária, que emergiu em 1970, teve sequência na 8a. Conferência Nacional de Saúde e resultou na incorporação de princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde na Constituição do Brasil de 1988.

Na primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma Ata, em 1978, na atual República do Cazaquistão, na época pertencente a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas - URSS, foi debatido o conceito de Atenção Primária a Saúde – APS. É oportuna a discussão que este livro traz sobre as várias interpretações e adequações de princípios e atributos da Atenção Primária ao serem desenvolvidos e aplicados aos cuidados nos serviços de diferentes países.

A Territorialização, como estratégia para atuação em atenção primária, fundamentada na integração do homem no espaço em que vive e suas implicações culturais, econômicas e políticas está apresentada na sequência e traz a realidade sobre as condições materiais de existência da população, bem como, as relações de poder que a comunidade constrói. O capítulo 5 aborda o complexo tema da Intersetorialidade no campo da saúde trazendo o referencial teórico, mais abstrato e seu significado operacional no trabalho médico em particular e da equipe de saúde. O relato de um caso que ilustra o assunto é fundamental para sua compreensão.

Aspectos principais da Visita Domiciliar são ressaltados quando relacionados à Estratégia Saúde da Família aplicada em Atenção Primária a Saúde, entre eles, a sistematização dos procedimentos, contribuições positivas e fragilidades considerando os resultados esperados, propiciando aos leitores compartilhar as experiências dos autores.

O tema Espiritualidade e Saúde, tratado com delicadeza, retoma o recorrente dilema da filosofia entre a razão e a sensibilidade na construção da ciência. Esta abordagem deve ser considerada essencial na formação do profissional em saúde.

A diferenciação dos termos Prevenção de Doenças, Medicina Preventiva e Promoção de Saúde é fundamental para sua aplicação em Atenção Primária em Saúde por serem conceitos datados historicamente, isto é, relacionados a diferentes contextos sociais e econômicos. Esses três referenciais, quando

tratados genericamente como similares, perdem sua precisão na formulação teórica e perdem, também, seus instrumentos para operar no trabalho médico. Considero a discussão sobre prevenção de doenças e promoção da saúde um dos capítulos fundamentais desta publicação.

Ao discorrer sobre o papel do nutricionista em Atenção Primária é confirmada a importância da alimentação saudável, da escolha de alimentos adequados ao consumo e a necessidade de orientação para os profissionais de saúde em sua atuação na Atenção Primária.

Métodos e estratégias de ensino na formação de médicos e outros profissionais de saúde para atuarem na comunidade são descritos ressaltando a complexidade do conhecimento a ser transmitido, novas modalidades de ensino-aprendizagem, a articulação entre o ensino, os serviços de saúde e a participação dos usuários do Sistema de Saúde.

O capítulo final apresenta o empenho dos docentes da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo em estruturar e introduzir no currículo do curso de graduação em Medicina, um campo de conhecimentos abrangendo uma visão integral do ser humano, valorizando os aspectos biopsicossociais e apreendendo a saúde das pessoas no contexto da família e da comunidade. Desta forma, apresentam a construção do campo teórico e prático, os resultados alcançados e avançam na proposta de inovar e consolidar o ensino médico na rede básica de saúde, considerando as diretrizes governamentais.

Gutemberg de Melo Rocha

Professor Associado

Docente aposentado da FMRP – USP

2017

CAPÍTULO 1

*A Construção e o Papel do Sistema
Único de Saúde no Brasil:
O Que os Trabalhadores da
Saúde Têm a Ver com Isso?*

*Fernanda Bergamini Vicentine
Janise Braga Barros Ferreira*

O Sistema Único de Saúde (SUS) é formado por um arcabouço legal bastante amplo e complexo, mas que pode e deve ser compreendido tanto pelos estudantes e trabalhadores da saúde, como pela população em geral. Vale pontuar que, no Brasil, tem-se um sistema de saúde plural, pois coexistem serviços de saúde financiados diretamente pelo cliente, contratados por seguradoras de saúde e o serviço público ou SUS. Nesse capítulo abordaremos o SUS por meio da retomada de alguns aspectos da organização do setor saúde, anterior a sua criação e durante a implantação desse sistema, que vem sendo aprimorada até os dias atuais.

Para entender a importância desse sistema público é preciso lembrar que antes de sua criação existia o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS (1974 a 1993), uma autarquia que reunia todos os órgãos de saúde relacionados à assistência médica dos contribuintes, ofertados por meio de sua rede própria e de serviços contratados e conveniados (PUGIN; NASCIMENTO; COHN, 1996). Por meio do INAMPS (vinculado ao Ministério da Previdência e da Assistência Social) era incentivado o investimento em assistência de alta tecnologia, principalmente hospitais privados que prestavam serviço para a saúde “pública”. Nessa época, a cidadania era regulada, ou seja, apenas aqueles que contribuía com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), aqueles que tinham carteira assinada, eram reconhecidos e tinham direito a assistência à saúde. As demais pessoas não tinham direito aos serviços do INAMPS e para garantir seu atendimento tinham que pagar do próprio bolso, ou depender de instituições caritativas, como as Santas Casas de Misericórdia, mediante a comprovação de pobreza (considerados indigentes) (PAIM; TRAVASSOS; ALMEIDA; BAHIA; MACINKO, 2011; PUGIN; NASCIMENTO; COHN, 1996). Nesse sentido a saúde estava pautada em uma lógica de mercado, apenas quem pudesse contribuir com o INPS ou pagar pelo atendimento teria acesso aos serviços de alta tecnologia. As ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias, eram feitas pelo Estado por meio do Ministério da Saúde (MS) e das Secretarias de Saúde dos estados e municípios (PAIM; TRAVASSOS; ALMEIDA; BAHIA; MACINKO, 2011). Assim, a saúde estava fragmentada entre assistência e prevenção de agravos. Essa dicotomia contribuía negativamente para a saúde da população em geral, pois não havia uma organização entre as necessidades de saúde e os serviços ofertados.

Além da falta de organização de um sistema que suportasse as necessidades de saúde da população, ainda era evidente nos anos 70 o descompasso entre a crescente economia e a falta de estrutura nas periferias. Faltavam serviços de saúde, educação, transporte, moradia digna e saneamento básico, bem como espaços para que a população participasse da construção das políticas públicas, pois a gestão estava distante, centralizada no ente Federal (PAIM; TRAVASSOS; ALMEIDA; BAHIA; MACINKO, 2011). Neste momento político de intensa repressão, censura, controle de salários (arrocho salarial) e retirada de direitos dos cidadãos, surgiu o **Movimento pela Reforma Sanitária**, com ampla mobilização da população, no sentido de resistir a essas perdas e propor outra estrutura para a sociedade e para a organização do governo, no campo da saúde (descentralizada e com abertura para a participação social) (PAIM, 2008).

Deste modo, esse movimento reformista emerge por volta de 1970, por meio da união de reivindicações de movimentos sociais, trabalhadores da saúde e intelectuais, ou seja, foi impulsionado pela sociedade civil, e não pelo governo, nem por partidos políticos ou por organizações internacionais. Tiveram atuação de destaque enquanto movimentos sociais o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde- CEBES, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO e os movimentos estudantis, com o lema "Saúde é Democracia". Com relação aos trabalhadores da saúde, os médicos residentes tiveram uma grande contribuição para tencionar a questão relacionada às condições de trabalho na saúde e as Universidades/Academias contribuíram com pesquisas e o referencial teórico que embasou as dimensões institucional e ideológica da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2008; PAIM; TRAVASSOS; ALMEIDA; BAHIA; MACINKO, 2011). O movimento cresceu e formou uma aliança com parlamentares progressistas, gestores da saúde municipal e outros movimentos sociais. Esse ganho de força garantiu a aprovação de parte das propostas da Reforma Sanitária, apesar da forte oposição por parte do setor privado, poderoso e mobilizado (PAIM, 2008).

De maneira geral, a reforma sanitária brasileira pode ser compreendida mais do que a luta por uma reforma setorial, apesar de a sua maior conquista ter sido na saúde propriamente dita. A principal reivindicação do movimento dizia respeito à cidadania para todos. A saúde advogada como direito de todos os brasileiros, mediante um sistema de saúde com ações integradas/unificadas, sem dissociação entre ações preventivas e curativas. A gestão deveria ser descentralizada, promovendo a participação da população no

controle social da gestão da saúde, principalmente, nos municípios (PAIM; TRAVASSOS; ALMEIDA; BAHIA; MACINKO, 2011). O financiamento do setor também deveria ser descentralizado e suficiente. Essas propostas foram defendidas, entre outros espaços, na **8ª Conferência Nacional de Saúde**, a qual entrou para a história da saúde pública por ter sido a primeira a contar com a participação de técnicos, gestores e sociedade civil (antes não havia a participação da sociedade civil). Além de pré-conferências estaduais, que ajudaram a mobilizar mais pessoas e a formular de propostas de âmbito regional para a discussão, tendo ficado evidente a heterogeneidade das realidades brasileiras (COMISSÃO DE RELATORES, 1986; PAIM, 2008)

Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde as propostas da Reforma Sanitária tomaram corpo e foram registradas em um Relatório Final, documento que serviu de base para a criação do SUS (PUGIN; NASCIMENTO; COHN, 1996; PAIM, 2008). Ainda antes da institucionalização do SUS na Constituição Federal de 1988, outros sistemas foram propostos com objetivo de incorporar as propostas da Reforma Sanitária. Na década de 80 foi dado início a integração entre as organizações de saúde de nível federal, estadual e municipal com uma estrutura menos fragmentada, mas ainda aquém da proposição de um sistema único de saúde. A essa tentativa de integração deu-se o nome de **Ações Integradas de Saúde (AIS - 1984)**, sendo incluídos em seu escopo os diversos prestadores de serviços das três esferas federativas. Posteriormente foi criado o **Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)**, instituído em 1987, que representou uma política de transição de curto prazo entre as AIS e o **Sistema Único de Saúde (1988)** (PUGIN; NASCIMENTO; COHN, 1996; PAIM, 2008).

O modelo previsto pelo SUDS colocava os serviços de atenção primária sob o controle das prefeituras e os de atenção secundária e terciária seriam controlados pelos Estados e pela União. A implantação desse sistema se deu por meio de convênios entre os Estados e a União, os quais previam a passagem gradativa das unidades assistenciais próprias do INAMPS e dos seus contratos e convênios para os Estados, além da descentralização de decisões quanto à política de saúde (PUGIN; NASCIMENTO; COHN, 1996). Os principais obstáculos à sua implantação foram: a permanência da centralização de recursos, embora se previsse um planejamento ascendente; o despreparo técnico dos estados para incorporar a assistência médica às atividades que realizavam até então, predominantemente preventivas e a resistência do setor privado vinculado à previdência às alterações propostas pelo SUDS (PAIM; TRAVASSOS; ALMEIDA; BAHIA; MACINKO, 2011).

A **Constituição Federal**, promulgada em 1988, foi o marco legal que instituiu o SUS em seus artigos 196 a 200, uma das conquistas mais importantes do Movimento pela Reforma Sanitária (PAIM, 2008). Nesses artigos, a saúde foi garantida com um direito de todos os cidadãos, ou seja, independente da sua condição financeira ou de vínculo empregatício, sendo executada por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. E para que esse direito seja cumprido, é dever do Estado a proposição de políticas sociais e econômicas que contribuam para a redução do risco de doenças e garantam o acesso universal e igualitário das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988, art.196).

Como as ações e serviços de saúde passam a ter, por lei, importância pública, cabe ao Poder Público (judiciário, legislativo e executivo) propor meios para regulamentar (legislação específica), fiscalizar, controlar e executar essas ações e serviços. Vale ressaltar que a execução das ações e serviços de saúde também pode ser feita de maneira indireta, por pessoas físicas ou jurídicas de direito privado (normas que disciplinam a relação entre particulares) (BRASIL, 1988, art. 197). Para que o sistema de saúde funcione, ele passa a ser organizado em forma de Rede Regionalizada (BRASIL, 1988, art.198), o que implica em um território geográfico delimitado, composto por municípios limítrofes e que se comunicam, no qual haverá a distribuição dos serviços de saúde. E uma Rede Hierarquizada quer dizer que ela está estruturada segundo as tecnologias de saúde, sendo composta pela Atenção Primária, Atenção Especializada, Atenção Hospitalar e Unidades de Urgência e Emergência, devendo ser acessada, preferencialmente pela Atenção Primária e a partir disso deixar os demais serviços especializados.

As **Diretrizes do SUS** (BRASIL, 1988, art.198) são estratégias para conseguir organizar o sistema, sendo elas a descentralização, o atendimento integral e a participação social, que serão abordadas adiante neste capítulo. Para que o sistema funcione, é necessário haver um aporte financeiro suficiente. O **Financiamento do SUS** é um tema bastante complexo, até mesmo para quem trabalha no sistema. Mas de maneira geral, é importante guardar que ele é financiado por toda a sociedade, de maneira direta ou indireta. Sendo que além dos impostos, as contribuições sociais também são utilizadas para isso, tanto pagas pelo empregador como pelo empregado (BRASIL, 1988, art.198). Os níveis municipal e estadual devem destinar, no mínimo, 15% (município) e 12% (estado) de suas arrecadações de impostos para o financiamento da saúde (BRASIL, 2012). Enquanto a União, por meio da Emenda

Constitucional Nº86/2015 (BRASIL, 2015a), deveria fazer suas contribuições em cima das Receitas Correntes Líquidas¹, partindo de 13,2% dessas receitas, em 2016, e sendo alcançada uma porcentagem mínima e continua de 15% de 2020 em diante. Porém, em 2016, após a aprovação da Proposta de Emenda à Constituição (PEC)², que instituiu o novo regime fiscal por meio da Emenda Constitucional Nº95/2016 (BRASIL, 2016), o investimento no setor saúde sofrerá redução significativa nos próximos anos, sendo prevista uma perda de 12 bilhões para o SUS em 2018 (CNS, 2016).

Em relação à gestão do sistema, ela pode ser feita somente pelo Estado, enquanto a prestação dos serviços de saúde pode ser feita por instituições privadas, de forma complementar (não concorrente). Ou seja, quando os serviços públicos não forem suficientes para garantir a cobertura assistencial à população de um determinado local, é possível por meio da contratação de serviços privados o atendimento dessa necessidade, complementando assim os serviços públicos (BRASIL, 1990). A preferência é dada a instituições filantrópicas, ou seja, que não possuem como finalidade a obtenção de lucro, sendo proibida a destinação de recursos públicos para instituições privadas que visam o lucro (BRASIL, 1988, art.199). A Constituição, apesar de proibir a participação de capital estrangeiro na saúde, deixa margem a outros entendimentos quando acrescenta a sentença “salvo nos casos previstos em lei”, interpretação empregada pela Lei nº 13.097/2015 (BRASIL, 2015b), que abriu a prestação dos serviços de saúde para capitais vindos de outros países.

Vale ressaltar que os serviços prestados pelo SUS vão muito além da assistência à saúde, sendo também sua atribuição as ações de fiscalização de produtos e substâncias de interesse para a saúde; a participação na produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; a participação na formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; o desenvolvimento científico e tecnológico em sua área de atuação; a fiscalização e inspeção de alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; a colaboração na proteção do meio ambiente (BRA-

¹ Receitas Correntes Líquida: somatório das receitas tributárias de um Governo, referentes a contribuições e impostos, deduzidos os valores das transferências constitucionais.

² Chamada de PEC 55 pela Câmara dos Deputados e posteriormente de PEC 241 pelo Senado Federal. Após sua aprovação foi incluída a Constituição Federal por meio da Emenda Constitucional 95/2016.

SIL, 1988, art.200; (PAIM; TRAVASSOS; ALMEIDA; BAHIA; MACINKO, 2011). Nesse sentido, fica claro o papel do SUS na promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos, na assistência à saúde e no ordenamento da formação de recursos humanos para o setor saúde. É importante frisar que a “ordenação” da formação de recursos humanos, refere-se à formação de pessoas para atuar junto ao SUS e também a regulação do número de cursos/vagas para as graduações e pós-graduações da saúde, em função do atendimento das necessidades de saúde da população brasileira e do modelo de atenção definido para o SUS, como vem acontecendo com as residências médicas em saúde da família e comunidade, por exemplo (BRASIL, 2013).

Em outras palavras, o SUS compreende um:

[...] arranjo institucional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim. (VASCONCELOS; PASCHE, 2008, p. 531)

AS LEIS ORGÂNICAS DA SAÚDE

Um marco legal importante no SUS são as Leis Orgânicas da Saúde (BRASIL, 1990), que dispõem, de maneira geral, sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a saúde. Ao observarmos as datas de publicação dessas leis (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990), nota-se uma diferença de apenas dois meses entre uma e outra. E isso se deve ao fato de o então Presidente da República ter vetado os artigos sobre participação social e financiamento na primeira lei. A Lei 8.142/90 só foi publicada devido a intensa pressão popular que se constituiu junto ao Movimento pela Reforma Sanitária.

Essa legislação instituiu os **objetivos, as diretrizes e os princípios do SUS** (BRASIL, 1990). Os três principais **objetivos do sistema** são a identificação e a divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover a redução de risco e agravos e garantir acesso universal e igualitário e a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Os fatores condicionantes e determinantes influenciam a saúde da população, como o acesso a água tratada, a alimentação adequada, um trabalho digno, entre outros. Sendo assim, ao identificar esses fatores é possível interferir no processo de adoecimento da população e propor políticas direcionadas para a redução desses riscos e alcançar seu terceiro objetivo, de promover ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio de ações integradas de prevenção e de assistência (BRASIL, 1990).

No SUS, as **Diretrizes são as “direções” organizativas, as quais buscam garantir um melhor funcionamento do sistema de saúde. Segundo o art. 7º da Lei 8.080/90, essas diretrizes se encontram no art. 198 da Constituição Federal/88. São diretrizes: a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade** (BRASIL, 1988; 1990).

A **Descentralização** diz respeito a transferência do poder e de responsabilidades do setor saúde da União para outros entes, principalmente para os municípios. Objetiva a prestação de serviços com mais eficiência, qualidade e participação da população (BRASIL, 2005; VASCONCELOS; PASCHE, 2008). Vale destacar que esses autores discutem que a descentralização deve ser operacionalizada com **direção única** (BRASIL, 1988), ou seja, todos os entes federados devem seguir as normativas que regem o SUS (política de Estado); e em cada ente federado deve existir um órgão (por exemplo, secretaria, no caso do município e do estado e ministério no caso da União), que execute a gestão da saúde em sua respectiva esfera de atuação.

Com relação ao **Atendimento Integral**, pode-se abordar dois significados: enquanto cuidado da pessoa como um todo, levando em consideração sua cultura, crenças, contexto social; e enquanto a garantia de acesso aos diferentes serviços e tecnologia de saúde, de acordo com suas necessidades e em tempo adequado (BRASIL, 2005; VASCONCELOS; PASCHE, 2008). Essa diretriz transforma a lógica da dicotomia entre assistência e prevenção de doenças que existia antes do SUS. Deve dar prioridade para as atividades preventivas, a fim de evitar ou prevenir

que as pessoas adoecem, sem prejuízo dos serviços assistenciais (ligados a prática curativa).

A **Participação da Comunidade** se refere a participação da população na gestão do sistema de saúde, a fim de garantir o interesse público e fiscalizar a aplicação dos recursos (BRASIL, 2005; VASCONCELOS; PASCHE, 2008). Além de ser uma diretriz, a participação social também é um princípio do sistema. A Lei 8.142/90 dispõe com maior especificidade sobre a Participação da Comunidade na gestão do SUS, que deve ocorrer em instâncias colegiadas, com garantia de paridade³. Essa lei dispõe sobre duas instâncias de participação nos espaços instituídos dentro do aparato do Estado: as **Conferências de Saúde**, que devem se reunir a cada quatro anos, e os **Conselhos de Saúde**, os quais têm caráter permanente e deliberativo, com reuniões mensais e paridade de representação (BRASIL, 1990). Essas instâncias são importantes para garantir que as necessidades dos usuários cheguem até os gestores do sistema e, assim, a lei seja cumprida. Além disso, a instituição dos Conselhos de Saúde é requisito fundamental para o repasse de recursos da União para os Estados e Municípios (BRASIL, 1990). Para facilitar a visualização dos espaços de participação social nos diferentes entes federativos, observe a FIGURA 1:

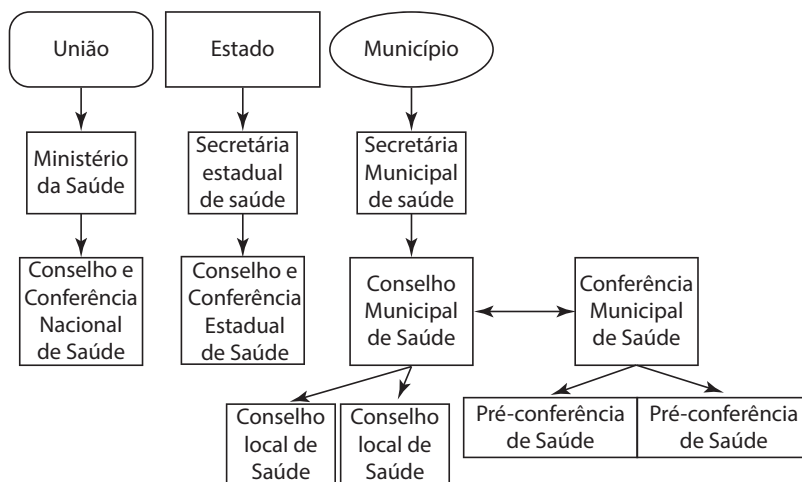


Figura 1 - Instância de Participação Social no SUS

³ Paridade nas instâncias de participação da saúde diz respeito ao número de usuários com relação aos demais segmentos (trabalhadores e gestores), ou seja, 50% dos participantes devem ser representantes de usuários do sistema de saúde. Ainda é definido que os demais 50% devem ser divididos de maneira igual entre trabalhadores e gestores e prestadores do sistema, ficando a composição da seguinte maneira: 50% usuários, 25% trabalhadores e 25% gestores e prestadores.

Os repasses de recursos da União ainda estão relacionados a necessidade de cada esfera de governo do SUS (União, Estados e Municípios) contar com o Fundo de Saúde (BRASIL, 1990) que é uma conta específica para abrigar os recursos financeiros da saúde, ou seja, o dinheiro que vem para esse Fundo somente pode ser gasto com ações e serviços de saúde. Além disso, os repasses da União ocorrem apenas na possibilidade de o ente subnacional contribuir com uma contrapartida, para financiar de maneira colaborativa os serviços e ações da saúde. Outro aspecto necessário para haver o repasse federal é a existência de um Plano de Saúde aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990). Esse plano diz respeito ao planejamento/previsão das atividades que serão executadas pelo ente federado no período de quatro anos, e deve estar de acordo com os recursos financeiros disponíveis previstos na Lei de Diretrizes Orçamentárias. Os Relatórios de Gestão (BRASIL, 1990) devem ser produzidos anualmente, para justificar os gastos que foram feitos com saúde e explicitar a execução ou justificar a não execução das atividades que foram planejadas. Um último requisito para haver o repasse é a existência de uma comissão em cada ente subnacional para discutir o Plano de Carreira, cargos e salários (BRASIL, 1990) que, de maneira simples, diz respeito a progressão “na carreira” com ajuste salarial de acordo com tempo de função, cargo assumido, entre outros.

Os **Princípios do SUS** (BRASIL, 1990) tem a função de “regular a ação” organizativa, as quais buscam garantir um funcionamento adequado do sistema de saúde. Segundo o art. 7º da Lei 8.080/90, são 13 os princípios desse sistema, sendo conhecidos como **Princípios Doutrinários: a universalidade, a integralidade e a equidade**. E como **Princípios Organizativos: a descentralização, a regionalização e a hierarquização e a participação da comunidade**

A **universalidade de acesso** aos serviços de saúde deve se dar em todos os níveis de assistência, ou seja, acesso a todos os brasileiros, independentemente de sua condição financeira ou de trabalho e de acordo com suas necessidades de saúde (BRASIL, 2005; VASCONCELOS; PASCHE, 2008).

A **integralidade** de assistência é entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em cada ponto da rede de saúde (BRASIL, 2005; VASCONCELOS; PASCHE, 2008).

A **equidade**, por sua vez, não aparece de maneira direta na lei, mas é definida pelo Ministério da Saúde como:

Igualdade da atenção à Saúde, sem privilégios ou preconceitos. O SUS deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa, de acordo com as necessidades de cada um. O que determina o tipo de atendimento é a complexidade do problema de cada usuário. (BRASIL, 2005, p.90)

Vale lembrar que existem diferenças na definição dos termos igualdade e equidade em si, sendo que a figura abaixo (FIGURA 2) apresenta de forma clara que o conceito igualdade traz a ideia de fornecer a todos a mesma assistência, sem fazer distinção. Enquanto a equidade seria fornecer a assistência de acordo com a necessidade de cada pessoa, pois elas são diferentes e precisam ser tratadas de maneira a possibilitar o cumprimento da lei que diz sobre o direito ao acesso universal à saúde.

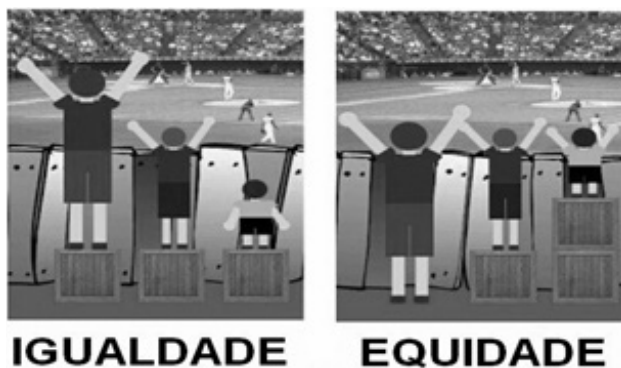


Figura 2 - Diferença entre Igualdade e Equidade. Fonte desconhecida.

A **Descentralização** e a **Participação da Comunidade**, além de serem Princípios do SUS, fazem parte de suas Diretrizes, por isso foram abordadas anteriormente. É importante destacar que essa participação se torna viável a partir da descentralização, pois os gestores do sistema passam a exercer suas funções nas Secretarias Municipais de Saúde, próximo de onde vive a população, e não mais de maneira centralizada (no Ministério da Saúde). Essa aproximação física entre gestores e comunidade abre possibilidades para melhorar o acompanhamento das ações, fiscalizar os serviços prestados, priorizar as demandas locais (BRASIL, 2005; VASCONCELOS; PASCHE, 2008; PAIM; TRAVASSOS; ALMEIDA; BAHIA; MACINKO, 2011)

O princípio da descentralização, no SUS, é exercido por meio da estratégia de **Regionalização**, pois de maneira isolada, as esferas governamentais, principalmente os municípios, não seriam capazes de atender às necessidades de saúde da população. Deve-se lembrar da grande heterogeneidade de tamanho e riqueza que existe entre os municípios brasileiros, sendo a regionalização um meio de se buscar soluções para problemas decorridos da **concentração de recursos e de tecnologias** em alguns municípios (PAIM; TRAVASSOS; ALMEIDA; BAHIA; MACINKO, 2011). A **Hierarquização** da rede de serviços da saúde diz respeito tanto ao processo de planejamento e orçamento, que deve ser ascendente, do nível local até o federal, quanto à forma de acesso do usuário ao SUS. Esse acesso deve se dar pelos serviços de atendimento inicial à saúde e, a partir desse ponto da rede, faz-se o encaminhamento para serviços especializados (BRASIL, 2005). A Atenção Primária é a porta de entrada preferencial do sistema, mas esse acesso também pode se dar pela urgência e emergência, pela atenção psicossocial e pelos serviços especiais de acesso aberto (relacionada à saúde do trabalhador) (BRASIL, 2011). Esse princípio organizativo, juntamente com a regionalização, garante que mesmos os usuários de municípios com poucos recursos consigam acessar serviços de alta tecnologia. A partir da Atenção Primária, cuja cobertura é obrigatória a todos os municípios brasileiros (BRASIL, 2011), poderá ser encaminhado a ambulatórios e hospitais de municípios maiores, que são referências na Região de Saúde.

Outros princípios menos conhecidos, mas muito importantes para garantir um atendimento integral ao usuários, são: a preservação da autonomia das pessoas, para que sejam garantidas a sua integridade física e moral; a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; o direito à informação às pessoas assistidas sobre sua saúde; a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; a integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico (BRASIL, 1990). Para finalizar, tem-se alguns outros princípios que visam garantir o bom funcionamento do SUS, que são: a conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e a organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idêntico (BRASIL, 1990).

REGULAMENTAÇÕES PARA A IMPLANTAÇÃO DO SUS

Além da instituição do SUS, pela Constituição Federal/88 e as Leis Orgânicas da Saúde, seu aprimoramento tem ocorrido ao longo desses quase 30 anos de existência, e a edição de normas e regulamentações têm direcionado a organização de sua gestão, principalmente, no tocante ao processo de descentralização.

Várias normas e o Pacto pela Saúde definiram as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir as novas posições, no processo de implantação do SUS. Em relação ao Decreto, sua função foi regulamentar a Lei 8.080/90. Esse tópico abordará de forma sintética as duas normativas mais recentes:

- Pacto pela Saúde - Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão – publicado em 2006, cujos principais elementos se encontram no Quadro 1.
- Decreto 7.508 – publicado em 2011.

A normativa mais atual e em vigência é o **Decreto 7.508/2011** (BRASIL, 2011) que regulamentou a Lei nº8.080/90. Esse Decreto dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Um conceito importante do SUS para a operacionalização, contido neste instrumento legal, é o de Região de Saúde como:

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011, art. 2º, inciso I)

Cada Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de saúde de atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde. Dentro dessa Região deve haver as Redes de Atenção à Saúde, ou seja, um “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde”

Quadro 1 - Principais elementos do Pacto pela Saúde. Fonte: Portaria 399/2006.

Regulamentação	Pontos principais
<p>Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006)</p>	<p>- Pacto pela Vida: constituído por um conjunto de compromissos, com a definição de ações prioritárias no campo da saúde, tais como: a saúde do idoso, o controle do câncer de colo de útero e de mama, a redução da mortalidade infantil e materna, o fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; a promoção da Saúde; e o fortalecimento da Atenção Básica.</p> <p>- Pacto em Defesa do SUS: envolve ações articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como uma política de Estado. Explicita a necessidade de haver um movimento de repolitização da saúde, com uma estratégia de mobilização envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais. Visava alcançar a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29⁴ (BRASIL, 2000), além de incrementar os recursos orçamentários e financeiros para a saúde e explicitar o compromisso de cada esfera de governo. Outra prioridade era a elaboração e a divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS.</p> <p>- Pacto de Gestão: radicalizou a descentralização da gestão, estabeleceu as responsabilidades de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro o seu papel, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Instituiu os Colegiados de Gestão Regional (CGR) e a responsabilidade sanitária de cada instância gestora, por meio da formalização de acordos intergovernamentais chamados de Termo de Compromisso de Gestão (TCG). Propôs o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), como maneira para estabelecer pontos prioritários para o processo de planejamento em saúde do SUS (VICENTINE, 2016).</p>

⁴ Emenda Constitucional 29/2000: devia assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, porém o artigo que trata do percentual mínimo que deveria ser destinado pela União foi vetado.

(BRASIL, 2011). A organização dessa rede depende do estabelecimento das portas de entrada (serviços de atendimento inicial à saúde do usuário), dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (documentos que estabelecem os critérios para o diagnóstico das doenças ou dos agravos à saúde e os tratamentos preconizados) e os Serviços Especiais de Acesso Aberto - “serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial” (BRASIL, 2011), ou seja, seriam serviços relacionados à saúde do trabalhador.

Com relação à gestão e ao planejamento dos SUS, esse Decreto reforçou o papel das Comissões Intergestores enquanto instâncias de pactuação, por meio de consenso entre os entes federativos, para a definição das regras da gestão compartilhada do SUS. Para isso, instituiu duas novas ferramentas, o Mapa de Saúde e o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) (BRASIL, 2011). O primeiro comporta a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, sendo considerada a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho cotejado a partir dos indicadores de saúde. O COAP é um acordo de colaboração que deve ser firmado entre entes federativos, com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada. Nesse contrato são definidas as responsabilidades, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, as formas de controle e fiscalização de sua execução. Na prática, esse Contrato que substitui a PPI, deve ser resultado da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde e deve estar embasado no respectivo Mapa de Saúde. Diferente da PPI, que era uma pactuação, o COAP tem valor jurídico e isso garante uma maior responsabilização dos gestores das três esferas de governo – município, estado e união (BRASIL, 2011; VICENTINE, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do breve resgate histórico apresentado deve-se ter em mente a complexidade e a importância do trabalho em saúde no SUS. Esse sistema não garante apenas a assistência à saúde, mas de diversas formas, colabora e executa diretamente ações que promovem a saúde e evitam doenças/agravos. Ademais, esse sistema permite a participação de trabalhadores e

usuários em sua organização, por meio de espaços institucionalizados de participação social. Deve-se entendê-lo como um meio de garantir o direito à saúde, como uma conquista da sociedade civil organizada, como um sistema que é de todos os brasileiros e para todos os brasileiros.

Entretanto, o desconhecimento ou a não consideração dos princípios e diretrizes que regem o SUS, abrem espaço para inúmeras fragilidades do sistema, que se traduzem em não atendimento, extenuantes filas de espera, uso pouco eficiente dos recursos e insatisfação dos trabalhadores e da população. Ainda, esse desconhecimento gera a não compreensão pela sociedade de seu papel, enquanto ator político fundamental, para reivindicar que o SUS continue existindo, seja financiado de maneira suficiente e conduzido apropriadamente, viabilizando sua função social em prol de uma sociedade mais equitativa.

Cabe então, a toda a sociedade e em especial ao trabalhador da saúde, médicos e demais profissionais, saber como colaborar para que o SUS funcione e se aperfeiçoe em função das necessidades de saúde da população. Compreendê-lo é mais do que uma questão teórica, pois se trata de um direito constitucional, de entender-se enquanto cidadão e protagonista de uma sociedade mais justa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde**. Brasília, 2ª edição, 1990

_____. Casa Civil. **Emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde**. Publicada em 14/09/2000. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o pacto pela Saúde 2006 e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei no 8.080/ 1990**. Brasília, 2011

_____. Casa Civil. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. **Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios**

em ações e serviços públicos de saúde. 16.1.2012

_____. Casa Civil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. **Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.** Publicada em 23/10/2013. Brasília, 2013.

_____. Casa Civil. Emenda constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. **Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica.** Publicada em 18/03/2015. Brasília, 2015a.

_____. Casa Civil. Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015. **Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, entre outras disposições.** Publicada em 20/01/2015. Brasília, 2015b.

_____. Casa Civil. Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. **Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.** Publicada em 15/12/2016. Brasília, 2016.

COMISSÃO DE RELATORES. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/>. Acessado em 22 de setembro de 2016

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Rejeitar a PEC 241/2016 para salvar o SUS e a Seguridade Social.** 2016.

FERREIRA, J. B. B. **Avaliação do complexo regulador do sistema público municipal de serviços de saúde.** 2007. 208 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

FUNCIA, F. R. **Nota introdutória sobre a nova portaria da CIT que trata das transferências SUS fundo a fundo.** Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. 2017

PAIM, J. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 625-644, 2008.

PAIM, J; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Saúde no Brasil** 1, 2011.

PUGIN, S. R.; NASCIMENTO, V. B.; COHN, A. **Principais marcos das mudanças institucionais no setor saúde (1974-1996).** Série Didática, 1996.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. **O sistema Único de Saúde.** 2008. Disponível em: <http://www.ufjf.br/facfisio/files/2012/06/refe.-SUS-Vasconcelos-e-Pasche.pdf>. Acessado em: 29 out. 2016

VICENTINE, F. B. **Instrumentos de planejamento: ferramentas para a qualificação da gestão pública em saúde.** 2016. 160 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

PARA SABER MAIS

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS E SAÚDE (CEBES). Revista saúde em debate. Disponí-

vel em: <http://cebes.org.br/publicacao-tipo/revista-saude-em-debate/>. Acessado em 15 fev. 2017.

CONASEMS. **Conselho Nacional de Secretarias de Saúde**. Disponível em <http://www.conasems.org.br/o-conasems>. Acesso em 29 out. 2016.

CONASS. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, CONASS, 2003.

COSEMS/SP. **Conselho de secretarias municipais do estado de São Paulo**. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/quem-somos/30/quem-somos.html>. Acesso em: 29 out. 2016.

Caso 1

M.S., 35 anos, moradora de uma cidade com cerca de 10 mil habitantes, foi diagnosticada com câncer de mama pelo médico do convênio dias antes de perder seu emprego e, com ele, o plano de saúde. Sem emprego, desligada do plano de saúde da empresa, sem reserva financeira e poucos bens que pudesse se desfazer para pagar sua cirurgia, M.S. se viu desesperada. Mas logo foi acolhida e orientada por uma Agente Comunitária de Saúde que trabalhava e morava próximo a sua residência. M.S. foi orientada a procurar a Unidade de Saúde da Família que era referência para seu local de moradia. Passou pelo acolhimento e teve sua consulta agendada para a mesma semana, por se tratar de caso grave. Foi atendida pelo médico de saúde da família, o qual fez um encaminhamento para o mastologista da cidade vizinha, que é maior e comporta um nível tecnológico mais complexo. Nesse encaminhamento foi explicado sobre o resultado dos exames e pedindo que o agendamento fosse feito com prioridade. Em quinze dias M.S. já havia passado pelo especialista e teve sua cirurgia agendada com urgência. Pensando na estrutura organizacional do SUS apresentada nesse capítulo, identifique e explique os princípios e diretrizes que podem ser identificados nesse caso.

Caso 2

Uma das unidades de saúde do município de Limoeiro, de 100 mil habitantes, começou a apresentar problemas de infraestrutura, como pisos soltos, que aumentam o risco de queda dos pacientes e funcionários, e cadeiras quebradas, que impossibilitam o conforto dos usuários na sala de espera. Esses problemas deixaram os trabalhadores e os usuários incomodados. Cientes de suas responsabilidades enquanto cidadãos levaram essa questão para

o Conselho Local de Saúde da unidade, onde construíram, conjuntamente, um documento com fotografias e se organizaram para levar essa pauta ao Conselho Municipal de Saúde. Na reunião do Conselho Municipal foi entendido que se tratava de uma questão prioritária o concerto da unidade, pois se estava colocando em risco a segurança das pessoas. Pensando na estrutura organizacional e de gestão do SUS identifique e explique os princípios e diretrizes que podem ser identificados nesse caso.

CAPÍTULO 2

A Atenção Primária à Saúde e Suas Particularidades

*Janise Braga Barros Ferreira
Thatiane Delatorre*

CONCEITUAÇÃO DO TEMA

O conceito de Atenção Primária a Saúde (APS) vem sendo discutido na literatura desde 1920 (Relatório de Dawson), porém surgiu com maior veemência em 1978, na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata (URSS), promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que resultou na Declaração de Alma-Ata. Segundo este documento, saúde *“é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do próprio setor saúde”* (ALMA-ATA-1978). Nesta conferência foi estabelecida a meta de *“Saúde para Todos no Ano 2000”*, tendo os cuidados primários de saúde como estratégia principal para o seu alcance.

De modo conceitual os cuidados primários caracterizam-se por

uma atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas as etapas de seu desenvolvimento, com espírito de auto-responsabilidade e auto-determinação (ALMA-ATA-1978).

Da APS conceituada em Alma Ata, até hoje, surgiram derivações e interpretações (BRASIL, 2007a; GIOVANELLA, 2012; MENDES, 2009) que apontam o que se considerava avanço ou especificidade em relação à proposta original, identificando-se quatro linhas principais de interpretação (quadro 1).

Na definição mais recente da OMS, a *“APS renovada enfoca o sistema de saúde como um todo; inclui os setores público, privado e sem fins lucrativos e aplica-se a todos os países”* (OMS, 2005). Esse conceito diferencia valores, princípios e elementos da APS, destaca a equidade e a solidariedade e incorpora novos princípios como sustentabilidade e orientação à qualidade dos serviços de saúde.

Desse modo, descarta a noção de APS como um conjunto definido de serviços, uma vez que esses devem ser congruentes com as necessidades locais. Da mesma forma, rejeita a noção de APS constituída por tipos específicos de pessoal de saúde, considerando que as equipes que nela trabalham

devem estar em conformidade com os recursos disponíveis, as preferências culturais e as evidências científicas” (WASHINGTON, 2005).

Quadro 1 - As quatro linhas principais de interpretação da APS.

INTERPRETAÇÕES DE APS	CARACTERÍSTICAS
APS SELETIVA	Nesta interpretação a atenção primária é entendida como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global. Esse enfoque seletivo, ainda que promova ações custo-efetivas, desconsidera os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade e busca intervir sobre problemas específicos de forma isolada e paralela.
APS COMO UM NÍVEL DE ATENÇÃO	Nesse caso a APS corresponderia aos serviços ambulatoriais não especializados de primeiro contato, assim como o local de cuidados contínuos da saúde para a maioria das pessoas. Poderia incluir ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população.
APS COMO ESTRATÉGIA DE ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE	Nesse sentido a APS é entendida como uma forma de organização dos serviços de saúde que responde a um modelo assistencial (com valores, princípios e elementos próprios), de modo abrangente e integral, conforme proposto em Alma-Ata para enfrentar necessidades individuais e coletivas. Busca integrar todos os aspectos desses serviços, tendo por perspectiva atender as necessidades de saúde da população.
APS COMO CONCEPÇÃO/FILOSOFIA	Esse entendimento enfatiza o direito universal à saúde, com base na justiça social (equidade), auto-responsabilidade e solidariedade internacional. Defende um conceito amplo de saúde e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos da saúde. Não difere dos princípios de Alma-Ata, mas sim na ênfase sobre as implicações sociais e políticas no campo da saúde.

Experiências internacionais em países desenvolvidos e menos desenvolvidos demonstraram que a APS pode ser adaptada e interpretada para se adequar a uma grande variedade de contextos políticos, sociais e culturais e, por conseguinte, orientar a organização local dos serviços de saúde (OMS, 2005).

No Brasil, a APS se encontra apoiada nos valores do Sistema Único de Saúde (SUS), inscritos na Constituição Federal de 1988, que conformam a âncora doutrinária e organizativa (Figura 1) para as políticas e programas de saúde no interesse público:

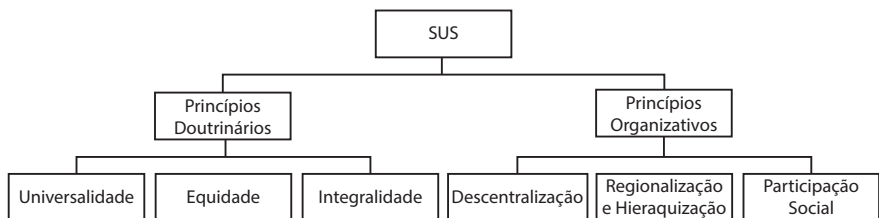


Figura 1 - Princípios doutrinários e organizativos do SUS

Abaixo conceitua-se brevemente esses princípios:

- **Universalidade.** A saúde é direito de cidadania e dever dos governos Municipal, Estadual e Federal. Todas as pessoas têm direito à saúde independentemente da cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda, etc.
- **Equidade.** Reconhece que todos têm direito à saúde, respeitando a diversidade presente na população. Recomenda que os serviços de saúde devam reconhecer as diferenças entre pessoas e grupos populacionais para atender as suas necessidades específicas. Ademais, indica que a prioridade deve ser dada a quem tem mais necessidade.
- **Integralidade.** Pode ser compreendida em diferentes dimensões: cuidado integral, ações integradas e continuidade da atenção.

Cuidado integral: a pessoa é compreendida em sua totalidade, considerando os aspectos biológicos, psicológicos, econômicos e socioculturais.

Ações integradas: integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde da pessoa.

Continuidade da atenção: Garantia da continuidade da atenção à pessoa, nos distintos pontos da rede de saúde (primário, secundário e terciário).

- **Descentralização.** Diz respeito à redistribuição dos recursos e das responsabilidades das ações e serviços de saúde entre as esferas de governo no sistema de saúde. Funda-se na ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de ser acertada.
- **Regionalização e Hierarquização.** A regionalização refere-se ao processo de organização das ações e serviços de saúde numa deter-

minada região, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população do território delimitado. Por sua vez, a hierarquização corresponde à organização das ações e dos serviços de saúde em uma rede, de tal forma que o que é comumente necessário esteja disseminado no território e o que é raramente necessário esteja concentrado.

- **Participação e Controle social.** A participação da população na formulação e controle da política pública de saúde – incluindo a fiscalização da aplicação dos recursos financeiros no setor - é um privilégio democrático que se manifesta por meio de nossa ação cidadã na sociedade. Na saúde, a participação pode se concretizar nos espaços de micro-gestão, como nos Conselhos de Saúde das unidades da rede de saúde ou em espaços de macro-gestão, como nas Conferências de Saúde e nos Conselhos de Saúde, ambos nas três esferas do governo (municipal, estadual e nacional). É um direito e um dever da população, participar da formulação de políticas e das decisões no campo da saúde pública. E também é um dever do poder público garantir as condições para essa participação, assegurando a gestão comunitária do SUS.

Importante ressaltar que, um dos critérios garantidores dos repasses de recursos financeiros entre as esferas governamentais é a presença desses fóruns de participação popular, de caráter deliberativo. Porém, lamentavelmente, esses ainda são espaços que necessitam de maior valoração e efetiva participação, tanto da sociedade em geral quanto dos gestores da saúde.

Norteadas pelos princípios do SUS a APS deve se desenvolver a partir de seus atributos essenciais e derivados (STARFIELD, 2002; OLIVEIRA, 2013) que necessitam ser compreendidos e aplicados na organização da rede serviços de saúde.

São classificados como atributos essenciais:

- **Primeiro Contato.** A APS deve ser a porta de entrada principal e preferencial do usuário no sistema de saúde. Para que isso se efetive, o cuidado acontece na comunidade onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem e é praticada, geralmente, em serviços comunitários como unidades de saúde, consultórios fixos e móveis, escola e domicílios. Também é importante que o usuário tenha faci-

lidade de acesso ao serviço de saúde e o identifique como um local onde ele será assistido em suas diversas necessidades de saúde. Isso acontece por meio da organização do processo de trabalho na APS que inclui o horário de funcionamento da unidade, a forma de marcação de consulta, a presença de acolhimento (escuta qualificada) em situações onde o usuário necessita de um atendimento mesmo não estando agendado, o desenvolvimento de vínculo com a equipe de saúde, e a capacidade de resposta às necessidades de saúde da população (resolutividade). Porém, a alta resolutividade da APS só é alcançada quando as equipes de atenção primária estão capacitadas para reconhecer, prevenir e tratar as necessidades e os problemas de saúde mais frequentes da comunidade e a promover a sua saúde.

- **Integralidade.** A integralidade pressupõe um conceito amplo de saúde, no qual necessidades bio-psico-sociais, culturais e subjetivas são consideradas. A abordagem deve abranger para além da doença na pessoa e considerar aspectos familiares, contexto de vida, o impacto social da enfermidade, dificuldades de autocuidado e outros aspectos que influenciam a capacidade de resposta da pessoa frente aos problemas de saúde e ao cuidado proposto. Logo, a integralidade depende da capacidade de se identificar as necessidades percebidas e as não percebidas pelas pessoas, da abordagem do ciclo de vida e familiar, incluindo ações de promoção da saúde e prevenção da doença. Uma condição essencial para a integralidade é a atuação em equipe multiprofissional, uma vez que a complexidade do cuidado exige o olhar de diversos saberes de saúde.
- **Longitudinalidade.** Essa característica indica que o cuidado em saúde deve ocorrer de modo contínuo, ao longo de todo ciclo de vida do usuário, uma vez que as diferentes fases de vida demandam distintas necessidades de saúde. Não há “alta” do serviço de atenção primária, pois mesmo em momentos de ausência de problemas de saúde, é nesse ponto de atenção que o usuário terá acesso a ações preventivas e de promoção da saúde.
- **Coordenação.** Esse atributo implica no compromisso entre as ações propostas a uma pessoa ou unidade familiar e as respostas frente a essas ações. Em sua relação com os outros serviços da rede de saúde, a APS deve organizar e acompanhar o acesso e o seguimento dos usuários em outros pontos de atenção, quando o atendimento

à necessidade de saúde daquele usuário necessitar de recursos nela não disponíveis. O principal mecanismo de coordenação é a troca de informações entre os membros da equipe e junto a outros serviços de saúde, afim de identificar a efetividade ou não das ações de saúde. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, telessaúde, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinelas e incidentes críticos, entre outros, que neste momento não são alvos desse capítulo introdutório (BRASIL, 2012; STARFIELD, 2002; WASHINGTON, 2005).

Por sua vez, são considerados como atributos derivados:

- **Orientação familiar.** Coloca a família no centro da atenção visando compreender os problemas e necessidades de saúde no contexto familiar e de sua rede social, considerando a vida comunitária, suas particularidades, bem como suas potências e fragilidades.
- **Orientação comunitária.** Esse atributo presume reconhecer as necessidades da família tendo em conta o cenário físico, econômico, social e cultural em que vivem, ou seja, implica no reconhecimento das relações da comunidade com a dinâmica do território e de sua realidade social e seus reflexos na saúde das pessoas.
- **Competência cultural.** Refere-se à necessidade de considerar os aspectos relacionados à cultura dos diferentes grupos populacionais como um elemento importante para a compreensão dos problemas e as necessidades de saúde. As particularidades culturais podem influenciar no modo de adoecer e na concepção de saúde-doença dos diferentes grupos, influenciando na abordagem da equipe de saúde.

Tais atributos imprimem à APS um caráter substitutivo em relação ao modelo de atenção focado no indivíduo e em sua doença. O foco da atenção, na APS, amplia-se do âmbito do indivíduo para sua família e comunidade, onde o cuidado não é apenas direcionado ao diagnóstico e tratamento da doença. Ainda, a APS tem uma função diferenciada de ordenar a rede de saúde, na medida em que concentra o conjunto mais completo de informações

sobre os usuários e suas necessidades. Ademais, por suas características conceituais e organizativas a APS está habilitada a ser o centro comunicador da rede de saúde, articulando informações e recursos em função do atendimento das necessidades de saúde individuais e coletivas.

Em uma ótica diferenciada a APS torna-se um espaço potencial para realizar ações que transcendam somente a busca da cura de determinadas enfermidades físicas e emocionais. De outro modo, almeja-se que o espectro de ações da APS possa promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas, prevenir os agravos à saúde com ações específicas e educação em saúde, fazer diagnóstico precoce, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde.

O cuidado de saúde na APS possibilita que haja uma singularização do sujeito, uma vez que considera seu contexto de vida, família, trabalho e outros determinantes de saúde/doença. Esse cuidado singular é uma individualização ou adaptação do conhecimento técnico-científico à realidade da pessoa e suas características individuais, pois o sucesso ou insucesso de determinada ação de saúde, ultrapassa a aplicação do conhecimento puramente técnico-científico. Para este fim existem ferramentas de gestão do cuidado, tais como, visitas domiciliares, projeto terapêutico singular (PTS), discussões multiprofissionais, matriciamento¹, entre outros que auxiliam no planejamento de um cuidado integral aos indivíduos e famílias.

Na realidade brasileira, identificam-se três importantes características da APS (Quadro 2) que a diferenciam de modelos desenvolvidos em outros países (OPAS, 2011b).

Esse conjunto de atributos e características da APS desenvolvida, no Brasil, permite que a equipe realize a análise detalhada da situação de saúde da comunidade, por exemplo, por meio da elaboração do diagnóstico de saúde e do estudo de demanda. O diagnóstico de saúde é voltado para questões coletivas e dos determinantes de saúde (saneamento, coleta de lixo, fornecimento de água, segurança, transporte, lazer) se estendendo ao estudo da prevalência de doenças presentes no território. E, o estudo de demanda dedica-se à caracterização das pessoas que procuram os serviços de saúde. Esses são instrumentos gerenciais primordiais ao planejamento de ações/intervenções direcionadas à realidade da comunidade.

¹ Matriciamento ou apoio matricial: pode ser definido como novo modo de se organizar e funcionar para produzir saúde, no qual duas ou mais equipes/ profissionais operam em uma intervenção pedagógico-terapêutica compartilhada (Brasil, 2014).

Quadro 2 - As três importantes características da APS no Brasil

Base territorial e adscrição de clientela	Presença de ACS	Saúde Bucal
A definição de equipes de saúde está baseada em territórios geográficos e população adscrita (população presente no território da unidade de saúde). Território é a área de atuação das equipes de saúde dentro da comunidade, considerando a competência cultural, as múltiplas particularidades, necessidades específicas dessas subpopulações e o perfil epidemiológico. As equipes devem reconhecer adequadamente, neste território, todos os tipos de problemas da população, sejam eles de ordem social, econômica, epidemiológica, assistencial, cultural e identitária.	Presença singular de agentes comunitários de saúde, que são profissionais que acompanham, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade dentro do território de atuação das equipes. O ACS desenvolve ações com o objetivo de integrar equipe de saúde e comunidade, constituindo assim um importante elo entre ambos.	A saúde bucal por meio de uma equipe e de incentivos financeiros específicos está incluída na oferta de serviços da APS.

Importante notar que o Ministério da Saúde brasileiro adotou a nomenclatura de Atenção Básica à Saúde (ABS) como tendo o mesmo sentido de APS, recomendando a Estratégia da Saúde da Família (ESF), como o seu modelo organizativo preferencial (BRASIL, 2012).

A ESF define-se por um conjunto de ações e serviços que transpõe a assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território. O foco da atenção é a família e a comunidade em seus contextos sociais, na ótica de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que ultrapassem unicamente as práticas curativas.

Assim, a SF vem se destacando como estratégia para reorganização da APS, na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida.

Sua expansão ganhou novo impulso a partir de 1996. No período 1996-99, passou-se de 847 equipes em 228 municípios, para 4.945 equipes em 1.970 municípios atingindo em março/2016, segundo os dados do Departa-

mento de Atenção Básica (DAB/MS), 40.155 equipes implantadas em 5.456 municípios brasileiros, o que corresponde a uma estimativa de 123.813.575 pessoas cobertas pela ESF (BRASIL, 2000; BRASIL, 2016).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017) define a ESF

como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017).

Essa política traz ainda algumas características específicas da equipe de saúde da família que fundamentam essa estratégia de prestação de cuidado, descritas abaixo:

- **Composição da equipe mínima:** Composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Ainda, podem compor essa equipe cirurgião dentista e seus assistentes e agentes de combate às endemias. Poderão complementar esta equipe profissionais como psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra, sanitarista e terapeuta ocupacional. Esses profissionais atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família e da Atenção Básica, compartilhando e apoiando as práticas em saúde dentro de uma proposta definida como Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB. Esse apoio pode ser desenvolvido por meio de atendimento individual, interconsulta, atendimento compartilhado como discussão de caso para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas; intervenções específicas dos profissionais do NASF-AB com usuários e famílias quando a equipe identifica a demanda e realização de ações comuns nos territórios, desenvolvidas de forma articulada com as equipes de saúde da família, outros setores governamentais e organizações.

- **População adstrita por equipe de saúde da família:** Cada equipe de SF deve ser responsável por 2000 a 3500 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se considerar o grau de vulnerabilidade das famílias do território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe. O número de ACS por equipe será definido pelo gestor local, segundo critérios populacionais, demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos. Para áreas de grandes territórios e áreas de maior vulnerabilidade há a recomendação de 100% de cobertura da área pelos ACS, respeitando o máximo de 750 pessoas por ACS. A equipe deve conhecer as famílias do seu território, identificar o perfil epidemiológico e sociodemográfico das famílias, os problemas de saúde prevalentes e as situações de risco existentes na comunidade e elaborar com a participação comunitária, um plano de atividades para atingir os objetivos propostos a partir das necessidades levantadas. Pontua-se que estes parâmetros também devem ser empregados para as equipes de atenção básica, não organizadas na modalidade de saúde da família.
- **Horário de funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS):** A unidade deve funcionar com carga horária mínima de trabalho de 40h/semanais e por, no mínimo, cinco dias da semana. Outros arranjos de funcionamento podem ocorrer em função das necessidades e após pactuação com a comunidade.

Essas características suportam o processo de trabalho na APS que deve ser organizado de modo a viabilizar a operacionalização dos seus principais atributos e dos princípios do SUS. Dessa forma, a ESF difere-se do modelo tradicional de saúde e pode ser caracterizada como uma inovação tecnológica (SORATTO, 2015) pois *“destaca-se na mudança das práticas, na concepção de saúde, na finalidade assumida para o trabalho assistencial, no entendimento do que é o objeto do trabalho em saúde, nos instrumentos de trabalho utilizados e no produto do trabalho”*, conforme resumido na Figura 2.

MODELO TRADICIONAL DE SAÚDE	PARÂMETROS	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
Baseado nas premissas da Biomedicina	PRINCÍPIOS	Baseado nas premissas da Atenção Primária em Saúde e do Sistema Único de Saúde.
Pautada no entendimento de saúde como ausência de doença	CONCEPÇÃO DE SAÚDE	Adota uma noção mais ampla do processo saúde-doença.
Centrada no médico	RELAÇÃO PROFISSIONAL	Amplia para uma equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar.
Centrada na doença e cura	ASSISTÊNCIA	Inclui ações curativas, de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de reabilitação.
É a ação profissional voltada à pessoa que necessita de tratamento de doenças	FINALIDADE DO TRABALHO	É a ação profissional voltada para uma assistência ampliada, prestadas as pessoas e à coletividade de uma área adstrita
O corpo físico do indivíduo / parte afetada do corpo	OBJETO DE TRABALHO	É o ser humano com carência de saúde na sua integralidade; em seu contexto familiar, cultural e social.
São equipamentos e materiais como maca, gaze seringa, entre outros, bem como protocolos assistencias, conhecimento estruturado sobre clínica	INSTRUMENTOS DE TRABALHO	São equipamentos, materiais e protocolos assistenciais, similares aos usados no modelo tradicional, agregando outros com vistas a contemplar a dimensão integral do sujeito.
É a atividade assistencial realizada, como por exemplo, o curativo feito, o diagnóstico realizado, a prescrição médica.	PRODUTO DO TRABALHO	É a assistência realizada agregando outras dimensões como: ações educativas, implantação de programas e de medidas para mudanças nos indicadores sociais e de morbimortalidade

Figura 2 - Parâmetros teóricos que sustentam a ESF como uma inovação tecnológica em saúde. Fonte: SORATO, PIRES, DORNELLES & LORENZETTI, 2015.

Vale destacar, que no tocante à equidade do cuidado existem algumas ações que estão previstas para populações específicas, principalmente, aquelas que se encontram em situação de maior vulnerabilidade, apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3 - Ações que estão previstas para populações específicas.

Equipes do Consultório na Rua	Equipes de Saúde da Família para População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense	Equipe de Atenção Básica Prisional
<p>Os Consultórios na Rua (CnaR), instituídos pela PNAB, integram o componente da atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e devem seguir os fundamentos e as diretrizes definidos nesta política. As equipes desses consultórios atuam frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, inclusive na busca ativa e cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. Os CnaR são formados por equipes multiprofissionais e prestam atenção integral à saúde de uma referida população em situação de rua in loco. As atividades são realizadas de forma itinerante desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a depender da necessidade do usuário, essas equipes também devem atuar junto aos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), aos serviços de Urgência e Emergência e a outros pontos das redes de saúde e intersetorial.</p> <p>Essa política prevê como princípios, além da igualdade e equidade, o respeito à dignidade da pessoa humana, o direito à convivência familiar e comunitária, a valorização e respeito à vida e à cidadania, o atendimento humanizado e universalizado, o respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência.</p>	<p>Essa iniciativa visa ampliar e qualificar o acesso à saúde das populações ribeirinhas, dispersas e distantes no território brasileiro. Há dois arranjos organizacionais para essa modalidade de atendimento: Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) que desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial; e Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF) que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF). Há legislações específicas para o funcionamento dessas modalidades que determinam a equipe mínima, carga horária de trabalho, população adscrita e repasse de incentivos financeiros.</p>	<p>O Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário foi instituído pela portaria interministerial nº 1777, em 2003. Tem como objetivo garantir o direito à cidadania, a inclusão social e o acesso das pessoas privadas de liberdade às ações e serviços de saúde. A APS no âmbito das unidades penitenciárias visa promover a saúde dessa população e contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes.</p>

Outra particularidade da APS é que as suas ações não podem ser compartilhadas, ou seja, devem ser executadas no território local, sendo de atri-

buição exclusiva do gestor municipal. Desta forma, para que a APS se desenvolva a contento é necessário que haja recursos suficientes para financiar a execução das ações e serviços. No Brasil, o financiamento da APS, bem como, de todo o sistema público de saúde acontece de forma pactuada e tripartite (governo federal, estadual e municipal). Tanto os estados como os municípios possuem autonomia para investir na APS, em função do modelo de atenção que adotam (BRASIL 2007b). Por sua vez, o financiamento federal que em muitos casos tem caráter indutor é transferido basicamente aos municípios e está estruturado em diferentes linhas relacionadas às ações a serem executadas, as quais estão apresentadas na Figura 3.

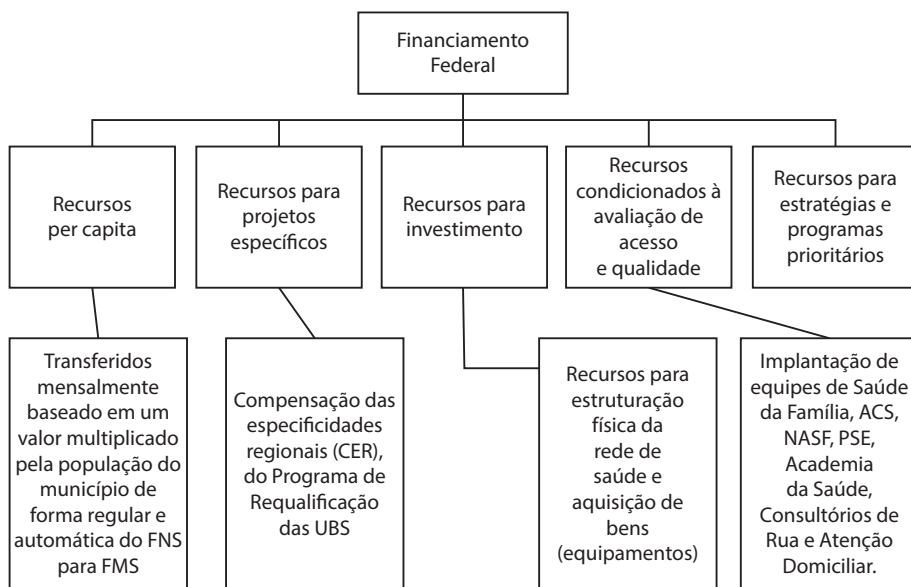


Figura 3 - Composição do financiamento federal da APS

SIGNIFICADO DO TEMA PARA O TRABALHO DO MÉDICO E DA EQUIPE DE SAÚDE EM APS

O modelo de atenção e cuidado proposto com base na APS, tendo a ESF como estratégia primordial, responde à complexidade dos problemas de saúde mais prevalentes, por meio do trabalho em equipe multiprofissional que seja capaz de reconhecer os determinantes da saúde, os fatores de risco e vulnerabilidade das comunidades, famílias e pessoas a fim de desenvol-

ver projetos de intervenção específicos (OPAS, 2011a). Nesse conjunto articulado de saberes e práticas, o médico tem atribuições onde a dimensão clínica de modo isolado não é suficiente para lidar com a complexidade do cuidado, na ótica da integralidade. Assim, além de realizar consultas clínicas, é atribuição importante do médico de família realizar atividades em grupo, visitas domiciliares, participar do gerenciamento da unidade e das atividades de educação permanente da equipe, do diagnóstico comunitário, atividades intersetoriais e planejamento das ações da equipe. No âmbito das relações com os usuários, é importante o estabelecimento do vínculo, ou seja, das relações de afetividade, confiança e empatia entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde. Na perspectiva do cuidado integral é importante que o profissional reconheça as necessidades de saúde das pessoas, considerando sua realidade social e familiar e que envolva esse usuário nos processos de decisão sobre o cuidado a ser ofertado.

Por suas especificidades, a equipe de APS tem condições de acompanhar ao longo do tempo os sucessos e insucessos das intervenções propostas assim como construir (ou significar) e reconstruir (ou resignificar) crenças, valores, paradigmas que envolvem o processo saúde-doença e a percepção deste pelo usuário. Neste processo, a soma de olhares dos distintos profissionais que compõem esta equipe pode ser um potencial para obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. Desta forma, o modelo biológico, centrado no médico, com foco na doença e na atuação queixa-conduta mostra-se insuficiente para atender os princípios que norteiam essa nova compreensão do cuidado em saúde. Quando consideradas todas as dimensões de saúde, é necessário ampliar o espectro de ação, articulando outros setores como educação, meio ambiente, infraestrutura, serviços de proteção social, ou seja, mobilizar os recursos necessários para garantir a integralidade do cuidado ofertado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sistemas de saúde podem se organizar de diferentes modos. Aqueles que se organizam a partir da APS consideram a sua potência para colaborar no alcance de melhores resultados em saúde. Dentre essas características destacam-se: ser a APS o contato preferencial dos usuários com o sistema de serviço de saúde; utilizar tecnologias próprias e de baixa densidade para

resolver os problemas de saúde; capacidade de resolução da maioria dos problemas de saúde da população (acima de 80% de resolubilidade); centralidade nas necessidades e problemas de saúde da pessoa (e não apenas na doença) ao longo do tempo. A APS apoiada em uma concepção mais ampliada e integral do conceito de saúde aborda os problemas mais prevalentes da comunidade oferecendo ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, no contexto familiar e comunitário, com o destaque para a participação social. Pelo conjunto informacional que dispõe da pessoa, da família e da comunidade está habilitada a coordenar e integrar os outros tipos de atenção oferecidos na rede de saúde, organizando e racionalizando o uso dos recursos tanto básicos quanto especializados.

Em síntese, por sua capilaridade e complexidade a APS precisa ser compreendida e receber investimentos capazes de garantir a operacionalização de seus pressupostos, a partir do trabalho da equipe de saúde em parceria com a comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017. Brasília, DF, 2017.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2007a.
- _____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, DF, 2000.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php 1/1>. Acesso em 25 de agosto de 2017.
- _____. **Portaria nº 204/GM de 29 de Janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, DF, 2007b.
- _____. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, DF, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria

de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma-Ata, URSS, 1978.

STARFIELD, B. **Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

MENDES, E. V. **Agora mais que nunca: uma revisão bibliográfica sobre a atenção primária à saúde.** Belo Horizonte: [s.n]; 2009. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Agoramaisque nunca.pdf>. Acesso em 29 de março de 2016.

OLIVEIRA, M.A.C., PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66(esp), p.158-64, 2013.

GIOVANELLA, L., MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Renovação da atenção primária à saúde nas américas: uma orientação estratégica e programática para a organização pan-americana da saúde.** Cd46/13 (port.) 24 agosto 2005. Organização pan-americana da saúde. Washington, D.C., EUA, 26–30 de setembro de 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate.** Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011a.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras.** Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011b.

SORATTO J, PIRES DEP, DORNELLES S, LORENZETTI J. Estratégia Saúde da Família: uma inovação tecnológica em saúde. **Rev Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2015 Abr-Jun; 24(2): 584-92.

PARA SABER MAIS

Relatório Mundial de saúde 2008. Atenção primária à saúde. Agora mais do nunca. Organização Mundial da Saúde 2008.

PROBLEMATIZAÇÃO

Caso Comentado

Carlos tem 39 anos e trabalha como mototaxista (caso índice), não relata problemas de saúde e, por este motivo, não faz acompanhamento. Com seu

trabalho sustenta sua família, constituída por sua esposa e um filho de 9 anos. Há alguns meses vem apresentando dor na região estomacal e há algumas semanas têm procurado o pronto atendimento (PA) da sua cidade que fica há aproximadamente 8km do local da sua residência. Nos atendimentos foi identificado um quadro de gastrite e feito o tratamento, porém com melhora parcial. Foi identificado nos registros de atendimento do PA que Carlos estava procurando com frequência o serviço, pela mesma queixa. Em um dos atendimentos, o profissional de saúde que o atendeu perguntou se não havia algum “postinho” perto da sua casa. Carlos respondeu que havia se mudado há 1 mês para o bairro, que uma pessoa havia passado em sua casa falando do posto e fez um cadastro de sua família. No entanto, ele não procurou a Unidade de Saúde, pois estava acostumado a ir no pronto atendimento. Assim, o médico do pronto-atendimento fez uma carta para ele levar até o posto de saúde mais próximo da sua casa. Esse posto de saúde ficava há 1km da sua residência, possuía uma equipe de saúde da família (ESF). O agente comunitário da equipe identificou, na visita domiciliar para cadastro da família, segundo relato da esposa, que Carlos estava bebendo muito. A esposa relatou que tinha medo quando o marido bebia, pois ele ia trabalhar alterado, dirigindo sua moto em alta velocidade, colocando em risco sua vida e dos passageiros. Relatou ainda que ele ficava agressivo com ela e seu filho e por medo ela não fala nada. Informou que o filho estava com dificuldade de aprendizado na escola, se envolvendo em brigas com os colegas e que chorava toda vez que o pai ficava violento. A esposa chorou durante a visita, disse que não tinha mais ânimo para viver, se cuidar e que estava sentindo muita tristeza. Por sua vez, Carlos achava que controlava a bebida e que podia parar a qualquer momento. Quando Carlos procurou a USF para investigar a dor no estômago que não melhorava, a equipe de saúde sabia do contexto relatado pela esposa, conhecia a sua casa e a sua família. Assim, ele foi acolhido e encaixado em uma vaga próxima, após avaliação do risco e vulnerabilidade da situação. Conhecendo esse contexto, o médico conseguiu entender e relacionar os seus sintomas a seus hábitos de vida. Com retornos semanais agendados, Carlos foi conhecendo a equipe que o chamava pelo nome, conhecia sua casa e sua família e estabeleceu-se o vínculo. Com esse vínculo, Carlos contou sobre a bebida, sobre algumas aflições do passado (como a perda de sua mãe) e que a bebida o ajudava a esquecer os problemas. Paralelamente ao atendimento de Carlos, a equipe acolheu a esposa, dando suporte emocional para a lidar com o problema, encaminhou-a para o serviço de atendimento especializado em violência doméstica e realizou

atendimento ginecológico. A equipe também fez contato com a escola para entender o comportamento e a dificuldade do filho de Carlos. Ele foi avaliado por uma equipe multiprofissional e recebeu a oferta de participação em algumas redes de apoio - reforço escolar e inserção em uma ONG no contra-turno escolar -, onde ele ia aprender informática, brincar e se relacionar com outras crianças. Ao longo de alguns meses, Carlos ficou afastado do trabalho. Como ele não trabalhava com carteira assinada, durante o período de tratamento, a equipe encaminhou a família para o Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, para inserção em benefícios sociais, estimulou e ajudou a esposa a trabalhar vendendo os trabalhos manuais que ela já fazia, como bordado e crochê. Carlos, nesse tempo afastado, ajudava nos cuidados da casa e levava o filho à escola, melhorando o seu vínculo com o filho. O trabalho ajudou a esposa a se sentir mais valorizada, com melhora do ânimo e da tristeza. Carlos seguiu com o tratamento do alcoolismo e problemas hepáticos advindos do uso prolongado de álcool, que foram descobertos com os exames específicos pedidos pelo médico da unidade. Ao longo do tempo, Carlos teve algumas recaídas, porém devido ao forte vínculo com a equipe, ele sempre procurava a USF para recomeçar. Além dos atendimentos na unidade, o agente de saúde fazia visitas frequentes para verificar a adesão ao tratamento e em alguns episódios de falta em consulta, o médico também realizava visita à família. Após 4 meses, Carlos voltou a trabalhar e a esposa mesmo não precisando mais, manteve o trabalho e buscava cursos para se aprimorar. O filho, com a melhora do vício do pai e a diminuição da violência intrafamiliar, a motivação da mãe e a inserção em reforço escolar e em outras atividades apresentou mudança positiva expressiva no aprendizado e no relacionamento com os colegas.

Comentários sobre o caso

Esse caso apresenta um problema muito comum na sociedade, o alcoolismo e seus efeitos físicos, sociais e econômicos. Mostra também como a APS consegue ser resolutiva, uma vez que ela busca na integralidade, compreender o problema para além da queixa que o paciente traz, ou seja, a dor no estômago. Além disso, a integralidade se mostra por meio do olhar para os familiares e para o contexto de vida e trabalho do usuário. Percebe-se o papel fundamental do intersetor, no caso, da escola, da ONG e do serviço social. É certo que sem a parceria com esses equipamentos sociais, a saúde por si só responderia pouco a complexidade desses problemas. Nes-

ta situação-problema também se nota o exercício do princípio da equidade: no acolhimento o usuário foi priorizado para atendimento, ou seja, ele não foi atendido em um balcão e agendado sua consulta na próxima vaga disponível da unidade, sem considerar seus fatores de risco e vulnerabilidade. Vê-se o atendimento do atributo essencial da longitudinalidade, o qual não é atingido na lógica de pronto-atendimento, onde em cada procura ao serviço encontra-se um profissional de saúde diferente. Esse princípio favorece o fortalecimento do vínculo, tão importante para a resolutividade do caso. Nota-se o trabalho articulado em equipe, envolvendo o agente comunitário de saúde, a enfermeira, o médico e a equipe multiprofissional.

CASO PARA DISCUSSÃO

Em uma comunidade, muitos casos de diarreia começaram a acontecer. As pessoas procuravam a unidade de saúde ou iam direto ao hospital para se tratar. Eram medicadas, mas pouco tempo depois ficavam doentes de novo. Essa situação alertou a equipe de saúde que algo não estava bem. O agente comunitário de saúde (ACS), por meio das visitas domiciliares, observou a existência de esgoto a céu aberto próximo às tubulações de água. Além disso, as pessoas daquela comunidade costumavam não tampar adequadamente suas caixas d'água. A equipe identificou os fatores de risco presentes no território e constatou que os casos de diarreia estavam relacionados aos hábitos de vida daquelas pessoas. Pensando no problema acima, reflita sobre as questões:

1. Você sabe o que pode ser considerado fator de risco em um território?
2. Diante do problema descrito, quais as características desse território você pensa ser importante para a equipe conhecer?
3. Quais as ações educativas a equipe poderia propor para atuar na comunidade nesse caso?
4. Seria importante envolver outros setores da sociedade? Quais setores você envolveria?
5. Como poderíamos avaliar os resultados das ações propostas pela equipe de saúde?

Extraído e adaptado de “O trabalho do agente comunitário de saúde”. Ministério da Saúde, Brasil, 2009.

CAPÍTULO 3

*Abordagem Comunitária:
Uma Perspectiva para a Promoção de
Saúde Universal, Integral e Equânime*

*Ana Beatriz da Costa Franceschini
Samára dos Santos Sampaio
Trude Ribeiro da Costa Franceschini*

O slogan ‘saúde é democracia’ é resultante de movimento social no Brasil, durante os anos de 1970, em defesa da saúde como direito de cidadania. Conhecido como Movimento da Reforma Sanitária partiu de um conceito ampliado de saúde resultante da compreensão de seus fatores condicionantes ou determinantes. Reconhecia quão diversos são os fatores que permeiam o viver, muitos deles em estado de deterioração (SILVA et al., 2006). A saúde está diretamente relacionada às condições e aos modos de vida das pessoas.

Promover saúde vai além das ações preventivas e de recuperação do corpo biológico. É necessária uma organização complexa em rede, direcionada às reais necessidades da população, que leve em conta as condições de vida e a integralidade do ser humano. Assim, um novo modelo assistencial, que coloca em foco a atenção à família, vem sendo delineado, considerando o meio ambiente, o estilo de vida e a promoção da saúde como seus fundamentos básicos (ROCHA e ALMEIDA, 2000). Nessa perspectiva, a comunidade passe a ser objeto-sujeito essencial de atenção, entendida a partir do território onde se estabelece. É nesse espaço que se constroem as relações intra e extra familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria da qualidade de vida. As ações sobre esse espaço representam o desafio de um olhar técnico e político ousado, para além das ciências tradicionais (BRASIL, 1997).

“Conhecer o ser humano não é separá-lo do Universo, mas situá-lo nele” (MORIN, 2010). Para o autor, o ser humano é complexo, pois é um ser, ao mesmo tempo, totalmente biológico e totalmente cultural.

Com o desafio de um olhar transdisciplinar, a partir do pensar complexo para as incertezas do viver, este capítulo tem o objetivo de descrever a **Abordagem Comunitária em Saúde** como relação social que melhor oportuniza a compreensão dos profissionais da saúde e da população sobre a determinação social do processo saúde-doença, desenvolvendo práticas de saúde no território que visem empoderamento de pessoas, famílias e comunidade em suas escolhas para seguir a vida.

ABORDAGEM COMUNITÁRIA: ENCONTRO COM UM CAMPO COMPLEXO

O paradigma flexneriano, amparado na concepção mecanicista do organismo humano, levou a uma abordagem fragmentada da saúde, com a ciência e a tecnologia médica desenvolvendo métodos altamente sofisticados para remover ou consertar diversas partes do corpo doente. Em alguns casos

essa abordagem foi bem sucedida, porém já não atende às necessidades da sociedade contemporânea. (KOIFMAN, 2001; CHAVES, 1998).

A abordagem fragmentada e especializada apresenta limitações. Desde Pascal há entendimento que o conhecimento das partes depende do conhecimento do todo e que o conhecimento do todo depende do conhecimento das partes. Há também a necessidade de reconhecer e examinar os fenômenos multidimensionais, ao invés de isolar e compartimentar suas dimensões, tratar as realidades, que são concomitantemente solidárias e conflituosas, respeitando as diferenças e a unicidade. É preciso substituir o pensamento disjuntivo e redutor da ciência do século XIX pelo pensamento complexo, tecido junto. (MORIN, 2010).

A atenção médica à saúde, nessa perspectiva, não pode ser somente preventiva e/ou curativa, mas de atenção integral como meta. (KOIFMAN, 2001; CHAVES, 1998). A integralidade da atenção à saúde pressupõe uma rede de organizações poliárquicas, vinculadas entre si por uma ação cooperativa e interdependente, coordenada pela atenção primária à saúde (MENDES, 2010).

“Os esforços para compreender os problemas e tentar resolvê-los precisam de abordagens multi, inter e transdisciplinares”. (SCHRAMM, 2010, p. 103) A **Abordagem Comunitária** surge como estratégia da práxis social em saúde, buscando compreender transformar essa rede complexa de interações, que se comunica dialogicamente no tempo e no espaço, numa perspectiva mais integrada. (SILVA et al., 2006).

A importância da **Abordagem Comunitária** nas práticas de saúde é retomada pela Conferência de Alma-Ata (WHO, 1978) e pela Conferência de Ottawa (WHO, 1986). A partir da evidência da relação entre inequidades em saúde e desigualdades sócio-econômicas, as políticas públicas, o meio ambiente, a ação comunitária e a reorientação dos serviços de saúde constituem os vários níveis de intervenção para a promoção da saúde.

A inclusão da **Abordagem Comunitária**, como conceito chave nos programas, enfatiza a importância das questões sociais e econômicas no processo saúde-doença e, portanto, do envolvimento das pessoas e comunidades nos processos de tomada de decisões e definição das prioridades para os serviços de saúde, identificando suas próprias necessidades e recursos para enfrentá-las em parceria com os profissionais de saúde. Assim, Abordagem Comunitária torna-se estruturante para Estratégia da Saúde da Família e valorizada como potente para enfrentar as iniquidades em saúde (BUSS, 2000).

Ao falar de **Abordagem Comunitária**, de qual o conceito de comunidade estaríamos falando? Do latim, o termo *Commūnītās* (FARIA, 1956) refere-se à qualidade do que é comum, permitindo a definição de diferentes grupos: de pessoas que fazem parte de uma população, de uma região ou nação; das nações que se encontram unidas por acordos políticos ou econômicos (como a Comunidade Europeia); de pessoas vinculadas por interesses comuns (como os grupos religiosos). No cotidiano, assumimos unidade consensual ou homogênea para o termo quando, na realidade, os mesmos significados e sentidos não são compartilhados (SILVA e SIMON, 2005). Talvez por um saudosismo ilusório, não refletimos sobre o que queremos representar e atribuímos à comunidade um compromisso fraterno, que garantiria segurança e felicidade a todos (BAUMANN, 2003). É necessário deixar claro o referencial de comunidade para a Promoção de Saúde.

A maioria dos trabalhos não define o termo comunidade e, consequentemente, o que se considera Abordagem Comunitária; desenvolve sentidos divergentes das propostas das Conferências Mundiais. Para os profissionais de saúde da atenção primária, por exemplo, comunidade é tomada como um conjunto de pessoas e famílias, que habitam uma dada região espacial, cuja responsabilidade sanitária está adscrita a uma Unidade Básica de Saúde. Essa comunidade, por viver em um mesmo território, estaria potencialmente exposta a alguns tipos de riscos à saúde e, portanto, em riscos semelhantes de adoecimento, transformada assim em população-alvo das ações de saúde (SIMON, 2003).

Nessa perspectiva, quem define o que é comunidade são os profissionais de saúde que, com a autoridade de seus conhecimentos, diagnosticam os problemas da população alvo e indicam as soluções. Dessa forma, os programas buscam trabalhar a saúde da comunidade modificando seus estilos de vida. Não surpreende a falta de adesão da população a muitos dos trabalhos que assumem esses pressupostos de comunidade e de participação comunitária (SILVA e SIMON, 2005). O referencial de comunidade é essencial para o desenvolvimento de práticas comprometidas à perspectiva emancipatória da **Promoção da Saúde**.

A atual interconexão generalizada entre as pessoas – por meio de redes com crescentes pontos de conexão e frequência – tem efeitos sobre as relações individuais e a forma como os coletivos se comportam. O tamanho, a densidade e a heterogeneidade das cidades contemporâneas promovem laços superficiais, transitórios, especializados e desconectados das

famílias e vizinhanças, deixando os indivíduos sozinhos com seus próprios recursos (COSTA, 2005). Como consequência, indivíduos estão mais sujeitos às doenças devido à ausência de uma rede social de apoio (DAHLGREN e WHITEHEAD, 2007).

Frutos de árdua e constante negociação entre as preferências individuais e a coletividade a que se quer pertencer, surgem novas formas de comunidade e de associação que mobilizam fluxos de recursos entre inúmeros indivíduos, imersos numa complexidade chamada rede social. Essa transformação aponta a necessidade de mudança no modo de compreender o conceito de comunidade e a atividade dos coletivos (COSTA, 2005).

Para trabalhar a Abordagem Comunitária nos apropriamos da tecnologia da aproximação pela qual se cria um espaço de diálogos para trocar informações e experiências com a população e, sobretudo, para estabelecer novas relações que permitam vivenciar a realidade cotidiana de pessoas, famílias e comunidades envolvidas. Dessa forma, a abordagem da comunidade constitui-se como ação de saúde no campo de relações sociais em que se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida.

O processo de abordagem comunitária em saúde tem por base um território com fronteiras ilimitadas, habitado por pessoas que, em suas relações, compõem diversos coletivos – familiares, de amigos, de trabalho, religiosos, entre outros – que também se relacionam entre si. Agregar a participação social permite a aquisição de informações confiáveis e atualizadas sobre as condições de vida, trabalho e oportunidades de educação; os valores que permeiam os modos de seguir a vida e de entender o processo saúde-doença; a capacidade de interação dos indivíduos com os que estão a sua volta – parentes, amigos, colegas de trabalho – e também com os que estão distantes e podem ser acessados remotamente.

Conhecimentos sobre realidade abrangente, dinâmica da rede de relações, padrões sócio-culturais, necessidades, problemas, potencialidades, vivências e aspirações da população são imprescindíveis para que gestores e profissionais da área de saúde possam planejar, avaliar e monitorar seus serviços (BASTOS et al, 2012).

FERRAMENTAS DA ABORDAGEM COMUNITÁRIA

Entre os pressupostos da **Medicina de Família e Comunidade** está a constante busca por uma melhor adequação das ações de promoção de

saúde, tendo em vista a grande diversidade cultural e as singularidades das pessoas e dos grupos humanos. Targa e Oliveira (2012) atribuem a noção de competência cultural à habilidade e sensibilidade para aprimorar a qualidade dos contatos interculturais. Refletir sobre a forma como se dão essas relações para a produção social da doença-saúde exige desenvolvimento de habilidades e competências e é uma tecnologia tão importante quanto o diagnóstico e o tratamento das doenças. (FRANCESCHINI, 2005).

A abordagem comunitária não acontece apenas no primeiro contato, é um processo constante (LOPES, 2008), pois a comunidade é dinâmica, está sempre em movimento e suas relações sociais apresentam potências e contradições permanentes. No entanto, isso não significa que ela não deva ser planejada. É difícil estabelecer, a priori, qual é a maneira ou a metodologia mais adequada para o processo de abordagem, mas as várias oportunidades de observação direta, de contar com os diversos registros de dados e da história devem ser valorizadas. No trabalho interdisciplinar da estratégia de saúde da família, cada profissional pode usar seus núcleos de conhecimento para apreender as necessidades e problemas de saúde e, também, recursos que possam contribuir para a construção do projeto para a promoção de saúde. No início, a abordagem deve ser livre, sem questionamentos ou entrevistas; deve-se estar aberto a conhecer o diferente, o novo.

O **Acolhimento**, como diretriz operacional do SUS, propõe que a organização do processo de trabalho em saúde seja centrada no usuário e no trabalho em equipe multiprofissional, que se encarrega da escuta do usuário, comprometida com construção de resoluções para o problema de saúde. É uma sequência de atos, que não se limita ao receber, implica atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal (FRANCO et al., 1999). O acolhimento, qualificando a relação entre trabalhadores da saúde e usuários do sistema, promove a humanização das práticas da saúde, o estabelecimento de vínculos de confiança entre os profissionais de saúde e a população, o estímulo à organização da comunidade para o exercício do controle social e o reconhecimento da saúde como direito de cidadania (GOMES e PINHEIRO, 2005).

A **Territorialização** é o reconhecimento do território, um dos princípios básicos da **Estratégia de Saúde da Família** para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Caracteriza-se por ações diferentes, mas complementares: demarcação de limites das áreas de

atuação dos serviços; reconhecimento de ambiente, população e dinâmica social existentes nessas áreas; estabelecimento de relações com equipamentos sociais adjacentes e outros setores (PEREIRA e BARCELOS , 2006)

Aqui, o território é entendido como um espaço geográfico delimitado por ações político-administrativas ou de determinado grupo social. É onde fatos acontecem simultaneamente, mas suas repercussões são sentidas de maneiras diversas por pessoas, famílias e grupos que ali vivem, integram-se e interagem, dependendo das condições de trabalho, renda, habitação, educação, meio ambiente e cultura. O território é produto da sua história, das relações de poder entre Estado, agências e seus cidadãos, que o configuram como espaço social e político em permanente transformação. É a partir disso que se configura sua importância estratégica para as políticas públicas na consolidação de ações para o enfrentamento de problemas e necessidades da população que o habita e o constrói socialmente (GONDIM et al., 2008; BARCELOS, ROJAS, 2004).

A ideia subjacente à proposta de **Territorialização** na saúde seria possibilitar progressivamente a estruturação dos serviços de saúde para dar cobertura efetiva, compatível com as necessidades e os problemas demandados e identificados pelos profissionais da saúde, a uma determinada população em um território.

Tendo em vista a complexidade dos problemas de saúde a serem enfrentados, é consenso que as ações de Promoção de Saúde extrapolam o setor da saúde. O objetivo da **Intersetorialidade** é articular a saúde com outros setores – educação, saneamento, meio ambiente, obras, ação social, esporte, lazer, cultura, além de organizações não governamentais e da sociedade. Compreendida como uma relação que se forma entre partes do setor saúde e de outros setores para atuar em um tema, a intersectorialidade visa alcançar resultados mais efetivos, eficientes e sustentáveis do que poderia a Saúde por si só (SILVA et al., 2010).

A **Estratégia de Saúde da Família** tem, no domicílio da família, um espaço privado e o menor território de ações da **Atenção Primária à Saúde**. Esse lugar – vivido e compartilhado entre a família, os vizinhos e a comunidade – traz, além da concretude dos dados, informações valiosas sobre hábitos de vida associados a valores, crenças e à forma como o cuidado à saúde é vivenciado e aprendido na família (MAHMUD et al., 2012). Conhecer essas dinâmicas familiares e sociais, estruturantes e/ou desagregadoras das relações da família e da sociedade, é um dos objetivos da **Visita Domiciliar**.

A **Visita Domiciliar** não é uma novidade da Estratégia da Saúde da Família, mas foi retomada – não mais com o enfoque policlesco, da vigilância sanitária, ou da atenção à doença, da vigilância epidemiológica – pela vigilância à saúde como forma contínua e integral de atenção à saúde das pessoas e famílias (FRACOLLI e BERTOLOZZI, 2001). A **Visita Domiciliar** é, simultaneamente, tecnologia e ferramenta que permitem a escuta e promovem o acolhimento das necessidades de saúde que se quer conhecer, objetivando atender o indivíduo na sua integralidade. Utilizada pelos vários profissionais da saúde, a Visita Domiciliar requer saberes, habilidades e atitudes para ser desenvolvida sobre bases éticas, humanas, e também profissionais (LOPES et al, 2008).

Esse recurso é uma oportunidade de observar as condições dos diversos viveres que envolvem as complexas relações entre o público e o privado; de dialogar e refletir sobre os aspectos subjetivos do processo saúde doença; sobretudo, de criar de espaços de intersubjetividade, onde falas, escutas, interpretações e trocas de saberes promovem momentos de cumplidades capazes de responsabilização mútua em torno dos problemas a serem enfrentados (ROMANHOLI e CYRINO, 2012). A Visita Domiciliar permite, também, que ações pedagógicas sejam mais efetivas e tenham melhor adesão, uma vez contextualizadas nos valores e crenças das pessoas e famílias (SILVA et al., 2011).

A **Visita Domiciliar** é parte da **Atenção Domiciliar** definida, pela Organização Mundial de Saúde, como provisões de ações para promover, restaurar e manter o conforto, a função e a saúde das pessoas, incluindo cuidados por uma morte digna. O enfoque não é o tratamento da doença em domicílio para os vários membros da família, os cuidados domiciliares são preventivos, terapêuticos, reabilitadores e paliativos, incluindo o cuidado dos cuidadores (MAHMUD et al., 2012).

Compondo mais uma ferramenta da **Abordagem Comunitária**, os **Grupos Comunitários** tem sido utilizados como forma de aproximação para conhecer os determinantes do processo saúde-doença e de construção de projetos para promoção de saúde. Constituídos das mais diversas formas – grupos de lazer, de artesanato, de atividades físicas, de saúde mental, de terapia comunitária, para idosos, gestantes, entre outros – os **Grupos Comunitários** atribuem grande importância ao saber popular e também encontram bases que os fundamentam como processo ético e profissional de promoção de saúde: nos processos interativos da Teoria Sistêmica, na retroalimentação

da Teoria Cibernética, nos conhecimentos da Teoria da Comunicação Humana e na influência mútua do observador e observado da Teoria Gestáltica. É necessário planejar os grupos a partir de uma situação problema, formular objetivos claros do público com o qual se quer trabalhar e ter o diálogo como ingrediente fundamental para o desenvolvimento do vínculo de confiança, que propicia o compartilhamento de experiências em um ambiente de reflexão para mudanças conjuntas (CASANOVA et al, 2012).

As intervenções focadas no binômio limitante doença-cura, baseadas na transferência de informações e de prescrições (muitas vezes coercitivas), estão provavelmente fadadas ao fracasso, pois estão distantes da realidade das pessoas, da família e da comunidade (CASANOVA et al., 2012). Procurar suscitar a dimensão terapêutica do próprio grupo, valorizando o saber e competência produzidos pela experiência de cada um, combinados aos saberes científicos e políticos, reforça a autonomia, a autoconfiança, a corresponsabilidade e os vínculos, tão necessários na construção de redes solidárias (MENDONÇA, 2012)

Na década de 1990, os movimentos sociais reivindicavam saúde como direito. Compreendendo a saúde como qualidade de vida, esses movimentos creditavam, na participação propositiva dos diversos sujeitos sociais, uma forma de luta pela saúde. Carvalho (2007), nos lembra que a Constituição Federal de 1988 estabelece que todo poder emana do povo diretamente ou por seus representantes eleitos, garantindo direitos aos cidadãos. A participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, o SUS, é regulamentada pela Lei 8.142/90 e cria duas instâncias de participação: as Conferências e os Conselhos de Saúde. Carvalho (2007), destaca ainda que a plena participação comunitária é mais ampla que o controle social, ela se dá individualmente na relação dos cidadãos com o SUS, em suas ações e serviços, e coletivamente, por meio de ações de proposição e controle dentro do Conselho e da Conferência de Saúde. Há inúmeros problemas que dificultam a efetivação da **Participação Social**, entre eles, a própria visão dos serviços de saúde sobre o cidadão, tido apenas como objeto e não como sujeito ativo e participante de cada ação de saúde; a falta de informação sobre o direito à saúde e a maneira como o Estado deve provê-lo ao cidadão individual e coletivamente.

A participação dos sujeitos envolvidos nas práticas de saúde possibilita seu protagonismo no processo de produção de sua saúde e de formação dos trabalhadores do SUS: usuários dos serviços de saúde, esses sujeitos assu-

mem uma posição ao lado do trabalhador, alterando a estrutura das práticas de saúde, muito marcada pela hierarquia dos diferentes e pelo corporativismo dos iguais (PASSO e CARVALHO, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Abordagem Comunitária como possibilidade de aprendizado para a Promoção de Saúde

A **Abordagem Comunitária**, como um conjunto de ações que permite conhecer as necessidades de saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade, coloca em perspectiva a dimensão subjetiva da produção de saúde; traz o desafio de incluir as tecnologias relacionais, as tecnologias leves (MERHY, 2002), e os diferentes sujeitos implicados – usuários, trabalhadores, analisadores e gestores – na Promoção de Saúde.

É necessário o debate em torno da formação de profissionais de saúde, principalmente de médicos, comprometidos com o cuidado, aptos a utilizar toda tecnologia em defesa da equidade. Ou seja, mais que expor o aluno ao objeto da técnica, a formação deve colocá-lo em relações com o usuário, que permitam interações visando a compreensão das necessidades, o reconhecimento da situação singular e da complexidade social, em que ambos se encontram. As mudanças nas diretrizes curriculares orientam que o novo processo de formação deverá, desde o princípio, centrar-se na comunidade, com enfoque na pessoa e nas suas necessidades; operando um conjunto complexo de saberes construídos em situação para intervenção em processos de trabalho (MERHY e ACIOLE, 2003).

A **Abordagem Comunitária** torna-se, além de ação, também ferramenta de aprendizado para a Promoção de Saúde. Pela experimentação em ato nos processo de trabalho, essa estratégia tem potência de produzir novos sujeitos capazes de ampliar suas redes de comunicação e de negociação, de valorizar as redes e de lidar com a indissociabilidade entre clínica e política (atenção e gestão), sujeitos e coletivos, produção de saúde e de subjetividades (PASSO e CARVALHO, 2015).

O Projeto de Saúde no Território vem ao encontro dessas perspectivas, favorecendo o entendimento das necessidades em saúde sob a ótica da vulnerabilidade. Este relato

de experiência teve como um de seus objetivos identificar as situações de vulnerabilidade em famílias com crianças e com adolescentes de 1 a 14 anos de idade no território de abrangência de uma unidade básica de saúde (CAETANO et al., 2015, pág. 156).

O artigo resulta de um trabalho do primeiro ano de graduação de Medicina (instituição pública) em uma Unidade Básica de Saúde com a Estratégia de Saúde da Família. A partir do desenvolvimento de aprendizado dos conceitos de territorialização, visita domiciliar, intersetorialidade, e sua importância para promoção de saúde, o grupo de estudantes é apresentado aos problemas de saúde desse território; são estimulados a conhecer a realidade de famílias, significar a determinação do processo saúde-doença, e as necessidades de articulação com outros setores.

O encontro com realidades muito diversas, e até então impensáveis, coloca os estudantes em contato com outros modos de estar no mundo e sofrimentos imponderáveis, impactantes, que colocam em questão suas certezas e transformam a comunidade em cenário de formação.

“Conhecer e pensar não é chegar a uma verdade absolutamente certa, mas dialogar com a incerteza”. (MORIN, 2010, p. 59) No ensino construímos o conhecimento – utilitário ou não – mas quase nada é dito ou tratado acerca do que não conhecido, das incertezas. O ensino em saúde com a abordagem comunitária tem a possibilidade de mobilizar a reforma do pensamento nos estudantes e promover a tomada de consciência da coletividade, com a desconstrução do paradigma flexneriano (atenção na doença, na saúde curativa, hospitalar, superespecializada e voltada para interesses econômicos e corporativos) e o fortalecimento do paradigma da complexidade do ser humano, valorizando o cuidado integral, humanizado, a ética da solidariedade e a subjetividade de cada ser no seu cotidiano e na sociedade em que está inserido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACIOLE, Giovanni Gurgel; MERHY, Emerson Elias. Uma nova escola médica é possível? Aprendendo com a CINAEM as possibilidades de construção de novos paradigmas para a formação em Medicina. Rev. Pró- posições, v.14, n.1(40), p.53-68, 2003.
- BARCELLOS, Christovam; ROJAS, Luisa Iñiguez. O território e a Vigilância da Saúde. EPS-JV: Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – Proformar. Unidade de Aprendizagem I, Módulo III, Rio de Janeiro, 2004.

- BASTOS, Gisela Alsina Nader; BASTOS, Juliano Peixoto; SANTOS, Iná S. Abordagem Comunitária: diagnóstico de saúde da comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed; 2012. v. 1, p 248 -254.
- BAUMANN, Zygmund. **Comunidade**: a busca por segurança no mundo atual. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- BUSS, Paulo Marchiori . Promoção da saúde e qualidade de vida. CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.163-177, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorganização do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
- CAETANO Beatriz Edla; OLIVEIRA Bruno Quintino de; TOLEDO, Camila de Oliveira; BALCO, Estenifer Marques; FRANCESCHINI, Trude Ribeiro da Costa; FERREIRA, Janise Braga Barros . Promoção de saúde e o Projeto de Saúde no Território: um levantamento das situações de vida das crianças, dos adolescentes e de suas famílias sob a perspectiva da vulnerabilidade. RESC 2015 Nov;2(11):e156.
- CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. Participação da comunidade na saúde. Passo Fundo: IFIBE; CEAP, 2007. 259 p.
- CASANOVA, Fabrício; OSÓRIO, Luiz Carlos; DIAS, Lêda Chaves. Abordagem comunitária: grupos na Atenção Primária à Saúde. In: Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed; 2012. v. 1, p 265 -273.
- CHAVES, Mário M. Complexidade e transdisciplinaridade: uma abordagem multidimensional do setor saúde. Revista da Abem, 22(1):7-18, 1998.
- COSTA, Rogério. Por um novo conceito de comunidade: redes sociais, comunidades pessoais, inteligência coletiva. Interface Botucatu , v. 9, n. 17, p. 235-248, Aug. 2005.
- DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. European strategies for tackling social inequities in health: leveling up part 2. Studies on social and economic determinants of population health, N° 3. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007.
- FARIA, Ernesto. Dicionário Escolar Latino – Português. Ministério da Educação e Cultura. Departamento Nacional de Educação, Rio de Janeiro, 1956.
- FRANCESCHINI, Trude Ribeiro da Costa. Observação da relação mãe/bebê/família como uma ferramenta para o aprendizado da integralidade. 240 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, v.2, n.15, p.345-53, 1999.
- FRACOLLI, Lislaine Aparecida; BERTOLOZZI, Maria Rita. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo Brasil, Ministério da Saúde. Universidade de São Paulo. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, 2001.
- GONDIM, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Maurício; ROJAS, Luisa Iñiguez; BARCELLOS, Christovam; PEITER, Paulo; NAVARRO, Marli; GRACIE, Renata. O ter-

- ritório da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: BARCELLOS, C, et al (org.). Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 237-255.
- GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface - Comunic. Saúde, Educ. Educ., v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005.
- KOIFMAN, Lilian. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 49-69, June 2001.
- LOPES, José Mauro Ceratti. Princípios da Medicina de Família e Comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed; 2012. v. 1, p 1- 11.
- LOPES, Wanda de Oliveira; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. Cienc Cuid Saude 2008 Abr/Jun; 7(2):241-247
- MAHMUD, Sati Jáber; MANO, Maria Amélia M.; LOPES, José Mauro Ceratti. Abordagem Comunitária: cuidado domiciliar. In: Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed; 2012. v. 1, p 255 – 264.
- MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Aug. 2010
- MENDONÇA, Mauro Elias. Abordagem comunitária: terapia comunitária. In: Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed; 2012. v. 1, p 274 – 287.
- MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 189 pags. 2002
- MORIN, Edgar. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Tradução Eloá Jacobina. – 18ª ed. 128 pags.– Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.
- PASSO, Eduardo; CARVALHO: Yara M. A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. Saúde Soc. São Paulo, v.24, supl.1, p.92-101, 2015.
- PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam. O território no programa de saúde da família. Hygeia, 2(2):47-55, jun 2006.
- ROCHA, Semiramis Melani Melo; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. Rev.latin-am. enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dezembro 2000.
- ROMANHOLI, Renata Maria Zanardo; CYRINO, Eliana Goldfarb. A visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio de fazer. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.16, n.42, p.693-705, jul./set. 2012.
- SCHRAMM, Fermin Roland. Pensamento complexo e saúde pública. In: Hortale VA et al. (org.). Pesquisa em saúde coletiva: fronteiras, objetos e métodos. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, p. 85-103, 2010.

- SILVA, Kênia Lara; RODRIGUES, Andreza Trevenzoli. Ações intersetoriais para a promoção da saúde na Estratégia da Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2010, set-out; 63(5):762-9.
- SILVA, Laura Cristina da; TERRA, Marlene Gomes; CAMPONOGARA, Silviamar; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Pensamento Complexo: um olhar em busca da solidariedade humana nos sistemas de saúde e educação. *R Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2006 out/dez; 14(4): 613-9.
- SILVA, Mariana Cristina Lobato dos Santos Ribeiro, SILVA, Lucía, BOUSSO, Regina Szylit. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(5):1250-5.
- SILVA, Rosalina Carvalho; SIMON, Cristiane Paulin. Sobre a diversidade de sentidos de comunidade. *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, v. 36, n. 1, pp. 39-46, jan./abr. 2005
- SIMON, Cristiane Paulin. Promoção de saúde na comunidade: análise de relatos de experiências na literatura sob a perspectiva da psicologia crítica. Tese de Doutorado do Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, (2003).
- TARGA, Leonardo Vieira; OLIVEIRA, Francisco Arsego de. Cultura, saúde e o médico de família. In: Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre: Artmed; 2012. v. 1, p 52 -59.
- WHO 1978. Declaration of Alma-Ata. Primary Health Care – Report of the International Conference on PHC, Alma-Ata, USSR, 6-12 Sep. 1978.
- WHO 1986. Carta de Ottawa, pp. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa*, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

PARA SABER MAIS

- CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Os princípios da medicina de família e comunidade. *Revista APS*. 2005; 8(2):181-90. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/principios.pdf>
- Lopes, José Mauro Ceratti. Capítulo 1 – Princípios da Medicina de Família e Comunidade. In: GUSSO, G.; LOPES, José Mauro. C. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. 1. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2012. v. 2. 1354p.
- STARFIELD, Bárbara. Capítulo 14 – Saúde Pública e Atenção Primária orientada para a Comunidade. In: STARFIELD, Bárbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 726p., 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>

Caso 1

A Sra. S.M.S., trazida do interior da Paraíba aos 13 anos de idade por um casal para cuidar do filho deles, construiu a vida em Ribeirão Preto-SP. Engravidou aos 21 anos e hoje, com 37 anos de idade, é mãe solteira de uma filha adolescente, C.M.S., que não frequenta a escola. Atualmente, S.M.S, com ensino médio completo, trabalha como diarista de segunda a sábado. Numa visita realizada pelo ACS, ela refere sentir dores intensas na coluna lombar e no antebraço direito, principalmente à noite e faz uma semana que não consegue trabalhar. Está preocupada, pois, a sua renda como diarista vai toda para as despesas da casa, não sobrando quase nada, e não pode ficar sem trabalhar. “De vez em quando também sinto câimbras nas pernas, inchaço e dormência. Mas sobre esses problemas de saúde não falo com ninguém, inventei uma desculpa para as pessoas para que faço limpeza nas casas porque tenho medo de dispensarem meus serviços”, refere ela ao ACS e pedindo segredo. Não contribui com o INSS como autônomo. Diante do caso exposto, explique quais ferramentas da abordagem comunitária são necessárias para ajudar a solucionar os problemas da família de S.M.S.

Caso 2

L.M.M., 75 anos, casada com A.C.M., 73 anos, moram na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Alto Alegre. A sra. L.M.M. procura a USF relatando que nunca recebeu a visita do ACS e que nos últimos meses o seu marido passou a apresentar dificuldades para deambular, rigidez nas pernas, esquecimento dos fatos do dia a dia e dificuldades para levantar da cama a noite, urinando quando estava dormindo. A recepcionista da USF questiona se o casal tem filhos, e a senhora L.M.M. diz que o filho não mora em Ribeirão Preto, residindo em Santos. Levante os problemas da família da sra. L.M.M. e quais estratégias, segundo a abordagem comunitária, o médico e a equipe da USF Alto Alegre devem implementar.

CAPÍTULO 4

Territorialização na Atenção Primária da Saúde

Antonio Luiz Rodrigues Junior

CONCEITUAÇÃO DO TEMA

Este capítulo trata da territorialização, como uma estratégia de organização da Atenção Primária à Saúde (APS), visando a concretizar os princípios doutrinários de universalidade, da equidade e da integralidade da assistência à saúde, e dos princípios organizacionais de descentralização, de regionalização, principalmente, e de participação social, ampliando a compreensão da saúde como um bem a ser construído juntamente com a comunidade por meio de intersectorialidade, considerando populações adscritas como destinatárias e originárias dessas ações. A territorialização não é a mera divisão do espaço físico, pois depende da compreensão das relações humanas que ocorrem sobre este espaço, caracterizando dinâmicas, vivências e práticas políticas, sociais, econômicas, culturais, religiosas, ambientais etc. O objetivo deste capítulo é apresentar os conceitos mais prevalentes sobre a territorialização da APS, relevando paradigmas que possam contribuir para a consecução das ações e das políticas de saúde.

O núcleo etimológico da expressão “territorialização” requer a definição de território. Na abordagem simples, o território é idealizado como um espaço físico delimitado politicamente e subdividido em quantos níveis forem necessários para satisfazer uma organização (regiões, municípios, distritos, áreas, micro áreas etc.), que podem ser contíguos ou descontínuos, espacialmente. O processo territorialização está diretamente ligado à formação dos Estados-nação, que dependem da identificação de sua população, do espaço físico que tal população irá ocupar e da soberania, que conferem o poder político-administrativo ao governante. Então, ao pensarmos na territorialização da APS sob esta lógica, o território sendo definido pela população adscrita e a atuação da APS como ação de soberania estatal, criando um núcleo de poder político; se houver a participação social nesta instância de poder, estaremos frente a um poder político de natureza democrática, isto é, se a população adscrita exercer sua cidadania (direitos) no território da APS, estaremos diante de um espaço de expressão política em saúde, evidenciando o espaço da APS como território político-administrativo.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria do Ministério da Saúde no 2.488/2011, descreveu um critério quantitativo de territorialização político-administrativa, ao recomendar limites máximos para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com ou sem Estratégias de Saúde da Família (ESF) em grandes centros urbanos a 18 mil habitantes e a 12 mil

habitantes, respectivamente, cabendo às equipes de profissionais da APS definirem os “territórios de atuação sob sua responsabilidade”. A referida política é clara em facultar às equipes a mediação da delimitações territoriais de sua atuação, mas, uma vez territorializadas, fica estabelecida a responsabilidade sanitária, a obrigação prestacional da APS.

A PNAB estabeleceu tamanhos populacionais, vinculando a habitação como referência para a identificação da população adscrita ao território da APS. Mas, habitante é quem habita, e habitar é ocupar o espaço, dando-lhe uma finalidade social. A definição da portaria ministerial seria precisa, se as características das habitações fossem simplesmente as edificações, ou se os habitantes fossem elementos estáticos de uma paisagem ou a localização dessas habitações fossem conhecidas; entretanto, o que ocorre na prática desafia a lógica positivista, porque as edificações, via de regra identificadas como habitações, abrigam as mais variadas formas de se conjugar o verbo habitar. É consenso que todas as edificações do espaço urbano são reconhecidas pelo poder público, porque sobre elas incidem tributos; mas existem habitações que não são constituídas em edificações e/ou que não possuem logradouro, como as ocupações ilegais ou desorganizadas do espaço urbano, que não rendem tributos e nem são reconhecidas pelo poder público e, justamente por isso, são marginalizadas e mais dependentes da ação de um poder político.

Então, seria a mera contagem de habitantes suficiente para identificar territórios na APS? A resposta correta é: depende. Se a contagem de habitantes considerar todos os tipos de habitação, identificando, analisando e homogeneizando as condições ambientais, sociais, culturais, econômicas e epidemiológicas que importam ao desenvolvimento das ações em APS, então, este critério de territorialização atingirá a representatividade social desejada e, assim, permitirá a participação social que legitimará a estratégia democraticamente; de outra forma, se a contagem de habitantes resultar territórios baseados nas moradias existentes no cadastro fiscal do poder público, então, a territorialização da APS não reconhecerá a vulnerabilidade e a desigualdade social institucionalizada. Esta reflexão concorda com Mendes (1995), que ponderou a existência de duas linhas de pensamento sobre a territorialização: uma linha, admite o território-natural, cujo espaço físico pode ser segmentado segundo um critério geopolítico (tributário, demográfico, imobiliário, valor venal, planificação urbana etc); outra linha, o território-processo, que resulta do reconhecimento das interações sociais e

das dinâmicas humanas que promovem uma constante construção e reconstrução do estado das coisas. É importante frisar que ambas as linhas não são excludentes, mas complementares e/ou concorrentes.

Então, considerando estes raciocínios, se, por um lado, para ser bem sucedida, a territorialização requer o conhecimento sobre as dinâmicas sociais, relevando suas necessidades e suas condições de saúde, por outro lado, a territorialização norteia a organização dos serviços de saúde, de maneira que a oferta seja compatível com a demanda, destacando a importância dos estudos epidemiológicos-operacionais, conforme a recomendação da Lei nº 8080/90, art.7º: *“utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática”*. Quando a territorialização da APS equipara a oferta à demanda, encontra-se o número ótimo que harmoniza a capacidade de atendimento e as necessidades da população adscrita; este sinergismo entre ótimo de oferta e demanda provoca o estreitamento do contato entre quem executa as ações de APS e seus destinatários, estabelecendo os vínculos interpessoais profissionais, facilitando o acesso à assistência integral e diminuindo as desigualdades de acesso.

A APS constituída desta forma representa uma importante porta de entrada para o SUS, pois as unidades de APS estão “conectadas” aos pontos de atenção à saúde com maiores densidades tecnológicas, para onde os casos mais graves são referenciados (atenção secundária ou terciária) ou quando forem necessários procedimentos inexistentes na própria unidade de APS. Esta característica de “conectividade” da APS faz surgir uma estrutura poliárquica, conhecida como Rede de Atenção à Saúde (RAS), cujos pontos de atenção são hierarquizados segundo a densidade tecnológica, criando fluxos assistenciais de usuários ou movimentos migratórios no SUS. Esta configuração da APS, como porta de entrada do SUS, gera um processo de territorialização um pouco diferente daquele que é definido pelas populações adscritas, mas ambos ocorrem no espaço geográfico da APS, seja na forma de delimitações de áreas ou de fluxos assistenciais de referência e contrarreferência, e têm reflexos na organização dos serviços de saúde.

As formas de territorialização da APS são imbricadas e complementares e seus constructos dependem da concepção de geo-objetos. Gusso (2012), organizou uma terminologia bastante didática e grande utilidade para os textos sobre a territorialização da APS, definindo conceitos e classificações sobre os geo-objetos, como seguem:

1. Objetos geográficos que refletem recortes territoriais, resultantes dos ajustes culturais, econômicos e sociais da RAS.
 - Regiões Intraestaduais: formação que pode ser instituída ou homologada pela Secretaria Estadual da Saúde (SES), com municípios do mesmo Estado;
 - Regiões Interestaduais: formação homologada por mais de uma SES, com municípios de Estados diferentes;
 - Regiões Fronteiriças: formação composta por municípios localizados na região de fronteira com outros países, cuja competência é da União, que devem observar, além do regramento interno, as normas internacionais.
2. Objetos geográficos que refletem a organização da RAS.
 - Região de Saúde: território definido pela divisão político-administrativa do Estado, conforme decisão da Secretaria de Estado da Saúde, com base em especificidades, estratégias regionais e em características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços e relacionamento entre municípios;
 - Módulo Assistencial: área constituída por um ou mais municípios, sendo um município-sede, com suficiência para a sua população e para a população de outros municípios;
 - Município-Sede: município integrante do aparelho estatal, de um módulo assistencial, que corresponde ao primeiro nível de referência intermunicipal, que é capaz de ofertar assistência com média complexidade, compreendendo atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico terapêutico e de internação hospitalar;
 - Município-Polo: município capaz de ser referência em qualquer nível de atenção; geralmente, o município-sede também é município-polo, mas o contrário não é sempre verdadeiro.
3. Objetos geográficos que refletem as unidades territoriais da APS.
 - Distrito: território da unidade operacional básica, constituída segundo o perfil epidemiológico e demográfico da população, devendo ser resolutivo, minimamente, nas necessidades da população adscrita, tanto em cuidados individuais quanto coletivos, promovendo a prevenção e a assistência em nível ambulatorial e internações;
 - Área: divisão do distrito de saúde conforme a necessidade ou conveniência local, que deve conter entre 2.400 e 4.000 habitantes;

- Microárea: subdivisão da área, com características homogêneas segundo condições socioeconômicas, ambientais, epidemiológicas etc., que será a base operacional do Agente Comunitário de Saúde e que deve conter no máximo 750 habitantes.

A existência de pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas, que disponibilizam seus recursos na RAS, provoca fluxos assistenciais, na forma de movimentos migratórios que convergem para determinados municípios; estes municípios são reconhecidos como municípios-polos, porque atraem estes fluxos de demanda, podendo existir, numa mesma região de saúde, mais de um município-pólo. Dentre os municípios-pólos, existem municípios que também participam do Aparelho Administrativo do Estado e que hospedando a sede da Região de Saúde e, por isso, são conhecidos como municípios-sede. A definição de Módulo Assistencial, de Município-sede e de Município-pólo estão condicionadas à densidade tecnológica, cujos recursos são compartilhados mediante pacto de gestão; a administração destes recursos tecnológicos requer a máxima utilização, permitindo que uma instituição médico-hospitalar possa prestar assistência às pessoas de outros municípios, pelo SUS.

A realização da territorialização por adscrição compete às equipes de saúde, mas a delimitação de Regiões de Saúde é feita pelo Estado, que considera a articulação entre gestões municipais, que devem apresentar, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, de urgência e emergência, de atenção psicossocial, de atenção ambulatorial especializada e internação hospitalar e de vigilância em saúde e que adota o critério de divisão em Regiões de Saúde para fazer as transferências de recursos estatais (Regulamento da Lei Orgânica da Saúde, Decreto 7.508/2011, arts 5º e 6º). No Estado de São Paulo, existem os Departamentos Regionais de Saúde (DRS), que representam a divisão territorial de natureza político-administrativa.

O Decreto nº 7.508/11, art.2º, também fez definições importantes para a organização dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja territorialização baseia o planejamento da assistência e a articulação interfederativa, prevendo a criação de comissões intergestores e o Contrato Organizativo da Ação Pública da saúde.

Art. 2º. Para efeito deste Decreto, considera-se: I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir

de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde; II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde; III - Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS; IV - Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS; V - Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema; VI - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde; VII - Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial [...]. (BRASIL, 2011, art. 2º).

O decreto refere as estruturas regionais como a força motriz da organização dos serviços de saúde, onde ocorre a manifestação de vontade política, por meio da assinatura de contratos, a representação política pela participação nas comissões intergestoras e a concentração de densidade tecnológica das RAS. A atuação do Estado não é impositiva neste nível, pois apenas ratifica a manifestação de vontade e as relações estabelecidas entre os entes federativos.

O Mapa da Saúde é um instrumento importante, que faz a “descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saú-

de ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema”, e tal instrumento tem a finalidade de instruir o processo decisório da APS, sendo “utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde” (BRASIL, 2011, Art.17). Segundo o art. 36 (BRASIL, 2011), o conteúdo dos Mapas da Saúde é elemento objetivo do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), cuja utilidade aproveita as Comissões Intergestores Regionais e a Secretaria de Estado da Saúde. Este contrato tem natureza formal e cumpre finalidade administrativa, visando a descrever os recursos humanos, os serviços ofertados, a capacidade instalada, o nível de investimento, os custos, as tecnologias em saúde, a densidade tecnológica, a população atendida e o desempenho de atividades. O Mapa da Saúde e o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde também estão vinculado à territorialização, cujos conteúdos revelam realidades fáticas e obrigacionais, respectivamente.

SIGNIFICADO DO TEMA PARA O TRABALHO DO MÉDICO E DA EQUIPE DE SAÚDE EM APS

A Constituição Federal de 1988, no art.5º, inc. XIII, estatuiu: “é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer”. Todo profissional da área de saúde, quando inicia seu exercício profissional, passa a ser fiscalizado por um conselho de classe, que lhe impõe deveres e que reconhece o direito de atuar na profissão escolhida. Na APS, a atuação dos membros da equipe profissional sobre a população adscrita, determinada pela territorialização, gera a responsabilidade sanitária.

É importante notar que, ao falar em responsabilidade sanitária na APS, se faz referência à ponderação entre a obrigação de fazer, o poder de polícia administrativa sanitária e o “múnus público”. A obrigação de fazer é inerente à prestação de serviços de saúde, porque este tipo de atividade envolve ação positiva, de provimento da atenção primária à população adscrita; do contrário, os profissionais de saúde responderão pela omissão, que é ação negativa do não-agir por parte de quem deveria agir (responsabilidade), para intervir numa situação adversa, mas que não o fez. Na APS, os profissionais da equipe têm o dever de utilizar todo seu conhecimento, para intervir em benefício

da população adscrita, não configurando omissão a impossibilidade de atuar em condições adversas ou por existirem obstáculos intransponíveis de qualquer natureza. O poder de polícia administrativa em saúde permite ao profissional interferir em determinantes sociais e ambientais, que prejudicam a saúde ou que representam obstáculo à realização dos serviços; deve-se destacar que este poder de polícia não é absoluto, não conferindo autoridade para tomar decisões que extrapolem sua atividade fim – a APS. O “múnus público” representa a obrigação de todo agente que atua na coisa pública, na “res-pública”; na APS, os membros da equipe atuam como agentes públicos, no que se refere à saúde e à intersetorialidade. Estas obrigações são atribuídas aos profissionais, gerando a responsabilidade sanitária vinculada ao território e revelando a complexidade da APS.

Para todas as profissões da área da saúde, o vínculo entre o profissional e o assistido se estabelece com uma relação de confiança, sendo elo sem o qual nenhuma ação de saúde será bem sucedida. A territorialização permite o estreitamento desta relação, deste vínculo, porque o tamanho da população adscrita visa ao melhor aproveitamento dos recursos físicos e humanos e ao bom relacionamento dos profissionais com os clientes-cidadãos. A atuação em um espaço delimitado e conhecido – o território – faz com que os profissionais testemunhem as diferentes realidades, conheçam os determinantes sociais das doenças e das condições de saúde daquele espaço, identifiquem os atores sociais que podem contribuir com a abordagem intersetorial e produzam Mapas de Saúde fidedignos sobre os recursos e equipamentos sociais em uma escala local. Dada a sociedade tecnológica em que vivemos, é possível, atualmente, na escala geográfica do território, criar redes sociais digitais, que representa um instrumento de intensificação da comunicação e da relação profissional-cliente, facilitando, de um lado, a divulgação de alertas, de mutirões de vacinação, de informações sobre prevenção, de pedidos solidários etc., e, por outro lado, a recepção de notícias de fatos nocivos à saúde advindos da comunidade, de notificações de interesse da vigilância epidemiológica e sanitária, de desastres etc; nos dias atuais, as redes sociais digitais têm importância estratégica para a territorialização da APS, porque representam um canal de comunicação direta, em duas vias. A formação de redes sociais tem outra finalidade, que não apenas instrumentalizar os atores da APS: elas incrementam a participação social no processo de determinação da saúde; e a inclusão digital na esfera política de forma democrática.

Se a responsabilidade sanitária visa a viabilizar a fruição dos direitos expressos em lei, em torno da cidadania da saúde, a participação social fortalece os princípios do Estado Democrático de Direito, por isso, a territorialização contribui para a realização da justiça social na assistência à saúde.

FORTALEZAS E FRAGILIDADES DO TEMA NO TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A territorialização da APS pode ser abordada, como foi visto, sob o prisma da população adscrita a um espaço físico, referindo o número de habitantes (território-adscrição) em uma escala geográfica local, ou dos fluxos assistenciais, que representam populações referenciadas para os pontos de atenção com maior densidade tecnológica (território-regulação) em uma escala geográfica mais abrangente, extrapolando os limites de microáreas, áreas, distritos, municípios e regiões. Em cada abordagem, existem características propulsoras e retratoras, ou pontos fortes e fragilidades.

A territorialização por adscrição permite que os profissionais da APS conheçam de perto seus clientes-cidadãos, pois ambos vivenciam o mesmo espaço geográfico. Alguns profissionais residem na mesma área em que trabalham e outros lá permanecem durante o período laboral; tanto uns quanto outros têm aproximações com a realidade da comunidade e, por isso, estabelecem vínculos profissionais e afetivos, sendo uma característica marcante da territorialização por adscrição. Quando refletimos sobre o vínculo da equipe de APS com a comunidade, vislumbramos a relação de confiança entre o profissional e paciente, que se aperfeiçoa à medida que as experiências no território aumentam, além de que a convivência continuada abre o caminho para o reconhecimento das condições de saúde de cada cliente-cidadão e os determinantes sociais e ambientais que incidem sobre a população adscrita. Pelo modelo sistêmico de atenção à saúde, devemos considerar, como fatores determinantes sociais, todas as características de natureza comportamental, cultural, econômica, religiosa, recreacional, política, tecnológica, informacional, esportiva, alimentar etc., que possam ter alguma influência na situação de saúde coletiva de uma comunidade, que possam ser perceptíveis pela experiência sensorial ou pelo contato interpessoal ou por meio dos levantamentos epidemiológicos. A territorialização por adscrição também possibilita a criação de redes sociais digitais em escala local, dada a intensificação dos contatos e a disponibilidade de tecnologias de comunicação. Cada

dia mais, as pessoas utilizam os dispositivos móveis de comunicação, sendo um comportamento bastante prevalente, um determinante social, cujo traço é percebido em todos os estratos etários, do escolar ao idoso, do ambiente familiar ao laborativo, do religioso ao recreacional, trocando mensagens, o que representa um importante canal de comunicação de duas vias.

Entretanto, a abordagem da territorialização por adscrição é criticável em sua concepção, porque depende da precisão do conceito de habitação. A etimologia da palavra “habitar” permite os seguintes significados: (1) instalar-se em um lugar para morar, (2) levar pessoas para ocupar um local desocupado e (3) permanecer em um lugar. De plano percebe-se que há interpretações diversas, que vinculam a ideia de moradia, de ocupação e de permanência. Assim, podemos interpretar a população adscrita como o conjunto de pessoas que se instalaram no território da APS, por terem adquirido a propriedade do terreno onde edificaram sua moradia e, por isso, pagam impostos e são reconhecidas pelo poder público, podendo ser locatário de imóvel, denominados habitantes-permanentes; neste território podem ser encontradas pessoas que, não sendo proprietários e nem locatários, ocupam espaços públicos “vazios” que não têm finalidade social, e que, por isso, não são reconhecidos como habitantes, não pagam impostos, denominados habitantes-marginalizados; e, finalmente, neste território as pessoas podem permanecer temporariamente, habitando por tempo determinado, sendo, denominados habitantes-temporários. Exemplos: os habitantes-permanentes podem ser aqueles que detêm a posse e/ou a propriedade do bem imóvel, registrado no setor de cadastro fiscal do município; os habitantes-marginalizados podem ser os moradores de rua, os moradores de ocupações urbanas irregulares; e os habitantes-temporários podem ser as crianças deixadas com os outrem, enquanto os pais trabalham, os ocupantes de hotéis e pensões, os residentes em locais-dormitórios, os ciganos, os andarilhos, os peregrinos, turistas, etc. A estratégia de territorialização da APS será bem sucedida e cumprirá o princípio da universalidade de acesso, se o planejamento do território considerar os habitantes-permanentes, os habitantes-marginalizados e os habitantes-temporários, entretanto, será comum e mais fácil delimitar territórios baseados nos habitantes-permanentes e, em algumas situações, nos habitantes-marginalizados. Esta reflexão nos remete à dialética do materialismo histórico, fazendo o tema sobre a territorialização por adscrição um desafio multidisciplinar e intersetorial.

A territorialização por regulação apresenta outro cenário no espaço geográfico da APS, porque, ao invés de considerar o local onde as pessoas

habitam, observam-se os movimentos das pessoas a partir de onde elas habitam até o local onde receberão a assistência necessária. Para refletir sobre este tipo de territorialização é necessário imaginar vias que conectam UBS aos diversos pontos de atenção com maior densidade tecnológica formando a RAS, onde os clientes-cidadãos encontram a realização do princípio da integralidade do SUS, integrando fluxos migratórios assistenciais a partir da APS. Este tipo de territorialização se baseia na dinâmica humana e é determinada por decisões técnicas, políticas e de gestão dos serviços, porque decorre do melhor uso dos recursos de saúde, dado que não é possível, e nem inteligente, adquirir recursos tecnológicos de alto custo e aloca-los indistintamente; por isso, é bastante lógico que estes recursos, por serem onerosos, estejam disponíveis em locais onde podem ser utilizados e mantidos adequadamente, por pessoal capacitado e com manutenção técnica frequente. A ideia central que descreve a territorialização por regulação é racionalidade dos recursos da saúde. Entretanto, o movimento das pessoas neste espaço geográfico pode criar dificuldades de deslocamento, porque o indivíduo pode ter que percorrer distâncias longas, para ter acesso ao tratamento, o que pode resultar desestímulo, principalmente quando o tratamento for longo ou quando o custo do deslocamento comprometer a economia doméstica. Como o cliente-cidadão não detém o poder de escolha e não é ele quem decide onde receberá a assistência, admitimos que, neste tipo de territorialização, ocorre a redução da autonomia da vontade, que não decorre de violação de direitos, mas das circunstâncias da oferta de serviços. Além disso, há também a dificuldade em garantir a continuidade da assistência, após findo o tratamento no centro de referência, pois as entidades podem adotar protocolos que divergem dos usados na APS, podendo não fazer a devolutiva para a UBS originária. Este é um problema recorrente, que afeta o princípio da continuidade da assistência à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A territorialização da APS é uma estratégia importante para a concretização das políticas públicas de saúde, pois estas resultam do reconhecimento de que a saúde é um bem coletivo e a Atenção Primária à Saúde a ação garantidora dos direitos. O presente texto abordou a estratégia de territorialização da APS, apresentando definições e aplicações norteadas pelos princípios doutrinários e organizacionais estatuídos pelas Leis nos. 8.080/90

e 8.142/90; estas leis são marcos legais para a implementação das ações de saúde desenvolvidas no âmbito dos territórios de saúde.

Sob a ótica principiológica, a territorialização da APS se fundamenta no princípio organizacional da regionalização da atenção à saúde, associada à descentralização da gestão, pois a instância decisória foi transferida para o nível local da prestação de serviços, tornando o território de saúde em uma unidade operacional essencial. Esta unidade operacional pode ter uma escala geográfica local, definida pela população adscrita à UBS, ou pode assumir uma escala regional, pela formação de redes de atenção ou pela atuação do complexo regulador. A participação social, nas diferentes escalas, confere natureza democrática ao sistema e legitima as ações de saúde.

A territorialização da APS garante a adequação da oferta de serviços com os princípios organizacionais do SUS e também contribui com a defesa dos princípios doutrinário, à medida que a APS atua como porta de entrada para o Sistema Brasileiro de Saúde, representando uma estratégia de inclusão e de realização de cidadania, porque permite que todos os indivíduos da população tenham acesso à prestação de serviços de saúde. Além disso, é importante frisar que a Estratégia de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde incrementam a eficácia da APS, por desenvolverem uma atividade proativa, identificando e promovendo a assistência àqueles habitantes que estejam ou sejam incapazes de utilizar os serviços nas UBS ou nos NSF, levando a assistência até o local onde podem ser encontrados; desta maneira, tratam-se os desiguais desigualmente, para que, proporcionalmente, seja atingida a igualdade, defendendo o princípio da equidade. Finalmente, sendo a APS uma das portas de entrada para o SUS, por onde o cliente-cidadão tem acesso aos serviços com maior densidade tecnológica, a territorialização satisfaz o princípio da integralidade.

Considerando as definições, os argumentos e as interpretações apresentadas, a territorialização da APS representa um processo de ocupação do espaço geográfico da assistência à saúde pelas equipes da APS, que não pretende disputar e nem conquistar espaço alheio, mas sintonizar a obrigação prestacional, com a participação social e com as necessidades de saúde da comunidade, visando a gestão dos recursos locais, distritais, municipais, regionais, estaduais e nacionais, para concretizar os direitos inscritos na Constituição Federal. A territorialização da APS representa a constituição de um poder político democrático destinado a proteger o direito à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- MENDES EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.
- MENDES, E. V. Distritos Sanitários: conceitos-chave. In: MENDES, E. V. (Org.). Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 159-85. 310 p.
- GUSSO G, LOPES JMC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Volume I. Porto Alegre: Artmed, 2012.

PARA SABER MAIS

- UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. Projeto de saúde no território. Florianópolis, 1ª ed: UFSC, 2012.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Política Nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
- RIBEIRÃO PRETO. Portaria GM n. 1.559/08. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde.

CASOS – PROBLEMATIZAÇÃO

Para ilustrar a territorialização por adscrição na APS, é apresentada a territorialização de parte do município de Ribeirão Preto-SP. A figura 1 apresenta o Distrito Oeste - Sumarezinho, onde é possível visualizar os territórios-áreas (linhas brancas), que correspondem aos espaços geográficos da UBDS/CSE Sumarezinho, CMSC Vila Lobato, CSE Ipiranga, UBS Dom Mielle, UBS Ipiranga, UBS Jardim Paiva, UBS José Sampaio, UBS Jardim Presidente Dutra, UBS Vila Recreio, USF Jardim Eugênio Mendes Lopes, USF Maria Casagrande Lopes, USF Núcleo 1, USF Núcleo 2, USF Núcleo 3, USF Núcleo 4, USF Núcleo 5, USF Núcleo 6, USF Jardim Jamil Cury e UBS Vila Albertina. A população do território-distrito fora estimada em 141.127 habitantes, pela Divisão de Planejamento em Saúde - SMS-RP, em 2006. Na Figura 1, o território-área da Unidade de Saúde da Família “Profa. Dra. Célia de Almeida Ferreira” (NSF-3) foi destacada (linha preta) e o seu detalhamento pode ser observado na Figura 2, onde são identificados 5 territórios-microáreas, que correspondem ao território de atuação de cada Agente Comunitário de Saúde (ACS).

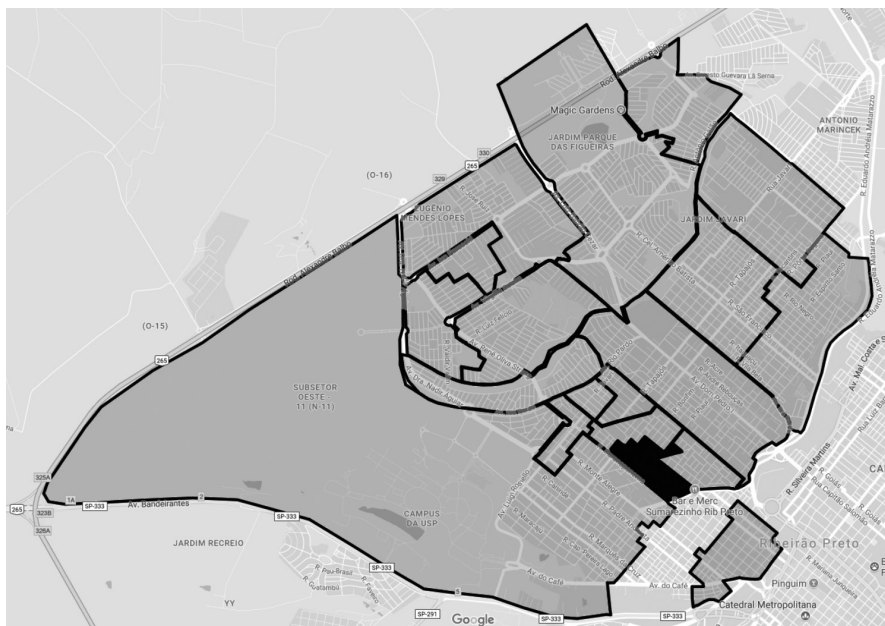


Figura 2 – Cartograma da APS, que apresenta a paisagem do território do Núcleo de Saúde da Família 3, do Distrito Oeste de Ribeirão Preto, SP.

A Figura 2 mostra vários geo-objetos da paisagem da microárea do NSF-3, identificando prédios de apartamentos, escolas e berçários, farmácias e drogarias, centros de estética, consultórios, mercados e mercearias, restaurantes, livrarias, borracharias, academias de ginástica, edificações abandonadas, postos de combustível, terrenos baldios; também foram localizados, os casos de dengue, em determinado período de 2016 e os locais onde foram encontrados locais potenciais de reservatório do vetor, como terrenos em descuido, depósitos de pneus, sucatas, borracharias e outros.

A análise da situação revela os seguintes fatos:

- A divisão de responsabilidade sanitária, pois cada microárea corresponde à cobertura de um ACS;
- Segundo dados da Secretaria municipal de Saúde, o NSF-3 possui uma população adscrita estimada em 2.815 habitantes (censo de 2010) e, à época, havia 5 ACS com uma média de 563 habitantes/ACS, PNAB: (máximo 750 habitantes/ACS);

- O NSF-3 realiza ações básicas em pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, enfermagem, planejamento familiar, acompanhamento de famílias cadastrada e atividades educativas;
- De maneira descritiva, havia microáreas com risco de entre incidência de casos de dengue e distâncias aos reservatórios naturais da doenças, isto é, locais onde existem focos conhecidos do vetor (*Aedes aegypti*), principalmente próximo às escolas, creches, colégios e prédios de apartamentos, sem desconsiderar as moradias térreas e as instalações comerciais.

A figura 3 mostra, de maneira esquemática, a territorialização por regulação, identificando o processo decisório que determina o fluxo assistencial, a partir da APS, fazendo com que a população adscrita percorra distâncias longas até o local onde receberá a assistência de que necessita. O NSF-3 realiza várias ações em pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, enfermagem, planejamento familiar, acompanhamento de famílias e atividades educativas; entretanto, se o caso demandar mais densidade tecnológica, haverá o encaminhamento para a Unidade Distrital (UBDS/CSE Sumarezinho), que realiza ações de pronto atendimento (urgência e emergência em pediatria e clínica médica para adultos), ambulatório de especialidades (cardiologia, cirurgia ambulatorial, dermatologia, endocrinologia, especialidades ginecológicas, geriatria, hematologia, imunologia infantil, moléstias infectocontagiosas, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, pneumologia e reumatologia) e não-médicas (enfermagem, fisioterapia, odontologia, fonoaudiologia, psicologia adulto e infantil e serviço social), procedimentos de diagnóstico especializado (eletroencefalografia, radiologia e ultrassonografia), atendimento básico (assistência farmacêutica, centro de testagem e aconselhamento, vacinação e ambulatório clínico integrado), além de desenvolver programas de saúde pública (assistência domiciliar, assistência integral à mulher, controle terapêutico da anticoagulação, pré-natal do homem, saúde do idoso, vigilância da Influenza, diabetes, hipertensão, DST-HIV/Aids-TB e tabagismo). Se houver necessidade de procedimento com maior densidade tecnológica, então, a unidade distrital provoca o Complexo Regulador da Secretaria Municipal da Saúde, seja para encontrar leito hospitalar, ou ambulatório específico ou unidade especializada; se o recurso não estiver disponível no município, então a regulação encaminha para o nível regional, estadual ou nacional, de acordo com a RAS.

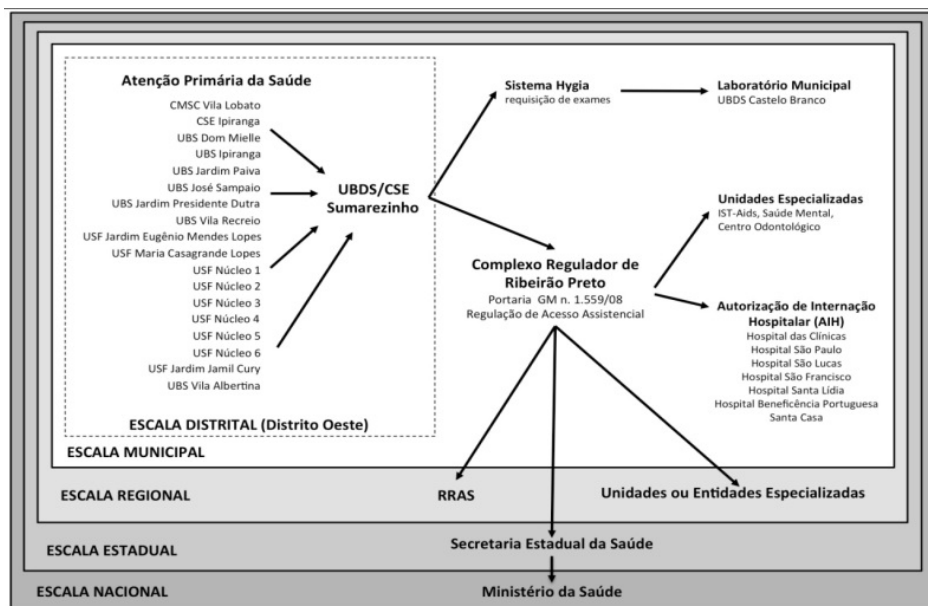


Figura 3 – Esquema da territorialização por regulação, do Distrito Oeste de Ribeirão Preto.

Neste tipo de territorialização destaca-se a importância do Complexo Regulador Municipal, Regional, Estadual e Nacional, que interagem com vistas à garantir a integralidade dos serviços. A APS é uma das portas de entrada para o Sistema Brasileiro de Saúde e o Complexo Regulador é o elemento articulador dos níveis de atenção, em que os usuários serão assistidos e acompanhados em Ribeirão Preto. A portaria GM n. 1.559/08 instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, que a organizou de acordo com a atuação; a Regulação do Acesso à Assistência (art.2º, inc.III):

Tem como objeto a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, [...] sendo estabelecida como complexo regulador e suas unidades operacionais e estas dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. (BRASIL, 2008, art. 2º, inc. III)

Capítulo 5

Abordagem da Intersetorialidade para o Ensino Médico

*Aldaísa Cassanho Forster
Janise Braga Barros Ferreira*

CONCEITUAÇÃO DO TEMA

A intersectorialidade pode ser definida como “ação ou esforço simultâneo; cooperação; coesão; trabalho ou operação associados” ou “ação coordenada de vários órgãos” (HOUAISS, 2009). O conceito e a prática intersectorial devem ser compreendidos no referencial teórico da estratégia da promoção da saúde e dos determinantes sociais da saúde.

A carta de Ottawa (1986) trouxe o significado do conceito de Promoção de Saúde que é um “conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros”. As ações para a promoção de saúde articulam-se em uma combinação de estratégias de Estado, da comunidade, dos indivíduos, do sistema de saúde e de *parcerias intersectoriais* (BUSS, 2008; p. 16). A intersectorialidade é uma estratégia para o desenvolvimento de ações na comunidade orientadas por uma percepção de saúde, tendo como referência a promoção.

Os determinantes da saúde explicitados em Ottawa (WHO, 1998) e por Nutbeam (WHO, 1998) “referem-se à gama de fatores sociais, económicos e do meio ambiente que determinam o estado de saúde de indivíduos ou populações”. Os fatores são: renda e status social, redes de apoio social, educação, emprego e condições de trabalho, ambientes físicos, ambientes sociais, biologia e dotação genética, desenvolvimento saudável da criança e serviços de saúde (BUSS, 2008).

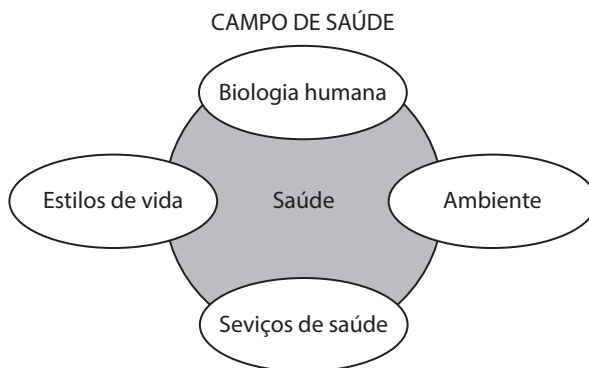


Figura 1 – Campo da saúde e seus determinantes. Fonte: Buss, PM. Relatório apresentado à 1ª reunião da CNDSS. Buss, P. M. coordenador. Ministério da saúde, Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Brasília (DF), 2006.

Para se compreender o que é, como se desenvolveu, qual a importância do conceito para a prática da Atenção Primária à Saúde (APS) e como os profissionais das equipes de saúde trabalham com a intersectorialidade, buscou-se embasamento na literatura internacional e nacional.

Nesse sentido, um artigo de Dubois et al (2015) destacou-se porque eles estudaram como foi se constituindo o conceito intersectorialidade em um “abrangente quadro conceitual de processos intersectoriais que levavam a uma melhor saúde da população”. Em um estudo extensivo, de 1960 a 2011, elegeram quatro (dentre 10) termos chave, vinculados à intersectorialidade - ação intersectorial para saúde, ações intersectoriais, colaboração intersectorial e política intersectorial. A intenção deles era contribuir para clarear o conceito e seus atributos visando o desenvolvimento da teoria e a prática.

Segundo os autores citados, a Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou a definição **ação intersectorial para a saúde** de Harris et al (1995), que é apresentada no relatório da Conferência “Intersectoral action for health: a cornerstone for health for all in the 21st century”, realizada no Canadá em 1997 (KREISEL W, 1998):

A relação reconhecida entre parte ou partes do setor da saúde e parte ou partes de outro setor, que foi formada para agir sobre um problema ou para alcançar resultados diretos ou indiretos sobre a saúde, de forma mais eficaz, eficiente ou sustentável do que **aqueles que o setor saúde obteria trabalhando sozinho**. (KREISEL W, 1998, p. grifo nosso)

Ao final, Dubois et al (2015) concluíram o estudo considerando que a definição de ação intersectorial para a saúde ou Intersectoral Action for Health (IAH) poderia ser utilizada para os três termos: ação intersectorial ou ação intersectorial para a saúde ou colaboração intersectorial.

A OMS no glossário de Promoção de Saúde (1998) complementou no conteúdo do termo chave ‘colaboração intersectorial’ que “a cooperação pode ser entre diferentes setores da sociedade, tais como o setor público, a sociedade civil e o setor privado”, que além de ser uma definição mais inclusiva, não colocava a saúde como parte central da ação. Nessa conformidade, corrobora o significado do conceito teórico e prático de intersectorialidade, que se observa, por exemplo, entre os benefícios indiretos e diretos das ações de políticas de saneamento básico, do acesso das mulheres à educação e de proteção social

das classes desfavorecidas (equidade), sobre os indicadores da saúde como o da mortalidade infantil, mortalidade materna, etc. (STARFIELD B, 2002).

Na baliza dos determinantes sociais da saúde, a OMS definiu sete princípios para a promoção de saúde: “concepção holística, equidade, **intersectorialidade**, empoderamento, participação social, ações multi-estratégicas e sustentabilidade, nas iniciativas de promoção de saúde como programas, políticas e atividades planejadas e executadas.” (WHO, 1998).

Das reuniões mundiais, que a OMS organizou de 1986 até o ano 2000, as discussões e recomendações foram consolidadas em sete Cartas, em que eram sistematizados os avanços, posicionamentos políticos e estratégias que os membros signatários, entre os quais o Brasil, propuseram na superação dos desafios propostos para a promoção de saúde. Em todas elas estavam presentes a intersectorialidade, o combate às iniquidades e a valorização da participação comunitária (empoderamento).

Quanto às publicações nacionais, ressaltam-se as definições que o MS (BRASIL, 1999; 2006 e 2012) propôs desde 1990, como:

[...] Intersectorialidade - desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidades de meios para fins idênticos. (BRASIL, 1999, p.)

[...] desenvolvimento de ações intersectoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e

[...] apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e o controle social (BRASIL, 2006), e

[...] ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersectoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade (BRASIL, 2012)

A **intersectorialidade** pressupõe a ação ou parceria de vários setores sociais, que compartilham tecnologias para obter resultados na população de

um determinado **território**. O conceito território é mais abrangente, é mais de que um espaço, “pois incorpora uma população com sua estrutura, sua história, sua cultura, suas organizações” (CAPISTRANO FILHO, 1989, p.)

Então, duas ferramentas para organizar as atividades orientadas para as famílias e comunidade – territorialização e intersetorialidade – estão intimamente relacionadas, porque:

[...] reconhecer a dinâmica social e política das áreas de abrangência do PSF é, portanto, o primeiro passo para uma mudança na concepção da prática de trabalho nestes territórios e para a busca de parcerias intersetoriais para a melhoria das condições de vida e saúde da população. (PEREIRA e BARCELLOS, 2015, p.)

É importante ressaltar que se percebe uma sinergia no movimento mundial para a construção de políticas de saúde abrangentes, movimento liderado pela OMS, que sinaliza para a meta “Saúde Para Todos no Ano 2000 (SPT-2000)” (STARFIELD B, 2002). Indubitavelmente o movimento registrava uma reação à intensa incorporação de tecnologia na saúde, produzindo uma acentuada medicalização da população ao lado de segmentos desassistidos. A Promoção de Saúde constituiu-se um enfoque teórico e técnico (aplicado) ampliando o modelo de prevenção de doenças de Leavell & Clark (1965) para o núcleo saúde-doença-cuidado. As ações para a promoção de(a) saúde articulam-se em uma combinação de estratégias de Estado, da comunidade, dos indivíduos, do sistema de saúde e de *parcerias intersetoriais* (BUSS, 2008; p. 16).

Coincidência ou não, conceitos e processos de *promoção da saúde e do desenvolvimento humano sustentável* integraram-se em similares pressupostos teóricos, trabalhando com “fatores determinantes internos e externos aos respectivos campos – desenvolvimento, ambiente, saúde, aglomerações humanas e produção de bens e serviços – o que evoca ação intersetorial para enfrentamento dos problemas identificados”. (BUSS, 2008).

Para ilustrar como se percebem as ações de intersetorialidade na saúde, em um quadro (anexo 1) apresentado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), elas foram desenhadas constituindo um eixo vertical que trespassa todos os níveis de determinação social (global até o local), que podem (devem) ser referência das políticas de Estado em um mundo globalizado (LOEWENSON, 2013).

Como proposta governamental, no tocante às ações intersetoriais, em 2004, o Ministério da Saúde (MS), seguindo recomendação da Assembléia Mundial de Saúde, criou a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), que foi composta por especialistas de diferentes ministérios e pessoas da sociedade civil, com objetivos de gerar informações e conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde no Brasil. A referida comissão (2006) apresentou um diagnóstico da situação de saúde brasileira, que em linhas gerais, selecionou informações como a taxa de mortalidade infantil (por 1000 nascidos vivos), 15,8 dentre 20% das famílias mais ricas e 34,9 em 20% das mais pobres, (Figura 2) enquanto a média brasileira era 30,¹; número de óbitos em jovens negros por violência (6000) e em jovens brancos (4000) e as taxas de mortalidade quanto à adequação dos sistemas de saneamento básico pelas cinco regiões brasileiras, que apresentavam-se nas regiões sudeste e sul (BUSS, 2006).

INIQUIDADES EM SAÚDE E RENDA	
Taxa de mortalidade infantil segundo a renda familiar (2000)	
20% mais ricos	15,8
20% mais pobres	34,9
Brasil	30,1
Fonte: IBGE, cruzamento feito por Celso Simões a partir de dados do Censo 2000.	

Figura 2 - Fonte: Buss, PM. Relatório apresentado à 1ª reunião da CNDSS. Buss, P. M. coordenador. Ministério da saúde, Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Brasília (DF), 2006.

SIGNIFICADO DO TEMA PARA O TRABALHO DO MÉDICO E DA EQUIPE DE SAÚDE EM APS

A intersetorialidade fundamentada na APS implica em uma articulação entre sujeitos sociais, propõe um diálogo entre os setores diversos,

incorporando uma nova maneira de pensar os problemas de saúde a partir da integração, do território e dos direitos sociais (BRASIL, 2006 e 2012; RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Espera-se que o estudante de medicina e o de outras profissões de saúde tenham oportunidade de vivenciar cuidados de APS organizados e ofertados na lógica da territorialização e intersectorialidade.

É importante reconhecer no cenário do SUS se as equipes de saúde da família realmente compreendem e estruturam as ações de saúde em APS, na perspectiva da intersectorialidade.

Primeiramente a territorialização traz um conjunto de informações do território vivo – casas, comércio, tráfego, utilidades públicas, condições de ocupação do solo e meio ambiente, fatores de risco de doenças, que em geral influenciam a clínica individual e coletiva do trabalho médico. Assim a consulta médica pode fazer parte de uma abordagem que envolve vários agentes de saúde articulados em um plano de assistência, pensado e desenvolvido por uma equipe mínima e/ou ampliada de apoio à saúde da família. Dependendo do problema de saúde será necessário ampliar a intervenção envolvendo outros setores externos à equipe de saúde.

Isso significa ações na superação de um trabalho fragmentado em face às necessidades de saúde de problemas complexos, a serem abordados de forma integrativa com outros equipamentos sociais, por meio da intervenção intersectorial, contínua (PAULA, PALHA e PROTTI, 2004).

“Ao ter como foco ações sobre os determinantes dos problemas de saúde e aquelas necessárias à redução das iniquidades sociais, a operacionalização da promoção requer um trabalho com os múltiplos setores onde estes problemas e iniquidades estão radicados, sendo, portanto a intersectorialidade um princípio essencial” e “um grande desafio para as políticas públicas” (SICOLI e NASCIMENTO, 2003).

Embora a situação do SUS seja heterogênea nos locais mais distantes do país, os estudantes vêm participando de inovações interessantes, especialmente onde a universidade tem tradição com ensino em serviços e/ou as equipes são mais experientes em APS. Percebe-se que o cenário de formação, envolvendo a intersectorialidade, depende das relações políticas entre os gestores das diferentes secretarias, do processo de trabalho da equipe de APS e é sensível ao comprometimento da universidade com o campo de estágio.

FORTALEZAS E FRAGILIDADES DO TEMA NO TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A intersetorialidade deve ser uma abordagem do usuário/família/comunidade que se desenvolve nas práticas da APS segundo a lógica da organização em rede de saúde. Contudo os estudos (nacionais) apontam para um foco setorial profissional, ou seja, os sujeitos envolvidos, médicos e outros profissionais da equipe de saúde e usuários das unidades de saúde da família (conselhos de saúde), não conseguem desenvolver um movimento de integração entre os setores. As autoras Silva e Rodrigues (2010) consideraram a existência de “desafios e incertezas que se opõem ao novo, destacando-se a definição de metodologias e meios que viabilizem a prática intersetorial”. Ou seja, ao incorporar a ferramenta intersetorialidade, as práticas individuais não são efetivas nas agendas da política para construir espaços de comunicação e integração entre os equipamentos/instituições sociais.

No âmbito local, o governo municipal deve propor uma agenda política para intervir e atingir grupos específicos (territórios focais) em projetos integrados e não setoriais justapostos (INOJOSA, 2001), além de aplicar o princípio da intersetorialidade para integrar as secretarias e setores para um objetivo comum. Ao favorecer a articulação das ações institucionais, as prestações de atividades de intersetorialidade podem atuar “de forma mais consequente” com resultados importantes na “qualidade de vida da população”. (JUNQUEIRA, 1997).

Acerca dos limites da intersetorialidade, a tarefa extrapola a competência isolada do setor saúde, e cria a necessidade de articulação de parcerias com outros setores da sociedade. Nesse campo, os problemas de saúde, ampliados, podem ser explicados pelos determinantes sociais.

[...] Tratar os cidadãos, situados num mesmo território, e seus problemas de maneira integrada exige um planejamento articulado das ações e serviços. [...] É necessário um novo saber e um novo fazer, que envolva mudanças de valores, de cultura como um fenômeno ativo, vivo [...] de reprodução social do mundo”. (JUNQUEIRA, 1997, p.)

Nesse âmbito a APS pode ser encarada como uma nova disciplina, pois envolve o amplo sentido da multicausalidade para o equilíbrio entre saúde e

doença, conhecimento multiprofissional, valorização do saber popular, participação ativa da pessoa, família e comunidade.

O cuidado integral na APS envolve a promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação. É um cuidado mais complexo que necessita de várias habilidades e conhecimentos para assistir ao indivíduo, família e comunidade.

No que se refere ao profissional médico e a equipe de saúde da família, cabe acompanhar e orientar as pessoas sob seus cuidados, na adequada utilização da rede de serviços e recursos diagnósticos e de tratamento para se atender com eficácia.

Ao se considerarem as dificuldades para realizar as práticas intersetoriais, estudos anteriores evidenciaram que há conhecimento dos membros das equipes sobre a importância de realizarem ações extrasetoriais, envolvendo a rede social do território. Mas entre os funcionários dos setores educação, saúde e assistência social, envolvidos em um projeto municipal orientado para segmentos vulneráveis da população observou-se “que deve haver também um nivelamento de conceitos” sobre a intersetorialidade, “que são bastante variados, gerando problemas na compreensão do papel e da função dos funcionários” (SILVA e RODRIGUES, 2010).

Em um estudo realizado em dez municípios brasileiros, profissionais de nível universitário de equipes de saúde da família entrevistados, responderam que conheciam os problemas de saúde das populações adscritas e mostravam-se satisfeitos com suas práticas intersetoriais (SCOREL, GIOVANELLA, MENDONÇA e SENNA; 2007).

No entanto, a intersetorialidade mostrou-se mais efetivamente desenvolvida quando fazia parte de políticas integradoras desenhadas pelos governos municipais. (SCOREL, GIOVANELLA, MENDONÇA e SENNA; 2007). (GIOVANELLA, et al.; 2009).

As atividades listadas na orientação comunitária (HARZHEIM, et al.; 2006), atributo derivado da APS (STARFIELD, 2002) e nas atribuições da equipe multiprofissional (BRASIL, 2012) são desenvolvidas pelos Núcleos de Saúde da Família (NSF), unidades de saúde da família ligadas à FMRP-USP, de forma sistemática e contínua: visitas domiciliares diárias, grupos de saúde, reuniões comunitárias do conselho local de saúde; programas de prevenção e promoção junto às instituições comunitárias (escolas, grupos de quarteirão, grupos de atividades físicas nas praças, etc), organizadas por iniciativas dos moradores e das equipes.

Como afirmou Junqueira:

[...] Esse processo ganha consistência quando os grupos populacionais que se distribuem em um território articulam soluções intersetoriais. A população passa a ser sujeito e não objeto de intervenção. A concretização da ação intersetorial incorpora não apenas a compreensão compartilhada sobre finalidades, objetivos, ações e indicadores de cada programa ou projeto, mas práticas sociais articuladas que acarretem um impacto na qualidade de vida da população. (JUNQUEIRA, 1997, p.)

No campo da formação dos profissionais da saúde, Santos e Westphal (1999) relataram o impacto das mudanças proporcionadas pela nova constituição brasileira nas políticas de formação das instituições acadêmicas e os reflexos inovadores nas práticas de saúde. Discutiram como o país experimentou “de forma solitária na América Latina, a implantação do SUS”, ressaltando as noções e os conceitos mais recentes sobre saúde e doença que o embasaram.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ferramenta intersetorialidade tem uma base sólida nos determinantes sociais da saúde como conceito e instrumento de intervenção considerando a discussão que foi feita à luz da literatura internacional e nacional.

Desde 1978, diversos projetos experimentais em promoção da saúde utilizaram metodologias inovadoras de ação comunitária no Canadá para “um amplo leque de problemas” apontando para o referencial teórico dos determinantes sociais da saúde e ações comunitárias (BUSS, 2008).

É importante ressaltar que a definição de APS em 1978 e a adoção de oito elementos essenciais, que consideram problemas e ações externos e internos ao setor saúde, reforça a intersetorialidade para a saúde da comunidade: educação para os problemas de saúde mais prevalentes e métodos para preveni-los e controlá-los; promoção de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico, apropriados; atenção materno-infantil, incluindo planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamen-

to adequado de doenças comuns e acidentes e distribuição de medicamentos básicos. (STARFIELD, 2002)

Sistematicamente, o conceito e a ferramenta intersectorialidade foram e são enfatizados nos documentos oficiais do MS para ação da equipe de saúde da família na APS.

Por sua vez, a Carta de Ottawa preconiza cinco campos de ação para a promoção de saúde: políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde, apontando para o conceito e a prática da intersectorialidade.

Assim, pode-se afirmar que a intersectorialidade contribui significativamente para a efetividade e eficiência no setor saúde, proporcionando uma abordagem mais complexa dos problemas de uma forma geral (HARZHEIM, et al., 2006) e uma prática que fortifica a abertura para o diálogo entre os setores, estabelecendo-se corresponsabilização e vínculo mútuo, sendo assim um processo de construção compartilhada (CAMPOS, 2000).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual para a organização da atenção básica**. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BUSS, P.M. **Relatório apresentado à 1ª reunião da CNDSS**. Buss, P. M. coordenador. Ministério da saúde, Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Brasília (DF), 2006. Disponível em: Ppt_cndss_bz. pdf, p. 18. Acesso em: 05 fev. 2017

BUSS, PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. Cap 1 In: Czeresnia ED; Freitas CM (org) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 176.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. CAMPOS, GWS (editor) São Paulo: Hucitec; 2000.

CAPISTRANO FILHO, D. O programa de saúde da família em São Paulo. **Estudos Avançados**, São Paulo: v.13, n.35, p. 89-100, 1989.

CARVALHO IMM & MAIA SMR (orgs.) **Programa de erradicação do trabalho infantil – PETI – Trajetória e beneficiários no Estado da Bahia**. Edição UFBA/SETRAS, Salvador, 2003.

- DUBOIS, A., ST PIERRE, L., VERAS, M. *A scoping review of definitions and frameworks of intersectoral action*. Revisão de âmbito das definições e modelos conceituais de ações intersetoriais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v.20, n.10, p. 2933-2942, 2015. DOI: 10.1590/1413-812320152010.01222014.
- ESCOREL, S., GIOVANELLA, L., MENDONÇA, M.H.M., SENNA, M.C.M. O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica / Pan Am J Public Health**, Washington v.21,n.2, p. 167-176, 2007.
- GIOVANELLA L et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária á saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.14, n.3, p. 783-794, 2009.
- HARRIS E, WISE M, HAWE P, FINLAY P, NUTBEAM D. **Working together: Intersectoral action for health**. [Working together: intersectoral action for health.]. Canberra: Australian Government Publishing Service, 1995.
- HARZHEIM, E., STARFIELD, B., RAJMIL, L., ÁLVAREZ-DARDET, C., STEIN, A.T. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.22, n.8, p. 1649-1659, 2006.
- HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa**. Elaborado pelo Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa S/C Ltda. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.
- INOJOSA RM. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo. n.22, p.102-110, 2001.
- JUNQUEIRA LAP. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo. v.6, n.2, p. 31-46, 1997.
- KREISEL, W. *Intersectoral action for health: A cornerstone for health for all in the 21st century*. **World Health Stat Q**, Geneve: WHO v. 51, n.1, p. 75-78, 1998.
- Leavell H & Clark EG 1976. **Medicina Preventiva**. McGraw-Hill Inc., São Paulo. 744 pp.
- NOBRE, L.C. C. Trabalho de crianças e adolescentes: os desafios da intersetorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 8(4): 963-971, 2003. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v8n4/a18v8n4.pdf. Acesso em : 27 de fev. 2017.
- PAULA, K.A., PALHA, P.F., PROTTI, S.T. Intersectorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste de Ribeirão Preto. **Interface - Comunic. Saúde, Educ.**, Botucatu v.15, n.8, p. 331-48, 2004.
- PEREIRA, M.P.B., BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia**, 2006 jun;2(2):47-55. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16847/9273>. Acesso em: 13 de dez. 2015.
- RIBEIRÃO PRETO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Revisão das áreas de abrangência das unidades de saúde e estimativa populacional de acordo com o censo IBGE 2010**. Sistema Único de Saúde, Divisão de Planejamento em saúde, 2011

SANTOS JLF, WESTPHAL MF. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos avançados**, São Paulo v.13, n.35, p. 71-88, 1999.

SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu v7, n12, p.101-22, 2003.

SILVA, K.L., RODRIGUES, A.T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Rev Bras Enferm**, Brasília v.63, n.5, p. 762-9, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO, MS; 2002.

World Health Organization. Health promotion glossary. Geneve: WHO; 1998. (HPR/HEP/98.1). Disponível em: <http://www.who.ch/hep> . Acesso em: 05 de fev.2017

World Health Organization. **Commission on social determinants of health**. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health (DRAFT). CSDH framework for action (Last version). Geneve: WHO, April 2007. Disponível em: [csdh_framework_action_05_07 \(1\).pdf](#). Acesso em: 22 de fev. 2017

Casos – Problematização

Caso 1

Programa de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil na Bahia (PETI) (NOBRE, 2003).

Este programa foi instituído em 1997 em cinco municípios e em 2002 já englobava 93 municípios baianos. Tinha como foco retirar as crianças de 7 a 14 anos do trabalho de fabricação de fios e cordas de sisal. Para tanto, houve um repasse de R\$25,00 para a família e R\$25,00 para a Secretaria Municipal da Educação, que propiciou educação em tempo integral e atividades de lazer e culturais. A Universidade Federal da Bahia participou fazendo o cadastramento de todas as famílias envolvidas, com o diagnóstico das condições de vida e trabalho, garantindo a isenção na identificação e escolha dos beneficiários do programa (CARVALHO E MAIA, 2003). A promoção e fiscalização dos direitos dos menores de idade couberam aos Conselhos Tutelares da Criança e do Adolescente e à Delegacia Regional do Trabalho, entre outras instituições. Foram estimuladas, junto às famílias, práticas complementares à atividade do sisal, como a caprinocultura, fabricação de queijos e artesanato. Também foram introduzidas hortas escolares comunitárias. Este programa também incluiu o desenvolvimento de práticas da Saúde do Trabalhador. (LIMA, N.K. relato de caso, 2014).

Caso 2

Título: Educação Sexual para jovens e adolescentes em situação de alta vulnerabilidade social. (MATTOS, A.T.R., MONTEIRO, M.D.L., 2016)

RESUMO

Introdução: A gestação na adolescência, bem como a abordagem às doenças sexualmente transmissíveis (DST) ainda se constituem como desafios na prática das equipes de Atenção Primária à Saúde, não apenas porque estão estreitamente relacionados a determinados temas que são “tabus” porque dizem respeito à sexualidade, mas também pelo distanciamento dos adolescentes dos serviços de saúde, trazendo sérias consequências para a sua vida e saúde. **Objetivos:** - Desenvolver uma ação de promoção da saúde na comunidade, por meio da conscientização sobre DSTs, métodos contraceptivos e consequências de uma gestação não planejada. Aproximar esse público do Núcleo de Saúde da Família, ao oferecer informações de como o núcleo pode ajudar em situações de risco ou desequilíbrio na saúde dos participantes do projeto. **Metodologia:** Como parte da disciplina de ASC I, o grupo buscou levantar em reunião com membros da equipe de saúde do NSF 5 as principais necessidades para então organizar uma atividade de Promoção de Saúde junto a comunidade. Nesta reunião com o médico de família, enfermeira e psicóloga da unidade de saúde ficou definida como principal necessidade a abordagem de jovens e adolescentes de uma área do território com alta vulnerabilidade social com e alto número de casos de gestação na adolescência e doenças sexualmente transmissíveis. O público alvo foi especificado como jovens a partir de 12 anos, por essa ser considerada uma idade na qual começa um possível apelo sexual para essa população, e para a qual não costuma ser dada devida atenção. O local escolhido para a intervenção foi a quadra, ao lado da ONG Projeto Mãos Estendidas”, bastante conhecida pela população. Foram selecionados subtemas para o tema principal de sexualidade, sendo eles: doenças sexualmente transmissíveis, métodos anticoncepcionais para mulheres, uso de preservativos e anatomia do sistema reprodutor masculino e feminino. A divisão foi feita para facilitar a abordagem, sendo o grupo da disciplina, de 11 pessoas, subdividido em grupos de dois ou três que abordarão cada tema. Para tornar a promoção de saúde mais efetiva, decidiu-se que cada um dos subtemas será abordado

em uma estação, pela qual passaram 4 a 8 jovens (dependendo da adesão ao evento) por vez, e na qual será apresentado um sumário dos pontos importantes e práticos acerca da respectiva questão pelos estudantes designados. Para finalizar, foi feito um planejamento de um cronograma. Neste, ficou estabelecida a duração da ação de 1:50, dividida em um momento inicial de aquecimento e descontração, seguida de uma pequena apresentação introdutória, de até 15 minutos, então haverá a passagem de grupos por estações, enquanto dúvidas são recolhidas em uma caixa, anonimamente, e analisadas. Por fim, haverá um fechamento com esclarecimento das dúvidas. Durante o evento será fornecida pipoca, com a intenção de aumentar a adesão e potencializar um ambiente de descontração. Os materiais práticos usados foram coletados do próprio núcleo, e o conteúdo apresentado de informações de livros e artigos científicos. Entre os práticos se destaca uma escultura anatômica dos órgãos genitais masculino e feminino, preservativos, um DIU, e cartazes informativos. **Resultados:** Embora tenham ocorrido imprevistos, eles foram solucionados eficazmente e o resultado final foi positivo. Participaram cerca de 18 homens entre jovens e adolescentes e 2 mulheres adolescentes. O cumprimento do objetivo estabelecido foi efetivo, visto que os temas previstos - DSTs, métodos contraceptivos e gravidez – foram devidamente abordados, além de que os indivíduos presentes no evento foram orientados a respeito de como o núcleo poderia lhes ajudar na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e de gravidez indesejada e em situações de risco. Também discutiu-se sobre assuntos como violência sexual, necessidade de vontade mútua para que ocorra relação sexual e respeito aos limites do parceiro. A abordagem dos temas foi feita de forma dinâmica e participativa. Por esses fatores, a equipe responsável pelo desenvolvimento do projeto acredita que a realização do evento foi bem-sucedida e enriquecedora tanto para a comunidade quanto para os próprios alunos envolvidos. Ao final da atividade formou-se uma grande roda para que a avaliação da atividade fosse realizada. Os integrantes avaliaram muito positivamente a ação e pediram que outras pudessem ser realizadas, trazendo outras demandas para a equipe. **Conclusão:** A experiência foi considerada positiva tanto pela população, quanto por integrantes da equipe e estudantes, pois traduziu-se numa oportunidade de reconhecer uma realidade tão distinta. Apesar de ter havido algumas dificuldades para levar o público ao local de realização do evento no horário marcado, as pessoas que compareceram – cerca de 20 adolescentes -, mostraram-se, em sua grande

maioria, participativas e interessadas nos assuntos apresentados. Acredita-se que outras iniciativas dessa natureza possam contribuir para abordagens comunitárias mais efetivas pela equipe de saúde do NSF 5, podendo representar a médio e longo prazo uma melhoria no autocuidado desses jovens e adolescentes em situação vulnerável.

PARA SABER MAIS

BUSS, P.M. A experiência comunitária da FIOCRUZ: desenvolvimento local e sustentável em Manguinhos. Rio de Janeiro, Saúde em Debate, 24(55): 31-43 maio/ago, 2000. Disponível em: http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?bib=SAUDEDEBATE&pesq=Titulo%20do%20Artigo:%20A%20EXPERIENCIA%20COMUNITARIA%20NA%20FIOCRUZ:%20DESENVOLVIMENTO. Acesso em: 22/02/2017.

FIOCRUZ. Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde (CEPI-DSS). “Determinantes Sociais da Saúde”. Carvalho, Antônio Ivo; Pellegrini Filho, Alberto; Fernandes, Rubem César; Bastos, Sérgio. Video. Canal Saúde. FIOCRUZ. Disponível em: <https://www.google.com.br/#q=determinantes+sociais+da+sa%C3>. Acesso em: 14/04/2017

Loewenson R. *Evaluating intersectoral processes for action on the social determinants of health: learning from key informants*. Geneva, World Health Organization, 2013 (Social Determinants of Health Discussion Paper 5: Policy & Practice). Disponível em : www.who.int/social_determinants/en/. Acesso em 11/01/2017.

O documento elaborado por Loewenson sistematiza o que expertos da OMS discutiram sobre a evolução das ações intersectoriais e como avaliar os resultados das políticas governamentais nesse campo. Oferece-se uma proposta que se operacionalizou por meio de um fórum para compartilhar conhecimentos sobre como lidar e avaliar os processos de intersectoriais no âmbito dos determinantes sociais da Saúde para melhorar a equidade. Os trabalhos exploram temas relacionados a questões de estratégia, governança, ferramentas e capacitação. Eles visam à análise das experiências dos países com vista à compreensão das práticas e das inovações para encorajar um debate franco sobre as conexões entre a saúde e o ambiente político mais amplo. Na contracapa do documento eletrônico é mencionado que a proposta foi apresentada e reformulada em vários eventos no período de 2009 a 2013.

ANEXO 1

“Quadro de ação para combater os determinantes sociais das desigualdades em saúde”. Elaborado pelo Departamento de Equidade, Pobreza e Determinantes sociais da Saúde/Evidência e Informação para ‘Cluster Política’, Organização Mundial da Saúde, 2006.”

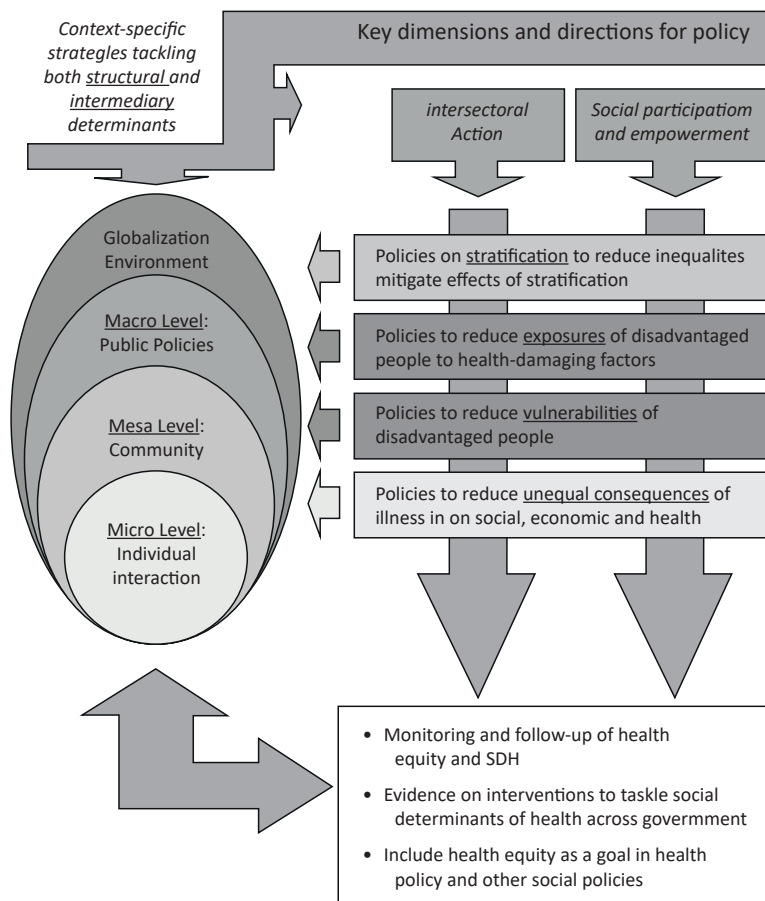


Figure: Framework for action on tackling social determinants of health inequities
Elaborated by EQH/EIP 2006 (OPSH)

Figura 3 – Fonte: Loewenson R. *Evaluating intersectoral processes for action on the social determinants of health: learning from key informants*. Geneva, World Health Organization, 2013 (Social Determinants of Health Discussion Paper 5: Policy & Practice). Disponível em: [csdh_framework_action_05_07 \(1\).pdf](#)
Acesso em: 22/02/2017

CAPÍTULO 6

*Trabalho em Equipe na Atenção Primária à
Saúde no Contexto de uma Disciplina de
Graduação do Curso de Medicina*

*Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia Bava
Maria José Bistafa Pereira*

O tema Trabalho em Equipe tem sido abordado no programa de uma disciplina do segundo ano do curso médico da Faculdade de Medicina da USP Ribeirão Preto, intitulada Atenção à Saúde da Comunidade II, desde sua criação no ano de 2008. Tem como foco central o cuidado a famílias e adota como cenário de práticas unidades de atenção primária à saúde, onde pequenos grupos de alunos se vinculam, sem alternância, às equipes e às famílias moradoras do território de adscrição, ao longo de todo o ano letivo.

Essa decisão de caráter pedagógico foi tomada a partir da compreensão da relevância desse conteúdo para a formação dos futuros médicos. Entendemos que para reconhecer os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS)- integralidade, longitudinalidade, atenção ao primeiro contato e coordenação do cuidado – necessária a presença sistemática do acadêmico na unidade de saúde. Esta, por sua vez, deve pautar seu processo de trabalho pela gestão participativa, sustentada por elementos conceituais pertinentes ao trabalho em equipe. Ao desenvolverem suas práticas de produção do cuidado de forma alinhada aos elementos constitutivos de uma equipe integrada, é oferecido um modelo pedagógico relevante para os futuros profissionais.

Como todo conceito, esse também comporta múltiplas dimensões, de ordem teórica, ética, ideológica, política, técnica e operacional, que no seu conjunto fazem-se potentes para o enfrentamento dos desafios cotidianos do trabalho destas equipes, nestas unidades e em seus territórios vivos, concretos e dinâmicos.

Como enfrentar a complexidade presente na APS sem contar com os diferentes olhares, saberes e práticas para atuar nessa realidade? Como reconhecer potência e possibilidades nas formas singulares de andar a vida das famílias assistidas, sem se abrir às diferentes referências culturais, sem reconhecer, considerar e respeitar outros valores distintos dos de cada um de nós e as outras formas de viver, de pessoas e famílias, vindas de tantos outros arranjos e lugares, portando, muitas vezes, com histórias e tradições distantes de nós?

É compreensível, assim, que documentos oficiais apontem, explicitamente, a relevância do trabalho em equipe para viabilizar seus preceitos: apenas uma profissão ou uma específica área de conhecimento não seriam suficientes para dar elementos à altura de tamanha complexidade, riqueza e desafio. Não, se entendermos que a saúde transcende a mera prática e consumo de procedimentos clínicos isolados e descontextualizados. Não, se compreendermos a saúde na lógica de sua produção social.

Para avançarmos nessas reflexões é importante explicitar que os termos trabalho em equipe e trabalho em grupo estão sendo adotados como sinônimos. Essa escolha deriva da referência teórica de Enrique Pichón-Rivière, médico psiquiatra nascido na Suíça no início do século passado, que desenvolveu suas teorias sobre grupo operativo na Argentina. Dentre os vários tipos de grupo, o operativo caracteriza-se por organizar-se em torno da realização de tarefas, norteadas por objetivos e por um projeto maior. A explicitação dessas características faz parte do conteúdo abordado na disciplina. Utilizamos, assim, os conceitos de:

- **Objetivo Compartilhado:** primeira condição para a configuração de um grupo, muito embora, isoladamente, não seja condição suficiente para isso. Para contribuir na compreensão deste conceito trazemos como exemplo a situação de um conjunto de pessoas numa aula de natação, onde todas têm o objetivo comum de aprender a nadar. Entretanto, ao término da aula, o objetivo imediato se dissipa e as pessoas se dispersam. O que faltou para que se configurasse, ali, a existência de um grupo?
- **Capacidade de interação entre seus integrantes:** ela diz respeito à capacidade de construir um pensar e um fazer comuns aos seus membros, a partir das diferentes experiências de vida. Tomamos para esta construção comum, tanto a dimensão objetiva, quanto a esfera subjetiva das vivências de cada um dos seus integrantes. Em outras palavras, quando as pessoas passam a compor um grupo, carregam com elas toda a sua história pessoal. Elas trazem para as relações presentes os personagens do seu mundo interno e externo, que vão interferir e receber interferência da dinâmica deste novo grupo. Neste sentido, Pichón-Rivière fala sobre a Mútua Representação Interna: quando a interação entre as pessoas vai se efetivando, ocorre uma interiorização recíproca, que às vezes pode ser idealizada, ou não. No processo de comunicação e de interação é possível reconhecer o outro em sua singularidade e fortalecer, gradativamente, os vínculos, a articulação e trocas entre seus membros, e superar a idealização do outro, quando existente.
- **A tarefa como eixo de organização do grupo,** que, por sua vez, desencadeia a trajetória a ser percorrida para a consecução dos objetivos grupais e, finalmente, do seu projeto.

Para Pichón-Rivière, grupo é um conjunto restrito de pessoas, que ligadas por constantes de tempo e espaço e articuladas por sua Mútua Representação Interna se propõem, de forma explícita ou implícita, uma tarefa, que constitui sua finalidade, interagindo através de complexos mecanismos de assunção e atribuição de papéis (PICHÓN- RIVIÈRE,1994).

- Compreender e aprender a lidar com os conflitos grupais: ao ser dada a tarefa ao grupo, inicialmente cada membro pode entendê-la de um jeito diferente, podendo desencadear tanto interações e trocas, quanto desacordos, conflitos, choques e confrontos. Estes obstáculos podem conduzir tanto a uma situação sem saída, de paralisação do grupo – obstáculos dilemáticos – quanto à reflexão, ao enriquecimento e superação – obstáculos problemáticos.

Segundo Pichón-Rivière, se não houver o conflito e a diferença, e se no grupo tudo for homogêneo, não haverá aprendizagem. O que haveria para aprender? Assim, podemos dizer que o grupo não existe apesar das suas contradições e diferenças, mas por causa delas e pelas possibilidades de aprendizagem, crescimento, adaptação e intervenção criativas na realidade que eles promovem.

A tarefa grupal - conjunto de ações compartilhadas pelos seus membros - comporta duas dimensões: uma objetiva ou explícita, e uma outra subjetiva ou latente, semi-anunciada nas entrelinhas e sobre a qual o grupo não deseja ou não pode falar naquele momento. Ambas as dimensões necessitam ser trabalhadas para que o grupo possa realizá-las como uma construção coletiva, e viabilizar seus objetivos e projeto comuns.

Quando o grupo supera seus momentos difíceis na perspectiva de realizar suas tarefas e atingir seus objetivos, revela que houve a disposição de rever posições, de crescer, de sair do jogo do “faz de conta”. Quando, ao contrário, as dificuldades veladas de cada um permanecem e se potencializam, passam a ser comentadas, também veladamente, nos corredores e no cafezinho, ou permanecem no silêncio e na resistência ao crescimento de cada um e do grupo. Assim se revela a complexidade presente nas interações humanas e a exigência de investimentos para viabilizar a construção desse projeto coletivo.

- Compreender e desconstruir os mitos grupais, citando aqui os mais comuns: de que para existir um grupo todos os seus membros devem

ser amigos e pensar da mesma maneira, ou que um grupo deverá sempre estabelecer relações harmônicas, pois o conflito é, necessariamente, um paralisador da dinâmica grupal. Esses mitos desconsideram a importância da capacidade de diferenciação dos seus membros para evitar a estagnação grupal.

Como saber se um conjunto de pessoas se configura e opera mesmo como uma equipe? Segundo Pichón-Rivière, devem ser observados os seguintes vetores:

- **COMUNICAÇÃO:** as coisas podem ser ditas? Se ditas, são entendidas? Ela é um fator favorável ao crescimento, articulação, afetos e às trocas entre seus membros, ou caracteriza-se mais pelos ruídos? Há espaço interno e externo, objetivo e subjetivo para esses ruídos serem explicitados, esclarecidos e superados?
- **TELE ou CLIMA AFETIVO:** embora não se requeira que as pessoas sejam amigas, o clima entre elas deve favorecer a expressão genuína e uma comunicação sem receio de punição ou de auto exposição. Como comunicar-se, abrir aos demais o que pensa e sente, se o clima do grupo é de censura sistemática? Isso vai gerando que aspectos importantes do trabalho deixem de ser apresentados. Já que as pessoas se retraem, deixam de falar, evitam se expor nos momentos oportunos de participação, passam a adotar espaços informais para isso- como a hora do cafezinho- o que pode significar uma contribuição negada ao grupo, ou mesmo a geração de mais ruídos na comunicação e nos afetos do grupo.
- **O grau de AFILIAÇÃO e PERTENÇA:** considera-se que o sentimento de envolvimento com o grupo é processual, e assim a afiliação diz respeito ao momento mais inicial de aproximação da pessoa com o grupo, evoluindo até o “vestir a camisa”, que é a pertença. Esta diz respeito a um sentimento mais profundo de envolvimento e responsabilidade com os demais integrantes do grupo;
- **O grau de COOPERAÇÃO,** caracterizado pela capacidade de oferecer uma participação diferenciada, de maior articulação e troca de saberes colocados à disposição do grupo para que sua tarefa grupal se desenvolva bem. Segundo Pichón, o vetor contrário à cooperação é a competição, que estimula o contrário: as pessoas

deixam de compartilhar os seus conhecimentos, deixam de cooperar para a realização das tarefas comuns e para a consecução dos objetivos do grupo, colocando seus próprios interesses em primeiro plano. Nesse sentido, ele alerta que os projetos individuais existem e são legítimos, mas não devem ser colocados acima do projeto grupal.

- O APRENDIZADO: para Pichón, o aprendizado significa o reconhecimento e a aceitação da nossa condição de não saber. Implica na capacidade de sair de uma posição de segurança e domínio, e assumir outra nova, menos confortável, nada fácil em sociedades competitivas como a nossa, onde a máxima popular afirma que “saber é poder”. Aprender requer uma tele de confiança mútua, de receptividade à diferença e à possibilidade de mudança, favorecidas por processos comunicacionais em que os ruídos podem ser trabalhados e superados. Os questionamentos, as diferenças, conflitos e dissensos podem ser entendidos tanto como uma ameaça, quanto como uma possibilidade de trocas, de novas articulações, aprendizados, de cooperação gerados pela capacidade de diferenciação no grupo. Se todos falassem a mesma coisa sempre, reforçando-se mutuamente, seria mais fácil, mas as pessoas e o próprio grupo não cresceriam.
- PERTINÊNCIA – esse vetor diz respeito ao compromisso com as tarefas assumidas pelo grupo para o desenvolvimento dos objetivos e projeto. Desta forma, comprometer-se na realização de determinadas ações e viabilizar o que depende dos integrantes, indica haver pertinência no grupo.

Estes vetores são, pois, potentes para analisar o processo grupal, que nos seus movimentos sucessivos de idas e vindas, e não de forma linear, podem rever seu processo de trabalho e fortalecê-lo na perspectiva do trabalho coletivo.

Entretanto, um pressuposto básico é de que o grupo só se torna grupo se assim o desejar, sendo para isso necessário que cada um se veja e se identifique com aquele projeto, sem negar a possibilidade de existência de projetos pessoais, ou grupais. O dificultador é um projeto pessoal tentando suplantar o projeto grupal. Neste caso, para Pichón Rivière, o próprio grupo tem ferramentas e recursos para trabalhar, implícita e explicitamente, esse desafio.

OS PAPÉIS DENTRO DO GRUPO

Pichón fala de determinados papéis existentes dentro do grupo. Aqui nos atemos a dois deles, geralmente confundidos:

De COORDENAÇÃO: esse é um papel prescrito, pois suas funções são previamente definidas e quem a exerce é, ou deveria ser, conhecido de todos. Por exemplo sabe-se que a coordenação da unidade de Saúde da Família X é desenvolvida pelo profissional Y. Já a liderança não tem essas características e não é definida a priori. Coordenar formalmente um local não vai, necessariamente, transformar alguém em líder. A LIDERANÇA é um papel emergente. Ele surge de forma espontânea em diferentes momentos dos processos grupais, dependendo das necessidades do grupo e das habilidades pessoais de seus membros.

A COORDENAÇÃO tem a função de ajudar o grupo a realizar as tarefas explícitas e implícitas, trazendo à tona fatos, dados, análises e reflexões que possam ajudar o grupo na realização das tarefas. À COORDENAÇÃO cabe problematizar se ela representa, de fato, a ajuda necessária para a equipe resolver suas dificuldades, identificar e enfrentar suas tarefas implícitas e explícitas, e desenvolver seu projeto.

Já para as LIDERANÇAS as questões que se colocam dizem respeito a serem ou não mobilizadoras do grupo em direção às mudanças necessárias para o cumprimento das tarefas, objetivos e projeto do grupo, ou se são lideranças de resistência. Ela é um papel cristalizado em alguns membros do grupo ou pode circular e emergir dentre os vários componentes da equipe, mobilizando múltiplas capacidades e obtendo a cooperação diferenciada de todos?

Sobre isso, Pichón diz que nos tipos de lideranças que despontam dentre os integrantes do grupo há as **lideranças de mudança** - com o impulso de mobilizar para que a tarefa e o projeto grupal se realizem, e as **lideranças de resistência**, que trazem o impulso para o grupo não fazer a tarefa. Esta liderança pela 'não tarefa' pode agir de duas formas, embora muitas vezes de maneira não consciente em qualquer uma delas. A primeira é como **Sabotagem**, situação em que o grupo tem que aderir a ela, visto que não se pode sabotar um grupo sem sua adesão. A segunda é pela **Impostura**, situação mais sutil e difícil de ser identificada, já que, aparentemente, a liderança está envolvida com a tarefa, mas no fundo não tem compromisso e responsabilidade com ela. Assume o discurso do trabalho,

com a prática do não trabalho. Discurso afinado, prática desafinada com a tarefa são mais difíceis de serem detectadas.

É necessário destacar que esses papéis são complementares e, que, portanto, depende de todo o grupo viabilizá-los ou não. Para que um membro seja líder, é necessário que os demais membros assumam ser liderados. Dito de outra forma, para que uns assumam determinados papéis, outros os adjudicam, seja em direção à tarefa ou à não tarefa. Nas diversas situações vividas, é esperado que diferentes integrantes assumam distintos papéis, evitando que o mesmo papel sempre se deposite em um mesmo integrante. Essa alternância torna um grupo mais saudável. A cristalização desses papéis é indicativa de que o grupo não está “bem de saúde”.

A título de ilustração é resgatada uma experiência emblemática vinda do cotidiano de trabalho das autoras, em suas atividades de coordenação de equipe de saúde da família.

Contexto: uma senhora chega à unidade de Saúde da Família referindo, dentre outras queixas, que o filho adolescente não saía do quarto. Inicialmente, entendeu-se o fato como um comportamento próprio dessa fase de desenvolvimento, comum a muitos outros adolescentes. Por outras vezes a mãe trouxe essa situação, que foi interpretada como coisa de “aborrecente” e que iria passar. No processo de cuidado foi agendada consulta para os membros da família, composta por um casal de filhos e a senhora viúva, sendo que o adolescente não compareceu sob justificativa, dada pela mãe, de que este não estava quase saindo do quarto.

Em um dado dia, na unidade, pela primeira vez de forma clara, externou sua preocupação ao dizer: - “por favor, me ouçam e não me respondam mais que isso é coisa de adolescente. Há oito meses não vejo meu filho N.L., que está trancado dentro de um quarto”.

Nesse momento o profissional que a atendia se abriu para buscar iniciar um processo efetivo de comunicação, procurando oferecer um tipo de escuta onde o que a mãe expunha não tinha uma compreensão pré-formatada. O relato passou a ser compreendido em sua singularidade, sendo objeto de um interesse genuíno, que motivou um processo de verificação sucessiva do entendimento obtido a partir das falas. Foi possível apreender a grande complexidade da situação individual e familiar relatada e o sofrimento produzido. Isso surpreendeu e mobilizou a todos os que foram se envolvendo no caso.

A equipe estava diante de um grande desafio: construir e se construir em uma nova relação, que implicava em rever sua capacidade de escutar e valo-

rizar a narrativa inédita do outro, de reconhecer as diversas dimensões do ser humano e do processo de adoecimento, de cooperar interna e externamente com a equipe, de melhorar suas habilidades relacionais, de se articular em prol de um projeto em comum, sabendo contar com o outro para fortalecer a cada um e a todo o grupo, que mais fortalecido, se lançou a esse desafio.

O que se revelou: um adolescente, N.L., de 14 anos, do sexo masculino, órfão de pai há cerca de três anos, frequentando o segundo grau em uma escola pública, sem antecedentes psiquiátricos ou de outra natureza, irmão de uma jovem de 17 anos. A mãe trabalhava em casa e o pai, falecido, tinha sido da corporação de bombeiros.

O histórico: Oito meses atrás N.A. passou a recusar-se a sair do quarto. Sua alimentação era provida por meio de um prato com comida deixado à noite do lado de fora de seu quarto, juntamente com uma garrafa com água e outra vazia, para ser enchida com urina. Caso a porta fosse forçada, ou outra pessoa além da mãe e da irmã o abordassem, ele anunciava a ameaça de autoextermínio. Para isso relatava valer-se de cacos de prato, de espelho, lençóis, cintos e outros artefatos existentes no quarto. Segundo a mãe, essa condição a havia impedido de ter sido mais explícita sob sua real situação nos encontros anteriores com a equipe de saúde. Viveu uma situação dual, onde queria e não podia se abrir, por medo das consequências. Por outro lado, não podia calar-se totalmente.

Aquela situação se tornara insustentável para a família, mobilizando-a no sentido de explicitar pedido de ajuda.

Os membros da equipe, sentindo-se sensibilizados e corresponsáveis, iniciaram o delineamento de um plano de cuidados com a participação da família e uma convidada – a madrinha do adolescente, além de membros da equipe ampliada e acadêmicos, que incluiu profissionais da Unidade de Emergência, SAMU, Polícia Militar e Corpo de Bombeiros. Esses segmentos foram reunidos por sua capacidade de proteger N.L., sua família e a equipe de saúde, além das exigências legais implicadas, conforme se aprendeu nesse evento. Para o rápido arrombamento da porta do quarto, se requerido, seria necessária a presença dos bombeiros e da polícia. Para o pronto socorro e a remoção, se requeridos, a ambulância estaria prevista, bem como o traslado para a unidade de internação, com quem já existiam as tratativas para obtenção da vaga.

Toda essa equipe teve momentos de conversa e reflexão em conjunto, para que a linha de intervenção fosse claramente definida: tratava-se de um

jovem e uma família a serem cuidados e protegidos por vários profissionais de diferentes setores, que deveriam estar articulados em prol desse objetivo.

A ação propriamente dita: envolveu a ida de membros desses segmentos à residência da família, incluindo uma acadêmica em estágio na unidade. Não houve necessidade de arrombamento ou qualquer outra ação mais invasiva, já que N.L. abriu a porta do quarto a partir das conversas. Revelou-se, assim, uma realidade impactante, mesmo para os profissionais mais experientes. N.L. estava com a mesma roupa de oito meses atrás, sem banho ou qualquer medida de higiene, com cabelos longos e unhas que chegavam a curvar-se. À medida em que caminhava, pedaços de fezes eram lançados de seu corpo e roupas. O odor exalado tornou-se insuportável. Cerca de 70 garrafas descartáveis cheias de urina escura iam sendo evidenciadas em meio ao lixo acumulado pelo chão até uma altura de 60 cm, além das paredes, teto e móveis fétidos.

O quadro emocionou a todos os presentes, levando às lágrimas alguns dos companheiros do Corpo de Bombeiros, profissão do finado pai de N.L. A ambulância o levou, acompanhado pela mãe, médica, agente comunitário de saúde e aluna. A equipe se manteve dando apoio à família, com contatos sistemáticos desde aquele momento.

Após alguns meses de tratamento ele pode retomar os estudos e passou a frequentar a unidade do PSF, nas atividades de grupo oferecidas nesse local.

Ato contínuo, a coordenação da unidade promoveu reuniões entre os integrantes da equipe para resgatar e analisar todo o histórico do atendimento a essa família, desde seu cadastramento até aquele momento, envolvendo os registros escritos e o resgate dos diálogos estabelecidos em diversos encontros entre os trabalhadores na unidade de saúde, como também em visita no domicílio. Este processo teve por finalidade promover a reflexão sobre o processo de trabalho e seu aprimoramento, por toda a equipe. E se outro caso semelhante estivesse sendo gestado agora, como se poderia evitar que essa situação voltasse a ocorrer? Essa era a preocupação da equipe! Que lições tirar dessa experiência e aprimorar a produção do cuidado?

Esse momento era facilitador e potente para possibilitar e fortalecer a apreensão aos integrantes da equipe, estudantes e docentes, do que significa um trabalho em equipe.

Conforme era recuperado o histórico do atendimento foi se tornando “palpável/concreto” o projeto da Estratégia da Saúde da Família, portanto que o objeto de trabalho dos integrantes é o indivíduo indissociável de suas

relações intra e extra familiares, e o contexto em que essas relações foram e continuam sendo estabelecidas. Outra dimensão conceitual que se tornou evidente foi a amplitude do processo saúde doença, a ser explorado de forma que os determinantes sociais e a dimensão afetiva sejam valorizados e incorporados na discussão e decisão ao se propor um projeto terapêutico.

Neste processo o conceito de ser humano foi se tornando cada vez mais complexo e evidenciando que o homem é um ser de necessidades que se constrói nas relações sociais e, portanto, nelas é produzido. Esta análise possibilitou aos integrantes se afastarem da ideia de que o sujeito nasceu assim, é assim e sempre será assim. Ainda alertou o grupo para rever o uso dos protocolos, para que fossem instrumentos orientadores das práticas, sem serem fechados, rígidos e formatados para todas as situações. A referência do cotidiano com sua potência de ocultar e também de revelar foi um dos aprendizados desse momento de revisão das práticas dos integrantes da equipe.

Quanto ao significado do processo de comunicação, mais uma vez aquela situação vivida ilustrou o quanto as escutas são previamente formatada: “isso é coisa de adolescente”. O aprendizado sobre este vetor foi imenso quando integrantes verbalizaram e reconheceram o quanto, nos nossos encontros, trazemos respostas já elaboradas a priori, a partir de “arquivos” em que registramos nossas experiências pessoais, ou resgatamos conteúdos teóricos abordados na escola. Longe de dizer que estes não sejam importantes, mas o aprendizado em relação ao processo de comunicação despertou a necessidade de procurar saber se o que eu entendo da fala do outro foi o que este outro realmente disse. Para tanto precisamos estabelecer um diálogo onde a certeza deixa de ser assegurada somente por um dos interlocutores e, nesta perspectiva, faz-se necessário buscar saber e colocar no diálogo a preocupação de esclarecer o que entendo sobre o que o outro fala, indagando uma simples questão: do que você disse eu entendi isso, e te pergunto: o que entendi é o que você disse ou quis dizer?

Essa síntese é fundamental para evitarmos conclusões precipitadas, trazidas à partir das experiências anteriores e tomadas como sempre a mais correta. Paralelamente, ficou demarcada a relação intrínseca do vetor da comunicação com o vetor aprendizado. Ainda a comunicação foi entendida como fundamental no processo grupal para se instituir o clima afetivo, uma vez que os presentes foram expondo o que pensavam e sentiam, expressaram por vezes que não imaginavam o quanto estavam aprendendo e revendo sobre suas condutas, ideias, enfim, se expuseram sem medo de

censura. Conseguiram verbalizar o quanto a comunicação e a tele favoreceram reconhecer o projeto da saúde da família e estes foram se tornando fundamentais para demarcar o reconhecimento do vetor cooperação, pois a articulação e troca de saberes era constante e disponibilizados para serem analisados mais a fundo.

As justificativas para nossa escuta “surda”, “formatada”, incapaz de reconhecer a necessidade da mãe de N.L. e mesmo de ter como “normal” a recepção do Agente Comunitário de Saúde sempre no portão da casa com desculpas diversas para não chamar para adentrar a residência foram ofertadas para a análise. Tornou-se claro que a competição ou a procura de culpados não proporcionaria a aprendizagem e o reconhecimento de pertencimento a um coletivo que se propõe a desenvolver o trabalho em equipe.

Destaca-se, finalizando, o reconhecimento de que o trabalho em equipe se dá no cotidiano e, portanto, que é importante que sejam reservados momentos na rotina, para ocorrer esse tipo de análise aqui descrita, lembrando que o trabalho em equipe tem momentos e movimentos de dificuldades e de satisfação, paralisação e motivação para seu desenvolvimento, enfim, que não é harmônico. Faz-se necessário reconhecer as dificuldades e conversar sobre elas tomando o cuidado de promover encontros para clarear o projeto, pressupondo que todo indivíduo pode contribuir com seu saber, quando comprometido com o trabalho em equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trazer essa discussão e possibilitar aos profissionais integrantes da equipe, estudantes, docentes, enfim, todos os segmentos, se aproximarem de um referencial teórico de trabalho em grupo tem permitido revelar o quanto o conceito de grupalidade vai muito além de estar junto em um mesmo espaço geográfico e temporal. O estabelecimento de diálogo é um processo comunicacional e relacional complexo, implica em reconhecer contradições, diferenças, expectativas muitas vezes não correspondidas. Isso pode levar cada integrante a aprender a lidar com a frustração e, ao mesmo tempo, a reconhecer a idealização que criamos sobre as pessoas e sobre a vida e o viver.

Ainda é possível perceber uma inquietação angustiante quando os estudantes passam a reconhecer que o trabalho na APS, e particularmente, o trabalho em grupo/equipe comporta uma dimensão de conhecimento, atitu-

des e habilidades que não têm sido foco prioritário de atenção na formação dos futuros profissionais de saúde. O saber super especializado ainda tem um apelo forte na grande maioria das instituições formadoras de nosso país, sob influência da medicina tecnológica norte-americana.

A prática dos trabalhadores de saúde, particularmente das equipes de Saúde da Família, na conformação do trabalho em grupo/equipe deve ser entendida como uma prática a ser construída. Exige, para isso, compartilhamento de poder e horizontalização das relações. Requer enxergar e respeitar o outro e o saber de que é portador. É uma prática que se estrutura, desestrutura e reestrutura de forma contextualizada e com intensa dinamicidade, mudando os outros e a nós mesmos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CACCIA-BAVA, M. C. G. Trabalho e equipe. PPT Disciplina ASC II. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- USP, 2008.
- CACCIA-BAVA, M. C. G. G.; PEREIRA, M. J. B. **O trabalho em grupo e suas interações: problema ou solução para os gestores da saúde?** Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, 2008. Relatório técnico do Departamento de Medicina Social. Série Notas Didáticas, n. 23. Disponível em: https://correio.usp.br/service/home/~/GRUPO%20CARMO%20E%20ZEZE.pdf?auth=co&loc=pt_BR&iid=191999&part=2 Acesso em: 24 junho 2016.
- FORTUNA, C. M.; PEREIRA, M. J. B.; MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (USP. Ribeirão Preto. Impresso)*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, 2005.
- ISHARA, S. Trabalho em Equipe Multidisciplinar. Anotações de aula ministrada a estudantes do 5º ano do Curso de Ciências Médicas, Disciplina Estágio Integrado em Centros de Saúde e Medicina Comunitária I. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 1997.
- PICHON-RIVIÈRE E. O processo grupal. 3ª ed. São Paulo (SP): Martins Fontes; 1982.
- SAIDON, O. O grupo operativo de Pichón-Rivière. In: Baremlitt GF, organizador. *Grupos: teoria e técnica*. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 1982. p.169-80.

CAPÍTULO 7

Visita Domiciliar

*Belkiss Rolim Rodrigues Fracon
Luciane Loures dos Santos*

INTRODUÇÃO

Segundo relatos históricos os cuidados em saúde realizados no domicílio datam da Grécia e Egito Antigo, porém sem sistematização ou organização, caracterizadas muitas vezes como ações caridosas realizadas por instituições religiosas (BENJAMIN, 1993; MAHMUD; MANO; LOPES, 2012; DUARTE; DIOGO, 2000). No início do século XX, o médico surge como um importante elemento do cuidado domiciliar, atendendo os pacientes e seus familiares mais abastados em suas residências. Dada à limitação dos recursos tecnológicos e farmacológicos, o repouso no leito era fonte regular de tratamento, com observação constante e atenta, manejando os sintomas com medidas paliativas. Assim, este profissional, participava da intimidade das famílias, dividindo angústias, dúvidas, decisões, segredos e comemorações familiares (LOPES, 2003; RODRIGUES; ROCHA; PEDROSA, 2011).



Figura 7.1 - “O Médico da Cidade” de Morgan Weistling (WEISTLING, 2016).

O desenvolvimento tecnológico, a urbanização, a mudança do processo de trabalho e a fragmentação do cuidado, foram responsáveis pela maior concentração dos atendimentos nos ambientes hospitalares (LOPES, 2003; RODRIGUES; ROCHA; PEDROSA, 2011).

Assim, os pacientes passaram a ser internados nos hospitais, o cuidado foi sendo transferido para os profissionais de saúde e a família perdendo a autonomia do cuidado (BRASIL, 2012a).

Com o envelhecimento populacional, os países em desenvolvimento vêm sofrendo com a tripla carga de doenças, caracterizada pelas

doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), doenças infecciosas e as causas externas. Este perfil epidemiológico demanda cuidados contínuos com a população, serviços que garantam a longitudinalidade do cuidado, pois ainda que existam tratamentos eficazes, as DCNT quando instaladas não são passíveis de cura, apenas de controle, com episódios de agudização, gerando a busca por serviços de urgência e emergência, gerando internações, frequentemente muitas vezes, desnecessárias (BRASIL, 2012a; MENDES, 2010)..

Esse maior fluxo de pacientes para os hospitais, predispõe a um aumento do número de infecções hospitalares, principalmente em idosos, com maior número de intervenções, maior ocupação dos leitos hospitalares, muitas vezes, onerosos para o sistema de saúde.

Aliado ao envelhecimento populacional e ao perfil epidemiológico, as novas tecnologias e a necessidade da redução de custos fizeram com que a Assistência Domiciliar voltasse a ganhar visibilidade na década de 90.

Nesta mesma década, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi recomendada pelo Ministério da Saúde para reorganizar o sistema de saúde, colocando a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e principal porta de entrada para o sistema. De caráter substitutivo, preconiza a longitudinalidade e a integralidade do cuidado, estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando uma prática direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersetorialidade, incorporando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalidade e equidade (BRASIL, 2012b).

Uma das características do processo de trabalho da equipe da ESF é prestar assistência no domicílio aos usuários que apresentam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade de se locomover até uma unidade de saúde. Segundo a Portaria nº 2.527, de outubro de 2011, a Assistência Domiciliar (AD) é definida como:

[...] modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011).

A VISITA DOMICILIAR E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A visita domiciliar (VD) é o instrumento utilizado pelos membros da ESF para prestar a Assistência Domiciliar, pois possibilita conhecer o território, identificar os equipamentos sociais disponíveis na área, aproximar os profissionais da realidade onde as famílias estão inseridas, favorecendo o diagnóstico de saúde da comunidade e o planejamento das intervenções.

A VD também possibilita identificar a estrutura física e dinâmica das famílias, possíveis determinantes sociais do processo saúde-doença, conhecer seus hábitos, crenças e valores, favorecendo a criação e solidificação de vínculos, aproximando os profissionais das famílias, fortalecendo a relação médico-paciente (BRASIL, 2012b).

Os agentes comunitários de saúde (ACS), realizam visitas domiciliares para o cadastramento e acompanhamento das famílias residentes na área de abrangência. São interlocutores entre serviço e comunidade, levantando necessidades das famílias e facilitando o acesso dos moradores aos serviços de saúde (BARBOSA et al., 2016). Dotados de um olhar atento para a comunidade, eles realizam ações de educação em saúde e busca ativa de usuários que perderam o seguimento ou que se encontravam à margem do sistema de saúde, como pessoas acamadas, idosos deprimidos e solitários, usuários de drogas, vítimas de violência doméstica e outros pacientes que vivem em situação de vulnerabilidade e invisibilidade. Ainda que seja recomendado a realização de visitas mensais pelos ACS, algumas famílias necessitam de cuidado especial, gerando visitas mais frequentes, o que pode dificultar o acompanhamento de todas as famílias sob sua responsabilidade (KEBIAN; ACIOLI, 2014).

Os demais membros da ESF como médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares/ técnicos de enfermagem, residentes e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, entre outros, normalmente realizam VD semanais, de acordo com o planejamento realizado durante as reuniões de equipe para discussão das necessidades das famílias. Uma vez indicada a VD, são escolhidos os profissionais com perfil mais adequado para sua realização.

Vale ressaltar que as visitas não programadas ou “de urgência” também podem ser realizadas pela equipe, de acordo com a gravidade do quadro, comprometimento do usuário e disponibilidade dos profissionais da equipe. Em determinadas situações de urgência a ida ao domicílio pode retardar o diagnóstico e o início de terapias que poderiam mudar a evolução da doença.

A VD pode ser solicitada pelos familiares, usuários, vizinhos ou por indicação de outros serviços de saúde, como hospitais, unidades de pronto-atendimento, unidades básicas de saúde e serviços de especialidades (LOPES, 2003; BRASIL, 2012a). Contudo, para a sua realização, faz-se necessário que a família a ser visitada resida dentro do território. A figura 3 ilustra o fluxograma como sugestão para sistematização da VD.

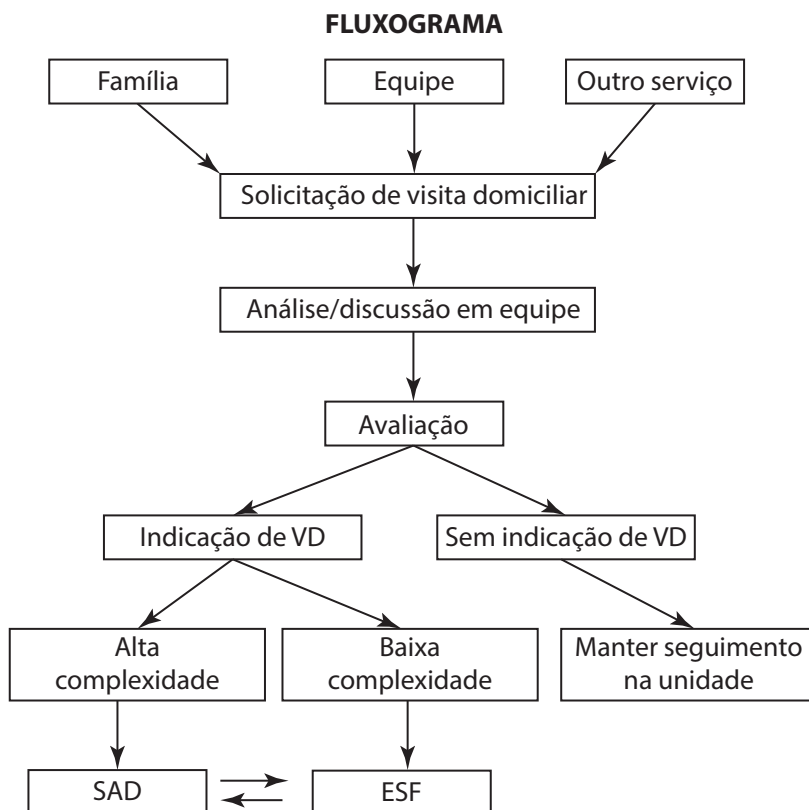


Figura 1 - Fluxograma para realização da Visita Domiciliar adaptado de Lopes, 2003.

A realização da VD pode ser realizada pela equipe da ESF ou pela equipe do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) a depender da complexidade do quadro e da existência deste serviço na rede de atenção à saúde do município. A complexidade da Assistência Domiciliar pode ser classificada em AD1, AD2 e AD3. Os quadros de AD1 são caracterizados por usuários que possuam problemas de saúde controlados, mas com algum grau de dependência para

as atividades da vida diária (visitas mais espaçadas e sem necessidade de procedimentos e técnicas de maior complexidade), esses são referenciados para a ESF e os quadros de AD2 e AD3 que apresentam maior complexidade, ficam sob a responsabilidade do SAD. O processo é dinâmico e a depender da evolução dos quadros clínicos os usuários podem migrar para os níveis de AD1 para AD2/AD3 e vice-versa (BRASIL, 2012a)..

A SISTEMATIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR

Para facilitar a realização da VD, sugerimos sua sistematização em quatro etapas: Planejamento, Execução, Registro e Avaliação, conforme descrito na Figura 2.

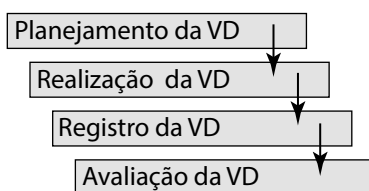


Figura 2 - Etapas da Visita Domiciliar, adaptado de Marasquin, 2004.

Planejamento da Visita Domiciliar

O planejamento da VD deve ser feito em conjunto com a equipe de saúde e exige atenção a certos cuidados (Quadro 1). Antes de sair para a realização da VD o profissional de saúde, aluno ou residente deverá identificar as famílias que serão visitadas, ter clareza do objetivo das visitas e preparar o material adequado que será utilizado (maleta com equipamentos médicos e de enfermagem, mapa da área, endereços, etc). Faz parte do planejamento da VD fazer uma breve revisão dos prontuários individuais e familiares a fim de levantar informações da família, assim como discutir o caso com os demais membros da equipe.

Especial atenção também deverá ser dada para o preparo de quem irá realizar a VD, como o uso de protetor solar, repelente, vestimentas e calçados adequados, além de sua identificação (MAHMUD; MANO; LOPES, 2012; LOPES, 2003; KEBIAN; ACIOLI, 2014; MARASQUIN, 2004; CACCIA-BAVA, 2010).

Quadro 1 - Planejamento da Visita Domiciliar

- Clareza do objetivo da VD;
- Revisão do prontuário individual e/ou familiar;
- Conversar com a equipe de saúde antes da VD;
- Conhecer aspectos da família a ser visitada;
- Preparar o material adequado para a VD (material para curativo, para consulta domiciliar, cadastramento familiar, lápis, caneta, cartilhas informativas, receituário, etc.);
- Organizar a maleta para VD;
- Endereço completo e mapa da área a ser visitada;
- Calcular o tempo de deslocamento entre os locais a serem visitados;
- Vestimentas adequadas, preferencialmente roupas confortáveis, calças e sapatos fechados. Evitar uso de sandálias, bermudas, saias, shorts;
- Uso de crachá para identificação dos profissionais;
- Uso de protetor solar e repelente (a depender da necessidade local);
- Estar preparado para imprevistos (endereço não estar correto ou não existir, a pessoa não poder atender naquele momento, casa estar vazia, etc.);
- Calcular o tempo para realização de cada Visita.

Realização da Visita Domiciliar

Durante a realização da VD, o profissional de saúde deverá manter uma observação atenta durante todo o percurso até o domicílio a ser visitado. Observar aspectos da rua, do entorno da casa, iluminação, saneamento básico, equipamentos sociais, grau de segurança das residências, entre outros fatores.

No domicílio, é importante ter uma postura respeitosa e cuidadosa com a família, evitando extremos de formalidade e de invasão de privacidade. O profissional de saúde deve se apresentar para os moradores da casa e esclarecer sobre os objetos da VD. Deve estar sempre preparado para imprevistos.

É importante estar atento ao ambiente, identificando condições que possam favorecer o adoecimento ou causar acidentes; observar a presença de apoios nas paredes, escadas, banheiros, principalmente em residências com usuários que apresentam dificuldade de locomoção.

O profissional deve identificar o paciente-alvo, os familiares que residem no domicílio, como convivem, aspectos referentes à dinâmica familiar, aos padrões de comunicação e às relações interpessoais. Verificar a alimentação do usuário, quem é responsável pelo preparo dos alimentos, horários da alimentação, a administração dos medicamentos e onde ficam armazenados (MENDES; OLIVEIRA; 2007). Também deve buscar e conhecer quem são os cuidadores, se são cuidadores formais (profissionais) ou informais (familiares), se necessitam de capacitação ou de cuidado e como ocorre a interação com o paciente-alvo (Quadro 2a e 2b).

A casa pode ser um grande templo onde as mais importantes e significativas cerimônias podem acontecer. Não à toa é que, em algumas famílias, se “abençoa a casa” e se trazem “santos”, plantas protetoras, incensos e velas (MANO, 2009)..

Quadro 2a - Realização da Visita Domiciliar

- Durante o trajeto para realização da VD, observar o entorno da casa a ser visitada, vizinhos, escolas, praças, bares e outros equipamentos sociais;
- Observar a iluminação da área, a existência de calçamento/asfalto, coleta de lixo, saneamento básico, terrenos baldios e acúmulo de lixo;
- Observar a existência de grades, cercas elétricas e câmeras nas casas ao entorno da área, verificando o grau de insegurança das pessoas que ali residem;
- Apresentação dos membros da equipe que estão realizando a VD;
- Explicar a motivo da VD;
- Perguntar se o momento é oportuno para a VD;
- Manter uma postura respeitosa quanto às crenças e religiões;
- Pedir permissão para sentar e entrar em outros ambientes da casa;
- Evitar conversas paralelas entre os membros da equipe;
- Não invadir a privacidade das pessoas;

Quadro 2b - Realização da Visita Domiciliar

- Manter o celular desligado no momento da VD;
- Observar as relações familiares, sua dinâmica, as manifestações de afeto e de atrito, a distribuição de poder entre os membros e padrão de comunicação estabelecido (dinâmica familiar);
- Manter uma postura atenta e solícita, estando disponível para ouvir, ajudar, sem julgamentos;
- Olhar atento ao ambiente, condições de limpeza, iluminação e organização dos espaços;
- Presença ou não de obstáculos, tapetes, vasos, móveis que possam predispor a queda;
- Em caso de crianças, observar a disposição de materiais de limpeza, tomadas, medicações, escadas, janelas, piscinas e reservatórios sem proteção;
- Observar e perguntar sobre o uso de medicamentos, seu armazenamento, automedicação e dúvidas relacionadas a prescrição;
- Observar a presença de possíveis criadouros para insetos, aranhas e escorpiões;
- Estar preparado para atender outros membros da família que necessitem de cuidado;
- Observar a presença e a postura dos cuidadores sejam eles formais ou informais;
- Orientar a família e o usuário sobre a conduta a ser realizada, explicando os procedimentos que serão necessários (discussão do caso, realização de exames, prescrição de medicamentos, encaminhamento para outros serviços da rede, etc).

Registro da Visita Domiciliar

O registro é um importante momento da VD, onde os profissionais devem se dedicar para registrar todo o procedimento realizado e as próximas condutas a serem tomadas. Lembrando que o prontuário é um documento oficial, que deverá ser utilizado por vários profissionais de saúde, as anotações devem ser legíveis e conter todas as ações realizadas (Quadro 3).

Quadro 3 - Registro da Visita Domiciliar

- Deve ser realizado com caneta esferográfica azul ou preta, com letra legível, datado, assinado e com horário da VD;
- Não conter rasuras;
- Destacar onde foi realizada a atividade: domicílio, residência terapêutica, asilo;
- A depender do objetivo da VD o registro deverá ser feito nos prontuários individuais e/ou familiares, que não deverão sair da Unidade de Saúde;
- Descrever quem realizou a VD, os procedimentos realizados e as condutas pactuadas com o usuário, cuidador e seus familiares;
- Registrar as próximas ações e atividades propostas.

Avaliação da Visita Domiciliar

É preciso avaliar todo o processo desenvolvido durante a VD, suas implicações, seus arranjos e percepções. Dificuldades encontradas durante sua execução e os novos passos para o cuidado do usuário e sua família (Quadro 4).

Quadro 4 - Avaliação da Visita Domiciliar

- O objetivo da VD foi alcançado?
- Apareceram novas demandas?
- O tempo foi adequado para realizar todas as VD?
- Faltou material?
- O caso foi discutido com a equipe?
- Existe necessidade de uma nova abordagem ou de nova VD?
Se sim, quem e quando deverá realizar?
- Serão necessárias intervenções de outros profissionais de saúde?
- Será necessário envolver outros equipamentos sociais (escolas, igreja, CRAS, etc)?

FORTALEZAS E FRAGILIDADES DA VISITA DOMICILIAR NO TRABALHO DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A VD realizada pelos profissionais da ESF garante o acesso aos serviços de saúde de uma parcela importante da população que, seja por limitações físicas temporárias ou definitivas, transtornos mentais, dificuldades visuais e motoras estavam em situação de isolamento, apenas buscando atendimento quando as condições clínicas se agravavam.

Favorece a integralidade do cuidado, promovendo ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento de complicações dentro do próprio domicílio, ações de reabilitação e até a possibilidade de uma morte digna perto de seus familiares.

Ademais, promove aproximação dos usuários, familiares e profissionais de saúde, favorecendo o estreitamento das relações e o fortalecimento de vínculos entre os sujeitos. Auxilia na realização de diagnósticos mais precisos, intervenções mais acertadas e adequadas à realidade local.

No interior dos domicílios os profissionais atentos podem identificar aspectos que sugerem situações de negligência, isolamento e violência doméstica, tão presente no cotidiano das famílias e tão subnotificada pelos profissionais de saúde.

Segundo estudos, a abordagem de temas relacionados a amamentação, cuidado com recém-nascido e uso de medicações produzem mais sentido e maior adesão quando realizadas dentro do contexto real, considerando as especificidades de cada família (DRULLA et al., 2009).

Por outro lado, dadas as dimensões continentais em que vivemos as distâncias a serem percorridas dentro do território podem se tornar em um importante limitador da VD. Isto é mais facilmente observado em áreas rurais, populações ribeirinhas onde são necessários meios de transportes especiais, como barcos, carros e até transporte aéreo. A locomoção entre grandes distâncias exige mais tempo para o deslocamento e, acrescido de alterações climáticas, podem inviabilizar as VD.

Ainda que a maioria dos usuários estejam satisfeitos com a realização das VD, a falta de planejamento e sistematização pode apresentar implicações negativas. Quando realizada sem agendamento prévio, em horários inconvenientes que interferem no cotidiano dos moradores, como horário de preparação de alimentação, limpeza da casa, os usuários podem não se mostrar muito receptivos, familiares podem não

estar disponíveis ou não permitir a entrada da equipe no interior da residência (MAHMUD; MANO; LOPES, 2012; KEBIAN; ACIOLI, 2014; DRULLA et al., 2009; ABRAHÃO, 2011).

A dificuldade de acesso a certos pontos da comunidade como, ruas sem calçamento, que na vigência de chuva ficam intransitáveis, tem se mostrado como um importante obstáculo na perspectiva das equipes. Muitas vezes, é necessário esperar alguns dias para ter acesso novamente à área, ocasionando dias de trabalho sem realizar a VD (KEBIAN; ACIOLI, 2014).

Outro desafio posto às equipes relaciona-se ao aumento da violência nas vias públicas contra profissionais de saúde. Em algumas áreas, os relatos de assaltos, furtos, também estão mais frequentes, gerando medo e ansiedade aos profissionais. Diante disso, as equipes têm adotado medidas que visem diminuir estas situações, como orientar os profissionais a não portar relógios, celulares e andar sempre em dupla e identificados. Diante desta realidade, ações em parceria com a comunidade têm sido propostas, com intuito de proteger moradores e profissionais.

Ainda que a literatura venha evidenciando que a sobrecarga de tarefas na unidade de saúde consome grande parte do tempo de enfermeiros e ACS, dificultando a realização da VD (KEBIAN; ACIOLI, 2014), esta é vista como atividade prazerosa entre os profissionais de saúde, favorecendo ações de educação em saúde, busca ativa de pacientes que perderam o seguimento, possibilitando a realização de ações de educação em saúde, para moradores da área que não chegam até os serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na perspectiva da comunidade, a VD promove a integralidade do cuidado, permite a longitudinalidade da atenção, facilitando o acesso, principalmente para aqueles com limitações de acesso, diagnóstico e tratamento, minimizando a solidão, o sofrimento e o isolamento das pessoas (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

No que tange aos serviços, propicia a formação de vínculos, proporciona diagnósticos mais precisos, fornece atenção a pessoa e não somente para a doença, aproximando os sujeitos e estreitando as relações entre a unidade, o paciente e seus familiares.

Mas somente o profissional atento pode perceber as diferentes realidades de um território, andar pelas ruas e observar seu movimento, no domicí-

lio observar os medos e anseios, atentar para palavras não ditas e sentimentos que emergem, mantendo-se ético, sensível e empoderando os usuários como responsáveis e partícipes do processo saúde-doença.

Há diversas formas de casa e uma única forma de lar: aquele que abriga o descanso, o cansaço, o pensamento, a embriaguez, a raiva, a lembrança e o sonho de quem nele vive. Há indivíduos que têm uma casa e não têm um lar (MANO, 2009).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENJAMIN, A. E. Na historical perspective on home care policy. **The Milbank Quartely**, New York, v. 71, n. 1, p. 129-166, 1993.
- MAHMUD, S.J.; MANO, M.A.M.; LOPES, J.M.C. Abordagem comunitária: cuidado domiciliar. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. cap. 30, p. 255-264.
- DUARTE, Y.A.O; DIOGO, M.J.D. Atendimento Domiciliário: um enfoque gerontológico. In: _____ **Atendimento Domiciliar um enfoque gerontológico**. 1ª ed., São Paulo: Editora Atheneu, 2000. cap. 1, p.3-26.
- LOPES, J.M.C. (Org.) **Grupo Hospitalar Conceição: manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**. 1ª ed. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2003.49p.
- RODRIGUES, T.M.M.; ROCHA, S.S.; PEDROSA; J.I.S. Visita domiciliar como objeto de reflexão. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, v.4, n.3, p.44-47, 2011.
- WEISTLING, M. **O Médico da Cidade**. fotografia, color. Disponível em: <https://klimtbalan.files.wordpress.com/2013/11/morgan-weistling7.jpg>. Acesso em: 02 dez. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF, 2012.
- MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2297-2305, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. out. 2011. Seção 1,p.44.
- BARBOSA, D.C.M.; MATTOS, A.T.R.; CORRÊA, M.H.; FARIA, M.; RIBEIRO, L.C.; SANTOS, L.L.; FERREIRA, J.B.B.; FORSTER, A.C. Visita domiciliar sob a percepção dos usuários da estratégia saúde da família. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto,

v.49, n.4, p.360-366. 2016. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2016/vol49n4/DMT-Visita-domiciliar-sob-a-percepcao-dos-usuarios-da-ESF.pdf>. Acesso em 09 Nov. 2016.

- KEBIAN, L.V.A.; ACIOLI S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf**, Goiânia, v.16, n.1, p.161-9. jan/mar. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20260>>. Acesso em: 08 dez. 2015.
- MARASQUIN, H.G.; DUARTE, R.V.C.; PEREIRA, R.B.L.; MONEGO, E.T. Visita domiciliar: o olhar da comunidade da quadra 603 Norte. Palmas (TO). **Revista da UFG**, Goiânia, v.6, Dez. 2004. Número Especial. Disponível em: https://teste.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/H_visita.html. Acesso em: 09 Mai. 2017.
- CACCIA-BAVA, M.C.G.G. **As visitas domiciliares e a Atenção à Saúde da Comunidade**. 1ª ed. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2010. 4 p.
- MENDES, A.O.; OLIVEIRA, A.F. Visita domiciliares pela equipe de saúde da família: reflexão para um olhar ampliado do profissional. **Rev. Bras. Med. da Fam. e Com.**, Florianópolis, v.2, n.8, p. 254-60, Jan/Mar. 2007.
- MANO, M.A.M. Casa de família: uma reflexão poética sobre a visita domiciliar e a produção de conhecimento. **Rev APS**, Juiz de Fora, v.12, n.4, p. 459-67, 2009.
- DRULLA, A. G.; ALEXANDRE, A.M.C.; RUBEL, F.I.; MAZZA, V.A. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 2, p. 667-674, 2009.
- ABRAHÃO A.L. Atenção e cuidado em saúde no ambiente familiar: aspectos da visita domiciliar. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.14, n.4, p. 472-80, 2011.
- ALBUQUERQUE, A.B.B.; BOSI, M.L.M. Visita domiciliar no âmbito da estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.5, p.1103-12, 2009.

PARA SABER MAIS

- LOPES, O.W.; SAIPE, R.; MASSAROLLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Cienc. cuid. saúde**, Maringá, v.7, n.2, p. 241-7, 2008.
- MENDES, A.O.; OLIVEIRA, A.F. Visita domiciliares pela equipe de saúde da família: reflexão para um olhar ampliado do profissional. **Rev Bras Med da Fam e Com**, Florianópolis, v.2,n.8, p. 254-60, 2008.
- SAKATA, K.N.; ALMEIDA, M.C.P.; ALVARENGA, A.M.; CRACO, P.F.; PEREIRA, M.J.B. Concepções da equipe saúde da família sobre a visita domiciliares. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.60, n.6, p. 659-64, 2007.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Uma menina de 7 anos veio à unidade de saúde da família, trazida pela sua mãe, com história de prurido nasal e ocular, espirros em salva, rinorréia hialina, obstrução nasal, sem febre ou tosse. Apresentava ao exame físico hipertrofia de corneto, rinorréia hialina, mucosa pálida. Além disso, apresentava acentuação das linhas das pálpebras inferiores e escurecimento da pele abaixo dos olhos (dupla linha de Dennie-Morgan) e prega nasal horizontal. Peso e altura estavam adequados para a idade. Ausculta respiratória sem alterações. Mãe foi orientada a aplicar soro fisiológico nasal e profilaxia ambiental, de acordo com as diretrizes mais atuais no assunto, uma vez que a profilaxia ambiental resolve 70% dos casos de Rinite Alérgica (RA). Passado alguns dias, durante uma visita domiciliar na mesma microárea onde morava a família da paciente, a médica da unidade resolveu realizar uma VD para a família, junto ao agente comunitário de saúde.

Ao chegar ao domicílio, a mãe da paciente, um pouco sem graça os convida para entrar em sua pequena casa. A casa tinha 3 cômodos (uma sala onde também funcionava a cozinha, um banheiro e um quarto onde todos os 4 moradores dormiam).

A casa não tinha cortinas, não possuía janelas, nem tampouco tapetes, pois o chão da casa era de terra batida. O quarto onde todos dormiam, era um quarto pequeno, tinha mofo nos cantos, dada a ventilação inadequada.

A dona da casa, sem graça informou que estava fazendo o possível para “baixar a poeira”, mas a menina mantinha os sintomas de RA. Após a identificação do território, da realidade daquela família, um tratamento para a RA foi instituído, uma vez que a profilaxia ambiental não poderia ser feita.

A visita domiciliar propiciou aos profissionais, enxergar a realidade que a família vivia, fazer uma intervenção mais assertiva, baseada nas necessidades individuais daquela família.

Caso 2

O agente comunitário de saúde, ao realizar suas VD mensais, cadastrou uma família que está morando há 1 mês na área de abrangência da unidade de saúde. A família é composta por uma senhora de 57 anos e seu filho de 36

e sua nora de 28 anos. A casa tem 5 cômodos, energia elétrica, água filtrada e apresenta-se limpa e organizada. O filho informa que sua mãe teve um “derame” há cerca de 3 anos e ficou com dificuldades para andar e se comunicar, desde então ele e sua esposa tem ajudado nos cuidados com sua mãe. Ele pergunta ao ACS se seria possível uma VD da equipe para poder acompanhar sua mãe, uma vez que ele não dispõe de carro para levá-la até o serviço de saúde e mora em uma microárea de difícil acesso.

A ACS, durante a reunião semanal de discussão das famílias, apresenta a nova família cadastrada para a equipe, que após analisar a situação da família decide programar uma VD, do médico e dos profissionais da Residência Multiprofissional representados pela fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia.

No dia da VD a equipe foi recebida pelo filho da paciente que conta um pouco sobre a história da mãe. Refere que a mesma realiza suas atividades de vida diárias de maneira independente, mas que muitas vezes precisa de incentivo. Também informa que se necessário, ela realiza tarefas simples, como pegar um copo de água, ligar a televisão e se locomover pela casa. Relata ainda que a mãe fica a maior parte do tempo sentada e assistindo televisão, sem ter outras atividades de lazer.

Durante a avaliação da paciente, observa-se uma hemiparesia à direita, e a presença de órtese de membro inferior e superior direito para auxiliar no posicionamento dos membros. Com relação a funcionalidade, a paciente consegue sentar e levantar com independência e deambula com auxílio de uma bengala de quatro pontos.

Quanto as atividades comunicativas, a paciente balbucia, demonstra dificuldade na expressão e compreensão, com nível de atenção oscilante. Já fez acompanhamento prévio com fonoaudiologia, sem melhora do quadro.

Durante a realização da VD os profissionais de saúde puderam observar que em alguns momentos o filho se mostrava estressado e nervoso com sua mãe. Questionando a evolução do quadro e atribuindo esta “demora na recuperação a preguiça da mãe”. Os profissionais então notaram um esgotamento do cuidador e um desgaste nas relações familiares.

Diante do quadro, a equipe propôs um atendimento longitudinal, iniciando pela realização de exames laboratoriais para rastreamento de doenças e para auxiliar no controle das doenças crônicas e no manejo dos medicamentos. Além disso, checaram a situação vacinal da paciente e seu filho. No tocante a comunicação, optaram por investigar e acompanhar melhor o

quadro, e para auxiliar na comunicação os residentes da fonoaudiologia e terapia ocupacional sugeriram o desenvolvimento de uma prancha de comunicação, instrumento que auxilia a comunicação a partir de figuras números, letras, onde a paciente forma palavras, mostra as quantidades e demonstra o que quer através das figuras. A residente da fisioterapia, programou uma avaliação para ver a adequabilidade das órteses e iniciarão o seguimento em um Centro Integrado de Reabilitação.

E para além das orientações clínicas, a equipe propôs um seguimento clínico individual do filho, que como cuidador informal vem sofrendo momentos de stress, convidando para o “Grupo de Cuidadores” que existe na unidade de saúde. Outra atividade proposta foi auxiliar no desenho da Rede de Apoio Social para a família, levantando outros familiares e amigos que pudessem auxiliar no cuidado, além dos equipamentos sociais de apoio distribuídos na região que poderiam ser acionados.

A visita é um instrumento que vai além de uma consulta clínica, pois nela você pode observar o ambiente em que o paciente vive, fatores estressores, obstáculos que dificultam sua locomoção dentro do ambiente domiciliar. Também é possível observar a dinâmica familiar e sua influência no processo saúde-doença.

A visita enquanto estratégia de ação transdisciplinar entende a família como centro de suas intervenções que transcendem o olhar específico de cada área para colaborar para o empoderamento da família.

CAPÍTULO 8

Espiritualidade e Saúde

Maria Célia Mendes

Podemos iniciar este tema com um questionamento:

Por que este tema no ensino da Medicina?

O que você responderia, prezado aluno (ou leitor)?

Gostaria que você fizesse uma pausa antes de prosseguir a leitura e tentasse responder a pergunta...

Este tema tem o objetivo de levar o aluno a:

- Respeitar a Espiritualidade do paciente;
- Entender que pode utilizar a Espiritualidade do paciente para colaborar com o seu tratamento.

Portanto, não tem por finalidade o Proselitismo. A palavra Proselitismo provem de Prosélytus (do latim eclesiástico) e de προσήλυτος (do grego) e significa o empenho, intento ou ação de tentar converter uma ou várias pessoas a uma determinada religião, doutrina ou ideologia (Wikipédia, 2016).

Durante nossa formação nas escolas, com exceção dos colégios religiosos, quase nunca discutimos temas relacionados à Espiritualidade. Contrariamente, com muita frequência, ouvimos e discutimos os erros e absurdos que são cometidos no mundo em nome da Religião. É claro, que estes temas devem ser debatidos para criar em nós a visão crítica sobre os atos humanos. No entanto, observa-se que os bons atos e atitudes louváveis que os homens religiosos realizaram, são raramente mencionados. Assim, cria-se uma visão distorcida, porque não é permitido que os dois lados da notícia fossem conhecidos. Na Idade Média, os Mosteiros foram guardiães de todo conhecimento antigo, permitindo que tudo chegasse até a Idade Moderna. A Religião cristã incentivou e iniciou o ensino na maior parte dos países; fundou as primeiras faculdades no mundo ocidental e, ainda hoje no mundo todo, é responsável pelo maior número de instituições que cuida de excluídos.

- E Espiritualidade, como pode ser definida?

O sábio Platão já dizia: “A maior parte do que ignoramos é muito maior do que tudo que sabemos” e William Shakespeare, com a sua famosa frase em Hamlet: “Há mais mistério entre o céu e a terra do que sonha nossa vã

filosofia”, nos mostram como devemos ter uma visão aberta sobre todas as coisas. Agostinho, bispo e santo da Igreja católica vai mais longe e afirma: “Os milagres não acontecem em contradição com a natureza, mas apenas em contradição com o que conhecemos da natureza” (Rodvalho, 2013).

Caso 1

RLM nasceu no interior de Minas Gerais, em uma cidade muito pequena, há 55 anos. Sua mãe foi atendida por uma parteira que, quando viu uma malformação junto à inserção do cordão umbilical, pediu ao pai que fosse, rapidamente, buscar o doutor. Era quase meia noite, quando o médico chegou. Após examinar a criança, falou para os pais que ela necessitava de uma cirurgia e que a faria de manhã. Dr Napoleão, um médico generalista, muito respeitado na comunidade, cuidava da saúde de todos os membros daquela família. No momento em que saía da casa, retornou apressado e falou para o pai: Sr José, saiba que a cirurgia será muito delicada e será às 9 horas, portanto dará tempo para batizar a menina antes da cirurgia. Os pais chorando, olharam surpresos para ele, pois sabiam que Dr Napoleão era ateu.

(História verídica)

– Como você analisa a atitude desse médico?

O médico não tinha a mesma Fé que os pais da criança, mas teve uma atitude de respeito, porque percebeu que o Batismo da criança era importante para eles.

Espiritualidade X Religiosidade X Religião

Os termos Espiritualidade, Religiosidade, Religião, muitas vezes são usados como sinônimos, mas cada uma dessas palavras tem seu significado próprio. O mesmo acontece com Espiritualidade e Espiritismo, que alguns utilizam, erroneamente, com o mesmo sentido, embora Espiritismo, Religiosidade e Religião sejam formas de Espiritualidade.

Espiritualidade, segundo Boff (2009), é o modo de viver de uma pessoa que crer em um Ser superior e que luta para ter uma relação plena com o Transcendente. Vasconcelos (2006a) define Transcendência, como a busca e atração dos seres humanos pelo infinito, é a dimensão de abertura e força do ser humano tão limitado, de ir acima de seus limites, mesmo que para isto tenha que superar barreiras e proibições. Essa pessoa busca a experiência

da relação íntima com a dimensão transcendente, isto é, com a dimensão acima da vida normal que vivemos. Assim, Espiritualidade supõe a convicção de pessoas que acreditam não só na parte humana, mas na outra dimensão, na parte espiritual (Portes e Guimarães, 2012). É a busca de cada pessoa pelo sentido, sendo feita, unicamente, na dimensão do Espírito (Giovanetti, 2004). Para esses homens, Espírito é uma substância “não física”, como os sentimentos, os pensamentos, sendo deste modo o elã vital, que dá vida a todos nós, os humanos (Bergson, 1974).

A Espiritualidade pode, também, ser expressa de outras formas. Existem pessoas que expressam sua Espiritualidade através da Música, da Arte, da Palavra e da Meditação. Segundo Melo (2016), tudo que nos sensibiliza pode nos transcender, funcionando como um elevador, nos levando para cima. Ocasionalmente, podemos experimentar a Transcendência, porque ela não faz parte da nossa realidade do dia-a-dia. Assim, quando vivemos uma experiência que nos sensibiliza, por exemplo, uma cena bonita de um filme, um texto poético, a visão de um quadro harmonioso, uma obra bonita como uma catedral, uma música melodiosa, uma palavra do bem, recebemos um convite à Transcendência. Neste momento, os sentidos se aguçam, o ser humano é extrapolado de si mesmo e dá um passo, indo além de sua realidade mundana. Neste sentido, Transcendência é tudo aquilo que expulsa a pessoa para um contexto superior, embora seja naturalmente humano.

Pela Meditação, também, chega-se ao Transcendente. A busca pela dimensão do Ser interior é Espiritualidade, podendo conseguir assim, ver o mundo de uma forma diferente, com um olhar profundo sobre as coisas, inspirando a pessoa pela busca do novo (Teixeira, 2004). Meditar sobre uma construção pessoal, sobre uma atitude a ser tomada, sobre a maneira de ser e tentar se aprimorar para buscar o Ser total, também, é Espiritualidade (Paiva, 2004).

Já para outras pessoas, Espiritualidade é a integração com a Natureza e o Universo. Espiritualidade é o elo que faz as ligações da pessoa com ela mesma, com os outros, com a Natureza e para perceber estas ligações é necessário se esvaziar, se desprender do seu ego, para depois se tornar um modo de viver (Teixeira, 2004). Albert Einstein vivia a Espiritualidade, apontando para uma vivência cósmica, o que se pode perceber por suas palavras: “Sustento que o sentimento religioso cósmico é o mais forte e o mais nobre incitamento à pesquisa científica” (Crema, 2007). No entanto, observam-se nos últimos tempos, que os investimentos na matéria têm sido feito de forma unilateral. Os resultados da ciência são inegáveis, mas o progresso

a qualquer custo, também, trazem muitas consequências (Crema, 2007), pois existe um “mal estar” diante da materialidade do mundo (Paiva, 2004). Por outro lado, o investimento no mundo da subjetividade, na ética, na consciência, em suma, na essência tem sido mínimo (Crema, 2007) e pensar a vida com amor é Espiritualidade (Paiva, 2004).

Uma pessoa que se vê despertada para a dimensão espiritual não sente separada do outro, da comunidade, do Universo (Crema, 2007), pois é na vivência com o outro e em comunidade que se pode encontrar o sentido da busca pessoal (Giovanetti, 2004).

Espiritualidade X Religiosidade

A Espiritualidade como vimos acima, é um conceito amplo, enquanto Religiosidade é uma das expressões da Espiritualidade. A Religiosidade aceita a Transcendência como divina, assumindo que na alma humana habita um Ser sagrado (Portes e Guimarães, 2012).

Religiosidade não é sinônimo de Religião e nem todas as pessoas religiosas, obrigatoriamente, têm uma Religião. Atualmente, está sendo muito comum no mundo, encontrar pessoas religiosas, que acreditam na existência de Deus, mas que não são ligadas a nenhuma religião (Portes e Guimarães, 2012). Podemos dar dois exemplos marcantes, como a Espanha e Israel. A Espanha foi uma nação fortemente religiosa, com reis professando e defendendo o catolicismo com muito empenho e terra natal de muitos santos, que são exemplos para o mundo, como Tereza D’ Ávila, João da Cruz e Inácio de Loyola. Hoje, a maioria das igrejas espanholas se encontra vazia. Em Israel, povo formado em torno de uma Religião monoteísta, sofreu durante toda sua história pelo que acreditava, atualmente, vê muito de seus jovens não ligados a ela. Acreditam no Deus supremo, único, mas não querem ficar ligados à Religião. Por outro lado, estamos vendo na Rússia um movimento ao contrário, com muitos jovens procurando a Religião um lugar onde os pais foram criados longe da Fé.

Espiritualidade X Religião

Para muitas pessoas, a Espiritualidade é expressa através da Religião. A palavra Religião tem sua origem na palavra latina *reli gare*, que significa religar. É um laço de piedade que religa o homem a Deus, neste aspecto sendo

considerado o lado subjetivo da Religião (Libânio, 2004). É um conjunto de crenças no divino, no sagrado e no sobrenatural.

Pode-se dizer que a religião é a antessala da Espiritualidade (Melo, 2015). Pratica-se a Religião para através dela chegar à Espiritualidade, chegar à Transcendência.

A Religião é conhecida, também, como uma Organização institucional que possui uma doutrina e tem uma forma particular de participação religiosa (Vasconcelos, 2006a). É o lado objetivo da Religião, onde os membros cuidam das coisas que pertencem ao culto (Libânio, 2004). Nas últimas décadas, as estatísticas têm mostrado um aumento das Religiões (Libânio, 2002) e cada Religião forma uma comunidade onde as pessoas se sentem parte desse grupo. Isto acontece muito nas periferias das grandes cidades brasileiras, onde os migrantes de cidades menores, muitas vezes sem parentes por perto, começam a participar de igrejas, principalmente, evangélicas e, a partir daí, não mais se sentem sós.

- A Espiritualidade e a Ciência são incompatíveis?

A Religião cristã, nos séculos XV e XVI, tentou impedir que a Ciência progredisse, agindo com severidade e cometendo até atos atroz, podendo-se dizer que foi a grande inquisidora. Atualmente, ocorre o contrário. A Ciência, materialista, que nega a existência de Deus e o declara supérfluo, tornou-se agora a grande crítica das Religiões e, também, da Espiritualidade (Goswami, 2011). Assim, aqueles que se declaram crentes são, muitas vezes, ridicularizados, passando por constrangimentos no meio científico, como narra Francis Collins, em seu livro *A linguagem de Deus* (Collins, 2007).

Nos Estados Unidos (EUA), no lançamento da nave Apollo 8, ocorreu um episódio que demonstra muito bem isto. Os três astronautas, Frank Borman, William Anders, James Lovell, após enviarem fotos da Terra e da Lua, leram os primeiros versículos do capítulo 1 do livro Gênesis na Bíblia. Houve muita manifestação contra esse ato pelas academias científicas e a NASA foi processada por uma ativista ateia, chamada Madalyn Murray O'Hair. O processo foi rejeitado nos Tribunais americanos, mas a partir daí, a NASA orientou que os tripulantes dos voos não fizessem mais nenhuma manifestação religiosa (Goswami, 2011).

Mais recentemente, tem havido no meio científico, um movimento a favor da Espiritualidade. Segundo Goswami (2011), "A Ciência descobriu a

Espiritualidade...”. Amit Goswami um indiano, físico e professor de Física Teórica na Universidade de Oregon, afirma que existe hoje, baseada na Física Quântica e na supremacia da Consciência, uma teoria científica sobre Deus e Espiritualidade (Rodvalho, 2013).

No Brasil, Robson L. Rodvalho, um físico formado na Universidade Federal de Goiás, tem discutido as questões sobre Fé e Ciência. Ele afirma que os crentes não devem renunciar ao pensamento científico por causa da Fé, mas devem contribuir com a Academia, pesquisando respostas científicas, que sejam coerentes, sobre Fé e Espiritualidade. Em 2013, lançou um livro denominado “Ciência e Fé: o Reencontro pela Física Quântica”, cujo objetivo é mostrar que a Ciência, a Fé e a Espiritualidade podem caminhar juntas. No momento atual, julga que é prudente estar aberto às discussões e em uma posição de moderação. Em sua opinião, os conflitos podem ser evitados, se a arrogância for controlada de ambos os lados (Rodvalho, 2013). Rodvalho, também, é fundador de uma Comunidade evangélica e se tornou bispo.

Muitas organizações de saúde, reconhecidas em todo o mundo, têm valorizado as questões de Espiritualidade na Medicina. A mais famosa delas, a OMS, e outras como o American College of Physicians e o Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, nos EUA, têm estimulado bastante. Associações de médicos no Reino Unido como Royal College of Psychiatrists e associações americanas, como American Psychological Association e a World Psychiatric Association possuem grupos que discutem e realizam pesquisas sobre os temas Espiritualidade, Religiosidade e Religião (Moreira-Almeida, 2010).

Espiritualidade X Saúde

Frequentemente, pessoas afirmam, com convicção, que foram curadas após receber orações. Não são raros os casos de doentes que, pelo olhar da Medicina, teriam pouco tempo de vida, contrariamente, persistem e continuam a viver.

- O que acontece nestes casos?
- Oração tem o poder de curar?

Ainda não se sabe, exatamente, como a Espiritualidade afeta a saúde. Koenig (2012) relata que na opinião de vários especialistas, a Espiritualidade

pode trazer benefícios à saúde. As citações mais frequentes são que a esperança e a expectativa de melhora podem interferir no sistema imunológico; a meditação reduz a tensão muscular e pode diminuir a frequência cardíaca e os vínculos sociais, tão importantes para uma vida saudável, podem ser estabelecidos graças à vida espiritual. Koenig e Larson (2001), defendem que as crenças e práticas religiosas podem levar uma a maior satisfação com a vida, felicidade e afeto.



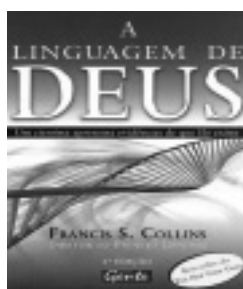
Harold G. Koenig, um psiquiatra americano, Professor Associado da Universidade de Duke em Durham, na Carolina do Norte, EUA, já publicou 40 livros e 300 artigos sobre Ciência e Espiritualidade.

Em entrevista fornecida à Revista Veja, em 2012, ele afirma que a Religiosidade aumenta a sobrevida em torno de 35%. Segundo ele, a Religiosidade influencia na saúde, devido ao significado que essas crenças atribuem à vida e na redução do o estresse. Essas pessoas contam com o apoio social na convivência com outras com a mesma crença, recebendo suporte emocional e, muitas vezes, financeiro. Além disso, adotam hábitos saudáveis, estimulados pelo seguimento aos mandamentos religiosos e pela vida em comunidade.



Larrey Dossey é outro médico americano, que tem dedicado ao estudo deste tema. Já publicou vários livros intitulados: As palavras curam, Reencontro com a alma e espaço, Tempo e Medicina e Rezar é um santo remédio.

Neste último livro, ele fez uma dedicatória aos profissionais de saúde que têm **a coragem** de levar a oração ao seu ambiente de trabalho (Dossey, 1999).



Francis S. Collins é um biólogo, geneticista americano, diretor do Projeto Genoma (já foi citado anteriormente neste texto).

O Projeto Genoma foi uma pesquisa patrocinada pelo governo americano com o objetivo de mapear o DNA humano, iniciada em 2001. Collins veio ao Brasil e deu uma entrevista na revista *Veja* em 2007. Segundo ele, a Ciência e a Religião não são incompatíveis e que a humanidade precisa das duas. Quando questionado sobre acreditar, ao mesmo tempo, em Deus e nas teorias de Darwin, respondeu afirmativamente. Não informou qual Religião segue, mas parece ser cristão católico, pois além de acreditar na Ressurreição e em milagres, acredita, também, na Virgem Maria (*Revista Veja*, 2007).

No Brasil, duas pessoas que têm trabalhado com o tema Espiritualidade e Saúde são os médicos Eymard Mourão Vasconcelos e Roque Marcos Savioli. Eymard Vasconcelos graduou-se em Medicina e fez Residência em Medicina Interna na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especializou-se em Saúde Pública na Universidade Federal da Paraíba (UFPB),

Mestrado em Educação e Doutorado em Medicina Tropical na UFMG e Pós-Doutorado na FIOCRUZ. Em 1978, tornou-se docente do Departamento de Promoção da Saúde da UFPB. Posteriormente, iniciou a pesquisa sobre Espiritualidade na Rede de Estudos sobre Espiritualidade no Trabalho em Saúde e na Educação Popular. É autor dos livros: A Medicina e o pobre, Educação Popular nos Serviços de Saúde, Novas configurações em movimentos sociais, Perplexidade na universidade; vivências nos cursos de saúde, Educação popular e a atenção à saúde da família, A saúde através da palavra e do gesto e Espiritualidade no trabalho em saúde. Neste último livro, relata que ao entrar no curso de Medicina pensava em ser pesquisador e trabalhar em laboratório. No estágio no Departamento de Fisiologia da UFMG, um conceituado centro de pesquisa, se decepcionou e pensou em abandonar o curso no 3º ano. Procurou ajuda de uma psicóloga da Universidade e, em seguida, participou, nas férias, da I Semana de Saúde Comunitária, organizada pelo Centro Acadêmico. O estágio foi em Postos de Saúde no vale do Jequitinhonha em Minas Gerais. O estágio com duração de duas semanas foi uma experiência tão marcante que o fez retornar ao curso e como ele diz: “Meu curso de Medicina ficou colorido”. Formado, foi trabalhar com Saúde Comunitária na Paraíba e, através deste trabalho, descobriu o caminho para seu Cristianismo atual (Vasconcelos, 2006b).



Savioli é paulista, formou na Faculdade de Ciências Médica em Santos, especializou-se em Cardiologia, fez doutorado na Faculdade de Medicina da USP de São Paulo (FMUSP) e, atualmente, é Diretor da Unidade de Saúde Suplementar no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP. Já escreveu vários livros sobre tema, como Milagres que a medicina não contou, Depressão – Onde está Deus?, Curando corações, Um coração saudável, Fronteiras da Ciência e da Fé, La guérison des trois coeurs e Médico, graças a Deus.



Na opinião de Roque Savioli, até pouco tempo os médicos acreditavam que a Religião tinha pouca ou nenhuma importância para a saúde do indivíduo, mas as pesquisas têm mudando este ponto de vista e estão trazendo este assunto para dentro dos consultórios médicos. Além disto, temas, que valorizam o homem como um ser integral, têm sido incluídos nos cursos, das mais conceituadas escolas de Medicina. Deste modo, pretendem entregar à sociedade, médicos que, além de dominar todas as tecnologias avançadas, terão, também, um olhar para as condições sociais, psicológicas e **espirituais** de seus pacientes (Savioli, 2006).

De fato, mudanças no conteúdo dos cursos médicos são necessárias. Além disso, vários conceitos estão sendo revistos, como por exemplo, “O HOMEM é um ser Bio-Psico-Social”, sendo mudado para “O HOMEM é um ser Bio-Psico-Social-**Espiritual**”, sendo essa dimensão espiritual introduzida pela Organização Mundial da Saúde em 1988 (Oliveira e Junges, 2012). No Brasil, várias Escolas de Medicina estão incluindo este tema nos seus cursos, embora seja, ainda, uma atitude muito tímida. Além disso, grupos de pesquisas têm sido formados em várias faculdades, como na FMUSP de São Paulo, na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP, a primeira pesquisa nesta área foi, recentemente, iniciada no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia.

Espiritualidade X Graduação Médica

Nos EUA, há um número crescente de Escolas Médicas que oferecem conteúdo teórico sobre Espiritualidade, sendo 17 em 1994, 39 em 1998 e 84 em 2004 de um total de 126 escolas. A metodologia empregada, entre o 1º e 3º ano do curso, consta de palestras, leituras, pequenos grupos de discussão, entrevistas padronizadas com os pacientes e plantão, junto com

capelão, com duração total de 6 horas. Existem faculdades em que o currículo foca, especificamente, em Espiritualidade e Medicina, outras incluem componentes adicionais, como Cuidados no final da vida e Competência cultural, enquanto em outras o ensino tem um enfoque humanístico com a Espiritualidade sendo um tópico (Fortin e Barnett, 2004). No Reino Unido, em 2008 eram 32 Escolas Médicas e o ensino da Espiritualidade fazia parte do currículo de várias delas, sendo, obrigatório ou opcional e em algumas, o tema estava incluído em Medicina complementar e alternativa. Nesta época, não se observava homogeneidade no ensino deste tema entre as Escolas Médicas, tanto quanto o conteúdo, a forma, a quantidade, quanto o tipo de *staff* que ensinava (Neely e Minford, 2008).

No Brasil, existem várias Faculdades de Medicina que têm incluído este tema em discussões com seus alunos. Na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP este tema faz parte da disciplina Assistência a Saúde da Comunidade I (ASC I) desde 2008, quando a disciplina foi instituída. No curso de Medicina da Universidade de Taubaté, a disciplina “Medicina e Espiritualidade” é oferecida, de forma optativa, desde 2011 e tornou-se obrigatória a partir de 2016 (<http://guiataubate.com.br/noticias/2017/03/disciplina-do-curso-de-medicina-da-unitau-e-pioneira-no-pais>).

Espiritualidade X Residência Médica

Na residência médica, esse tema, também, tem sido incorporado. Na residência médica de Psiquiatria do Canadá, alguns serviços introduziram palestras obrigatórias sobre a interface Religião, Espiritualidade e Psiquiatria. Muitos serviços adotavam a estratégia de orientação eletiva baseada em casos clínicos, enquanto outros não forneciam um treinamento formal. A conclusão do trabalho foi que inclusão desse tema na residência médica é necessária, para que os residentes estejam preparados para cuidar das questões religiosas e espirituais na prática clínica (Grabovac e Ganesan, 2003).

Nos EUA, a partir do momento que começou a discutir o papel da Espiritualidade no cuidado clínico, procurou-se introduzir esse tema na residência médica de Saúde da Família. Em 2005, 31% dos programas já tinham em seu currículo orientações sobre Espiritualidade e Educação em saúde, com média de 6 horas de curso. A presença de docentes com interesse pelo assunto e professores com formação e experiência em Espiritualidade e Educação em Saúde foram fatores preponderantes para que esse tema constasse no cur-

rículo. A atuação desses profissionais foi percebida em 84% dos programas que apresentavam currículo estruturado (King e Crisp, 2005).

Espiritualidade X Pesquisas

As pesquisas na área de Espiritualidade e Saúde são vastas e aqui apresentamos os resultados de algumas. Neste trabalho discute-se a necessidade de apoio espiritual aos doentes, porque se sabe que a Espiritualidade é um aspecto fundamental para o seu bem estar dos pacientes. Esse trabalho foi realizado na Unidade de Oncologia Pediátrica do Istituto Nazionale Tumori em Milão, na Itália e foi denominado Projeto Juventude. Nele, um capelão, diariamente, visitava a enfermaria, o ambulatório, o hospitalidade e participava de reuniões com a equipe de psicólogos e, quinzenalmente, assistia as reuniões dos médicos e/ou enfermeiros. Os casos de pacientes encaminhados para a Assistência espiritual foram analisados e comparados com os aqueles encaminhados para a Psicologia. Na análise dos dados, observou-se que a consulta psicológica foi solicitada em 84% dos pacientes e suas famílias, sendo necessário um apoio adicional para 45% dos adolescentes e 23% das crianças. A Assistência espiritual foi solicitada por 24% da amostra, correspondendo a 20 adolescentes e duas crianças. Assim, concluiu-se que esses pacientes necessitavam de apoio espiritual, que os ajudava na batalha contra a doença e que o apoio espiritual no cuidado do adolescente com câncer deve ser assegurado pela presença constante do capelão no serviço além disso, as razões pelos quais os pacientes e pais pediram Assistência espiritual se sobrepõem, apenas parcialmente, aos motivos solicitados para consulta no Psicólogo (Proserpio et al, 2014).

Em outro trabalho, os autores estudaram o efeito da Ativação espiritual sobre a variabilidade da frequência cardíaca e as respostas das Citocinas pró-inflamatórias em idosos portadores de doenças crônicas. Para isto, 33 idosos (idade 87 ± 8 anos) com doença cardiovascular (DCV), doença cerebrovascular (AVC) e/ou doença pulmonar (DP), denominado Grupo CL, que participaram, semanalmente, de sermões ministrados pelo capelão, com duração de 30 minutos por mais de 20 meses. Foram comparados com 26 indivíduos (idade 85 ± 10 anos), denominado Grupo não-CL, que não participaram das mesmas atividades. Os pacientes foram submetidos a ECG Holter durante os procedimentos e analisados os níveis plasmáticos das Interleucinas 10 e 6 (IL-10/IL-6). Os resultados encontrados foram que no Grupo CL, a Frequência

Cardíaca e a Variabilidade da frequência cardíaca foram maiores; as relações entre os níveis de IL-10/IL-6 mais elevadas e taxas de hospitalização por DCV e/ou DP foram menores. Com isto concluíram que, a Ativação espiritual pode ser útil para a saúde de indivíduos muito idosos, pois pode modificar as Citocinas pró-inflamatórias e suprimir DVC, AVC e/ou DP através de modificações vagais (Kurita et al, 2011).

A Avaliação espiritual é o primeiro passo prático para incorporar as considerações do paciente sobre Espiritualidade na prática médica. Muitas pessoas acreditam que a Espiritualidade tem influência sobre o resultado de seu tratamento e gostariam que seus médicos respeitassem suas crenças (Anandarajah e Hight, 2001). No entanto, geralmente, os médicos não abordam esse assunto, devido à falta de tempo, falta de experiência, dificuldade em identificar os pacientes que desejam conversar sobre isso e a crença que as preocupações espirituais do doente não são responsabilidade do médico (Saguil e Phelps, 2012)

Têm sido objetos de várias pesquisas, algumas ferramentas formais, como FICA, Perguntas HOPE e Open Invite, que são meios eficientes para conhecer a Espiritualidade dos pacientes. Após identificação das necessidades espirituais, o médico pode incorporar os resultados da avaliação no cuidado do paciente. A Avaliação espiritual permite aos médicos dar apoio aos pacientes, ouvindo-o com empatia; documentar preferências espirituais para futuras visitas; incorporar os preceitos religiosos dos pacientes nos planos do tratamento e encorajá-los a usar os recursos de suas tradições espirituais e da comunidade para o seu bem estar. Assim, a Avaliação espiritual pode ajudar no fortalecimento das relações médico-paciente e oferecer oportunidades para renovação pessoal, resiliência e crescimento (Saguil & Phelps, 2012).

Caso 2

A equipe da USF Dr Oswaldo Siqueira, do bairro Jaraguá, sabia que havia várias pessoas da sua área de abrangência, portadoras de doenças crônicas, estavam internadas no Hospital Estadual local, localizado a 100 metros da referida USF. Na reunião de equipe, o ACS Cícero relatou que recebeu uma informação sobre alguns doentes pertencentes à USF e que estavam internados no hospital, estavam queixando-se de muita solidão e solicitavam orações. Como a comunidade não possuía Pastoral da Saúde, a equipe discutiu e resolveu convidar os membros da comunidade para propor uma solução.

Apareceram pessoas de várias religiões que se propuseram a ajudar e formaram o grupo “Sorriso”.

Na primeira reunião do grupo Sorriso com a equipe da USF foram discutidas algumas questões práticas sobre a Assistência espiritual que seria oferecida, como: 1) A direção do Hospital aceitaria essa assistência? 2) Em que local seria feita esse atendimento? 3) Quem deveria dialogar com a direção do Hospital? 4) Como seria feita a formação básica dos membros do grupo? 5) Que temas deveriam ser abordados para o treinamento básico dos membros do grupo?

Foram formados então dois sub-grupos, onde o primeiro seria responsável para resolver a questão com o Hospital e o segundo seria responsável pela formação teórica do grupo.

– Responda as duas questões abaixo:

a) A Assistência espiritual e/ou religiosa em instituições de saúde é permitida?

b) Para uma pessoa iniciar a Assistência espiritual e/ou religiosa em uma instituição de saúde, que conteúdo teórico básico ela deve conhecer?

Respostas

a) A Assistência Religiosa é permitida nos hospitais e existem Leis e Decretos que a regulamenta. No Estado de São Paulo, o Decreto N°44.395, de 10 de novembro de 1999, regulamentou a prestação de Assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva de que trata a Lei n°10.066, de 21 de julho de 1998.

“MÁRIO COVAS, Governador do Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais, decreta:

Artigo 1°- A prestação de assistência religiosa, nos hospitais da rede pública e privada, manicômios e estabelecimentos penitenciários do Estado, é garantida aos representantes de todas as crenças, atendidos os requisitos previstos neste regulamento”.

No documento acima se encontram as orientações para a prestação religiosa e aqui descrevemos algumas: 1) A prática de culto envolvendo cerimônias coletivas somente será realizada em local apropriado nos hospitais e estabelecimentos penais; 2) Em situações urgentes, a assistência religiosa poderá ser prestada fora dos horários normais de visita; 3) A atuação religiosa não poderá implicar em ônus para os cofres públicos, etc.

ESPAÇO DE ORAÇÃO	
Horário de funcionamento: das 8 às 22 horas, diariamente.	
CULTOS, PALESTRAS E REUNIÕES	
SEGUNDA-FEIRA	
9h	Culto de Oração
12h	Palestra Espírita
TERÇA-FEIRA	
8h	Missa dos Enfermos
18h	Culto de Oração
QUARTA-FEIRA	
19h	Momento do Reflexão
19h	Culto de Oração
QUINTA-FEIRA	
12h	Adoração ao Santíssimo
12h30	Missa
14h	Momento do Reflexão
18h	Culto de Oração
19h	Momento do Reflexão
SEXTA-FEIRA	
12h	Missa
12h30	Culto de Oração
18h	Culto Evangélico
SÁBADO	
8h	Culto de Oração
18h	Culto de Oração
DOMINGO	
19h	Culto de Oração

IMPORTANTE!
 • Pedimos aos visitantes para que o período das atividades não ultrapasse 30 minutos.
 Informações: Sala 1 2107 no Marfoc 1130

Cartaz na Capela do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto - SP

No Brasil, existem hospitais que possuem um espaço reservado para as atividades religiosas. No Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto foi fixado um cartaz com os horários das atividades religiosas, como mostrado ao lado.

b) Para uma pessoa iniciar a Assistência espiritual e/ou religiosa, o conteúdo teórico básico que ela deve conhecer é sobre Biossegurança e Recomendações Éticas, que orientam o seu comportamento na instituição de saúde. As recomendações de Biossegurança são importantes para a proteção do doente, da família e do mensageiro. A roupa deve obedecer aos critérios de proteção, ser discreta, ser apropriada para o local e não deve chamar a atenção. As calças devem ser compridas e os sapatos fechados. O jaleco ou avental deve ser utilizado apenas durante a visita e lavado a cada uso, para evitar que seja meio de transmissão de doenças, tanto para o doente quanto para a comunidade. A carteira de vacinação deve estar atualizada e as mãos devem ser lavadas ao chegar e ao sair do hospital e sempre que entrar em contato com o doente. A visita à instituição de saúde não deve ser realizada, caso o mensageiro esteja doente ou se teve contato recente com pessoa com doença contagiosa, como meningite, pneumonia.

Quanto às Recomendações Éticas relacionadas ao ambiente e a equipe profissional, o mensageiro deve seguir, na íntegra, as normas da instituição, apresentar suas referências na entrada, manter as posturas e regras recomendadas durante sua permanência no hospital. Deve respeitar o horário, o dia e o número de mensageiros pré-estabelecidos para a visita. Não criticar ou questionar as normas da instituição, o diagnóstico e o tratamento médico. Com relação ao

doente, deve-se respeitar a idade real do doente e não utilizar fala infantilizada. Não fazer promessas de cura através de orações, unção, amuletos, etc, que possam desestimular o doente a cumprir as prescrições médicas. Se o paciente estiver em quarto comunitário, cumprimentar todos os enfermos, mas se concentrar naquele que solicitou o apoio espiritual. Com relação à família, não se deve tomar decisões pela família ou pelo doente, não passar informações sobre estado de saúde do doente para os familiares e, se a família necessitar, pode-se dar apoio espiritual a ela também. (Rede de apoio Espiritual de Ribeirão Preto, 2016)

O documento completo, sobre as Leis e Decretos da Assistência Religiosa, Recomendações Éticas e Biossegurança, pode ser encontrado no site da Rede de Apoio Espiritual de Ribeirão Preto (2016). Este grupo, formado por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, outros profissionais de saúde, padre, pastores e pessoas da comunidade, se propõe a dar apoio espiritual às pessoas internadas nos hospitais de Ribeirão Preto, no Estado de São Paulo.



Rede de Apoio Espiritual de Ribeirão Preto, São Paulo

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hoje em várias Escolas Médicas, em todo o mundo, existe uma grande preocupação com o ensino mais humanizado e conhecer e respeitar a espiritualidade do paciente é um ponto fundamental neste caminho.

É importante saber que Espiritualidade, Religião e Religiosidade não são sinônimos, mas que a Religião e Religiosidade são formas de Espiritualidade. Assim, Espiritualidade é uma visão mais ampla de ver a vida, que enfoca a

relação da pessoa com um Ser Supremo, mas que pode ser também expressada através da Música, da Arte, da Palavra, da Meditação e na integração da pessoa com a Natureza e o Universo.

Para finalizar é importante ressaltar que para iniciar uma atividade de Assistência espiritual e/ou religiosa é necessário que o profissional de saúde tenha um embasamento teórico sobre as Leis e Decretos que regulamentam esta prática e as Recomendações Éticas e de Biossegurança que orientam o seu comportamento na instituição de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Wikipédia, a enciclopédia livre. <https://pt.wikipedia.org/>
- Rodvalho RL. Ciência e Fé: O Reencontro pela Física Quântica. Rio de Janeiro: Leya, 2013.
- Boff L. Tempo de transcendência: o ser humano como um projeto infinito. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2009.
- Vasconcelos EM. A Espiritualidade no trabalho em Saúde. São Paulo: Hucitec; 2006a.
- Portes LH, Guimarães MBL. Espiritualidade, religiosidade e religião e as políticas públicas de saúde em relação ao tabagismo. Rev APS 15(1): 101-12, 2012.
- Giovanetti JP. Palestra proferida no V Seminário de Psicologia e Senso Religioso: Religião e Espiritualidade, na PUC-Campinas, 2004. In: Portes LH, Guimarães MBL. Espiritualidade, religiosidade e religião e as políticas públicas de saúde em relação ao tabagismo. Rev APS 15(1): 101-12, 2012.
- Bergson H. Introdução à metafísica. In: Os Pensadores. São Paulo: Editora Abril Cultural, 1974.
- Melo FJS. Deus nos quer transcendentos. Palestra proferida no Encontro de Pentecostes em Jerusalém, em 15/05/2016. <https://www.youtube.com/watch?v=qxX2y80lecg>
- Teixeira F. Palestra proferida no V Seminário de Psicologia e Senso Religioso: Religião e Espiritualidade, na PUC-Campinas, 2004. In: Portes LH, Guimarães MBL. Espiritualidade, religiosidade e religião e as políticas públicas de saúde em relação ao tabagismo. Rev APS 15(1): 101-12, 2012.
- Paiva GJ. Palestra proferida no V Seminário de Psicologia e Senso Religioso: Religião e Espiritualidade, na PUC-Campinas, 2004. In: Portes LH, Guimarães MBL. Espiritualidade, religiosidade e religião e as políticas públicas de saúde em relação ao tabagismo. Rev APS 15(1): 101-12, 2012.
- Crema R. Gaian Institute, Brasil. <http://gaian.zip.net>
- Libânio JB. Fé Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2004.
- Libânio JB. A Religião no início do milênio. São Paulo: Edições Loyola, 2002.
- Goswami A. A Física da alma. 2011. In: Rodvalho, RL. Ciência e Fé: O Reencontro pela Física Quântica. Rio de Janeiro: Editora Leya, 2013.
- Collins FS. A linguagem de Deus. São Paulo: Editora Gente, 2007.
- Moreira-Almeida A. O crescente impacto das publicações em espiritualidade e saúde e o papel da Revista de Psiquiatria Clínica. Rev Psiq Clín 37(2):41-2, 2010.

- Koenig HG. Medicina, Religião e Saúde. O encontro da Ciência e da Espiritualidade. Porto Alegre; L&PM Editores, 2012.
- Koenig HG, Larson DB. Religion and mental health: evidence for an association. *Int Rev Psychiatry* 13: 67–78, 2001.
- Revista Veja. Um poder invisível da fé. Entrevista concedida por Harold G. Koenig em 10/10/2012.
- Dossey L. Rezar é um Santo Remédio. São Paulo: Editora Cultrix Ltda, 1999.
- Melo FJS. Deus no esconderijo do verso (Ao vivo) - DVD. DVD, Sony Music, gravação realizada no Rio de Janeiro, em 24/11/2015.
- Vasconcelos EM. O encontro do grande amor de minha vida. In: Vasconcelos EM, Frola LH, Simon E (Organizadores). Perplexidade na Universidade-Vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Editora Hucitec, p 92-6, 2006b.
- Revista Veja. Ciência não exclui Deus. Entrevista concedida por Francis Collins em 24/01/2007.
- Savioli RM. Fronteiras da Ciência e da Fé. São Paulo: Editora Gaia Ltda, 2009.
- Oliveira MR, Junges JR. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia* 17(3): 469-76, 2012.
- Fortin AH, Barnett KG. Medical school curricula in spirituality and medicine. *JAMA* 291(23):2883, 2004.
- Neely D, Minford EJ. Current status of teaching on Spirituality in UK medical Schools. *Medical Education* 42: 176–82, 2008.
- Disciplina do curso de Medicina da Unitaú é pioneira no país. <http://guiataubate.com.br/noticias/2017/03/disciplina-do-curso-de-medicina-da-unitau-e-pioneira-no-pais>.
- Grabovac AD, Ganesan S. Spirituality and religion in Canadian psychiatric residency trainin. *Can J Psychiatry* 48(3):171-5, 2003.
- King DE, Crisp J. Spirituality and health care education in family medicine residency programs. *Fam Med* 37(6):399-403, 2005.
- Kurita A, Takase B, Shinagawa N, Kodani E, Okada K, Iwahara S, Kusama Y, Atarashi H. Spiritual activation in very elderly individuals assessed as heart rate variability and plasma IL-10 / IL-6 ratios. *Int Heart J* 52(5):299-303, 2011.
- Proserpio T, Ferrari A, Veneroni L, Giacon B, Massimino M, Clerici CA. Spiritual aspects of care for adolescents with cancer. *Tumori* 100(4):130-5, 2014.
- Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician* 63(1):81-9, 2001.
- Saguil A, Phelps K. The spiritual assessment. *Am Fam Physician* 86(6):546-50, 2012.
- Rede de Apoio Espiritual de Ribeirão Preto, São Paulo, 2016. <http://redeapoioespiritualrp.blogspot.com.br/p/rede-de-apoio.html>

PARA SABER MAIS

Autor: Dr Harold G. Koenig

Livro: Medicina, Religião e Saúde. Editora L&PM

Autor: Alexandre Andrade Martins

Livro: É importante a Espiritualidade no mundo da Saúde? Editora Paulus

Autor: Dr Roque Marcos Savioli

Livro: Fronteiras da Ciência e da Fé. Editora Gaia

Livro: Milagres que a Medicina não contou. Editora Ágape

Autor: Dr Eymard Mourão Vasconcelos

Livro: A Espiritualidade no trabalho em Saúde. Editora Hicitec

Autor: Leonardo Boff

Livro: Ecologia Ciência Espiritualidade. Editora Mardeideias

Livro: O cuidado necessário. Editora Vozes

CAPÍTULO 9

Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças

*Renata Moreira Serra
Luciane Loures dos Santos
Amaury Lellis Dal Fabbro
Afonso Dinis Costa Passos*

OS CONCEITOS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Em visita domiciliar, uma médica e uma enfermeira realizam o Genograma (ferramenta de análise familiar, a partir de genealogia e patologias). Constatam que, além do paciente idoso que visitavam, outros cinco de seus irmãos apresentavam diabetes tipo II. Ao ser questionado sobre diagnósticos e motivos de falecimentos dos seus pais, o paciente responde: “Naquele tempo, não se fazia exame. Morreram de morte morrida. Nunca se soube do quê”.

Observa-se uma situação em que pessoas seguiram seu curso de vida sob impactos desconhecidos do processo de saúde, adoecimento e morte. Acima do ato sublime de alcançar a cura de doenças, que inspira a maioria dos médicos desde sua escolha profissional, a maior parte dos pacientes, se questionados, desejariam jamais contrair a doença para ter que curá-la (FLETCHER; FLETCHER, 2015). Na experiência clínica, frequentemente os profissionais se deparam com questionamentos, como: “Quanto que eu devo me exercitar por dia?”; “ Vi na televisão ontem que hipertensão pode matar. Quanto devo reduzir de sal? ”; “Essa mancha na pele está estranha. Será que é câncer? ”. O ato de prevenir, pautado em conhecimentos amplos e extremamente dinâmicos, desafia a decisão médica, conjuntamente a seus pacientes, de optar por condutas mais apropriadas, no sentido maior de resguardar a vida (FLETCHER; FLETCHER, 2015).

O conceito de Promoção da Saúde traz um aspecto positivo, de aprimorar continuamente a saúde humana agindo sobre seus determinantes. Fatores associados a uma vida saudável, como boa alimentação e atividades físicas podem ser exemplos de como melhorar a saúde. O conceito de Prevenção de Doenças, por outro lado, implica em evitar o mal, afastando-se suas causas ou recorrendo-se a medidas protetoras específicas, como vacinas. O resultado a ser alcançado é evitar o sofrimento causado pelas doenças e suas consequências. Os conceitos de promoção da saúde e prevenção de doenças representam visões complementares no sentido de buscar uma saúde melhor.

Prevenção de doença significa evitar o desenvolvimento do estado patológico, incluindo medidas que limitam o surgimento e a progressão da doença e desencadeiam impacto na redução da mortalidade ou morbidade

populacional (BRASIL, 2010). O ato de prevenção é passível de ser realizado em diversos momentos do processo saúde-doença, sendo que a classificação do processo mórbido no Homem é principalmente dividida em dois períodos: pré-patogênico (antes do indivíduo adoecer) e patogênico (curso da doença no homem) (**Tabela 1**) (LAPREGA, 2011). A doença também pode ser classificada como precoce, avançada ou convalescença e pode culminar em cura, estado crônico, invalidez ou morte (LAPREGA, 2011). Para cada um desses estágios de temporalidade ou impacto de progressão patológica (**Figura 1**), ações que interceptem o curso natural podem ser pactuadas, a partir da prevenção primordial e mais quatro níveis de prevenção, que serão abordados a seguir:

Período pré-patogênico		Período patogênico		
Interação agente-hospedeiro-meio ambiente		Alterações precoces	Primeiros sinais e sintomas	Primeiros sinais e sintomas → Convalescença
Promoção da saúde	Proteção específica	Diagnóstico e tratamento precoces	Limitação do dano	Reabilitação
Prevenção primordial e Prevenção primária		Prevenção secundária	Prevenção terciária	
Prevenção Quaternária Estende-se por todo o período pré patogênico e patogênico				
Níveis de Aplicação de medidas preventivas				

Tabela 1 - História Natural e Níveis de Prevenção. Adaptada de LAPREGA (2011).

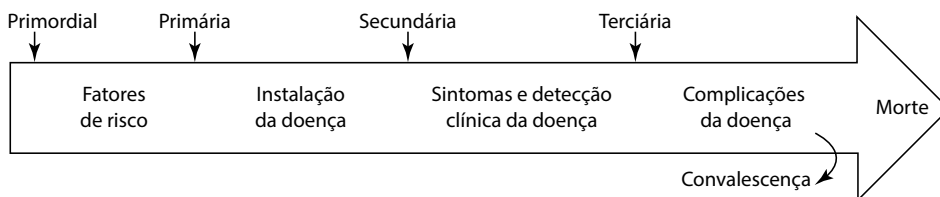


Figura 1 - Prevenção ao longo da história natural da doença. Adaptado de DUNCAN et al. (2013)

PREVENÇÃO PRIMORDIAL

Evita a instalação dos fatores de risco que possam desencadear doenças ou agravos à saúde.

O nível primordial de prevenção é impactante em saúde pública e, normalmente, está vinculado a políticas e programas de promoção de saúde. Apesar de semelhante, representa um conceito complementar ao de promoção, de forma que, *“enquanto a prevenção propõe diminuir a probabilidade da ocorrência de uma doença, a promoção visa a aumentar a saúde e o bem-estar”* (ALMEIDA, 2005; CZERESNIA, 1999). Pode ser concretizada com foco no indivíduo ou abranger grupos populacionais. Por exemplo, no que diz respeito à prática regular do exercício físico e alimentação saudável em indivíduos com peso adequado e saudáveis, sem fatores de risco identificados, age evitando riscos para o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, como hipertensão e diabetes (ALMEIDA, 2005). A nível comunitário, destacam-se campanhas antitabagismo para ambientes coletivos, floração da água, para prevenção odontológica e campanhas de uso de cinto de segurança, com redução de risco de acidentes automobilísticos.

PREVENÇÃO PRIMÁRIA

Evita o aparecimento de doenças ou agravos à saúde, ao evitar ou remover a exposição do indivíduo as suas causas e fatores de risco.

Enquanto a prevenção primordial objetiva evitar a instalação dos fatores de risco da doença, a prevenção primária objetiva eliminar ou remover a exposição aos fatores de risco já existentes (DUNCAN, 2013). A imunização representa o exemplo de prevenção primária mais comum, principalmente, ao reduzir doenças infecciosas infantis ao aumentar a resistência do hospedeiro a determinados organismos (ALMEIDA, 2005). O incentivo para adoção de hábitos saudáveis em pacientes acima do peso previne doenças crônicas, interrupção do tabaco auxilia na redução de neoplasia pulmonar. Outros exemplos mais recentemente debatidos são mastectomias e ooforectomias profiláticas em mulheres assintomáticas com alterações genéticas de alto risco cumulativo para neoplasia (genes BRCA 1 e BRCA 2) (FLETCHER; FLETCHER, 2015; MONTEIRO et al., 2011), como o

caso de uma atriz americana Angelina Jolie, que optou por mastectomia total preventiva, devido a exames genéticos e história familiar de parente de primeiro grau (mãe falecida por neoplasia de mama aos 56 anos), que estimaram risco de 87% para a doença (JOLIE, 2013).

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

Atua na identificação precoce da doença, ou seja, antes do surgimento de seus sintomas (fase pré-clínica), na tentativa de retardar sua progressão ou sequelas.

Envolve, portanto, o conhecido “rastreamento ou triagem” para doenças, em fase de ausência de manifestação clínica e, em segunda instância, o seguimento clínico e tratamento também precoce, quando necessário. Ao solicitar um “*check up* de rotina”, sugerindo alguns exames para investigação, o paciente intuitivamente raciocina a ideia da prevenção secundária (FLETCHER; FLETCHER, 2015). Alguns exemplos na prática clínica (para pacientes assintomáticos) são rastreamentos de neoplasia de colo uterino por exame de Papanicolaou, rastreamento de sífilis em gestantes, densitometria óssea para triagem de osteoporose em mulheres acima de 65 anos de idade, verificação preventiva de lesões de pele, principalmente com histórico de exposição solar e pele branca.

PREVENÇÃO TERCIÁRIA

Etapa em que a prevenção se concentra na reabilitação e controle de complicações, após a doença já ter se manifestado clinicamente.

Atua na prevenção da incapacidade decorrente do processo de doença, de forma a amenizar os efeitos degradantes e propiciar reinserção do indivíduo em suas atividades de vida, com a melhor qualidade possível, e interações sociais/laborais (FLETCHER; FLETCHER, 2015). Alguns exemplos citados são uso de drogas específicas, como as betabloqueadoras, para diminuir o risco de morte em paciente pós infarto do miocárdio, avaliação oftalmológica de retinopatia, monitoramento de sinais de pé diabético, reabilitação e reintegração de um funcionário ao trabalho após acidente ocupacional.

PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

Ação tomada para identificar o paciente em risco de excesso de medicalização e intervenções curativas ou preventivas, a fim de protegê-lo de medidas excessivas, cujos danos poderiam superar os benefícios.

Conceito mais recentemente discutido na literatura médica, compreende ações para evitar o adoecimento iatrogênico (“do grego: iatros = curador + genesis = origem”) desencadeado por alta medicalização, excessos de rastreamentos preventivos em pacientes que se sentem enfermos (“illness”), mas que não necessariamente têm a doença (“disease”) (KUEHLEIN et al., 2010; TESSER, 2012). Entende-se por “enfermidade” a experiência que sintomas desencadeiam em um indivíduo, enquanto “doença” é uma reformulação técnica que o profissional de saúde reconfigura sobre as teorias de enfermidade do paciente ou da família (Figura 2) (KUEHLEIN et al., 2010).

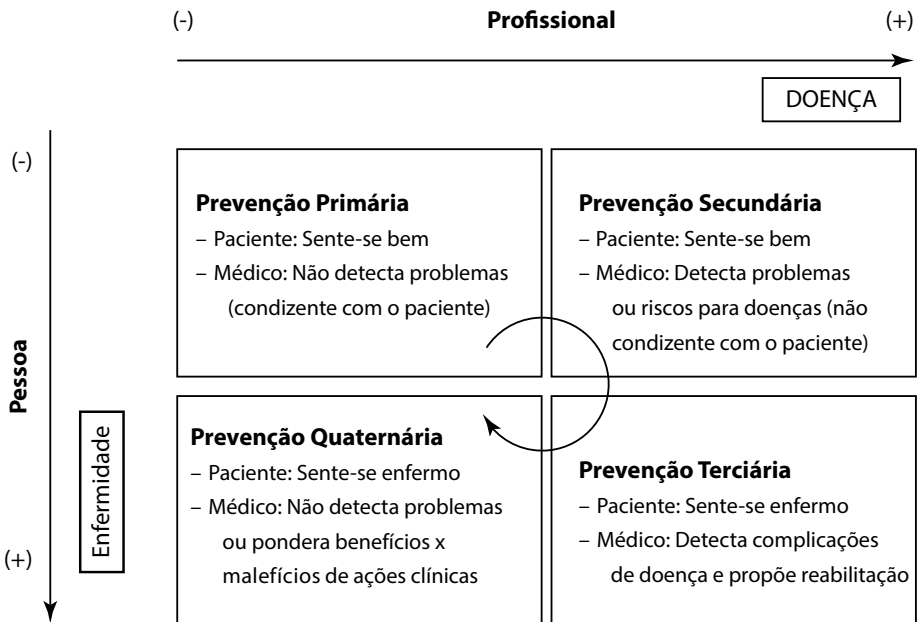


Figura 2 - Modelos e níveis de Prevenção em saúde. Adaptado de KUEHLEIN et al. (2010) e JAMOULLE (2015).

A Prevenção Quaternária é baseada nos preceitos hipocráticos “*primum non nocere*” (não maleficência) e da beneficência, pela consciência de que medidas de saúde excessivas podem ser extremamente danosas (PANDVE, 2014), por exemplo, ao avaliar os reais benefícios do uso de antibióticos para infecções de apresentação leve ou evitar rastreamento de neoplasia de próstata de indivíduo sem sintomatologia e sem riscos identificados. Dessa forma, visa a proteger os pacientes das próprias práticas clínicas, à medida em que evita a supervalorização de fatores de risco, excesso de intervencionismo médico, sobre tratamento, particularmente no grupo etário dos idosos (ALMEIDA, 2005). Estimula a racionalidade econômica do ato médico e o diálogo com pacientes sobre a compreensão do que é saúde e doença (TESSER, 2012).

PREVENÇÃO DE DOENÇAS NO TRABALHO DO MÉDICO E DA EQUIPE DA ESF

Com bases nos conhecimentos adquiridos até o momento, tem-se que as escolhas de prevenção envolvem cuidado minuciosos e visão integrada de paciente, profissionais de saúde, bases de evidência na literatura, protocolos de recomendação e possibilidade de efetivação de práticas, os quais nem sempre são unânimes. Para essa determinação, há quatro estratégias principais para efetivação da prevenção: “*screening*” (ou rastreamento), imunização, aconselhamento sobre hábitos de vida e quimioprofilaxia (prevenção por via farmacológica ou “*terapêutica*”). Estas estratégias quando agrupadas em módulos constituem o Exame Periódico de Saúde (EPS) (FLETCHER; FLETCHER, 2015; SANTOS, 2013). Os desafios de quando e como aplicar o EPS representam um impasse que acompanha o profissional de saúde em sua rotina.

Existem ainda formas abrangentes de preconizar a prevenção, pautando no “*menos*” e no “*mais*”. A prevenção a “*menos*” consiste em resgatar a saúde e sustentabilidade das condições/modos de viver, pois se tem uma boa segurança sobre esse tipo de ação preventiva por meio de remoção de algumas exposições anormais e fatores patogênicos. Já a prevenção “*mais*” significa a introdução de um agente externo, uma droga, uma vacina, por exemplo. Nesses casos, há necessidade de comprovação de evidências de altíssima qualidade, pois o que se pretende é oferecer um potencial benefício futuro por meio de uma intervenção presente. Por exemplo, pode-se sugerir, sob enfoque simultâneo de um indivíduo obeso, que intensifique atividade física (foco no “*mais*”) e evite ingesta alimentar hipercalórica ou gordurosa (foco no “*menos*”) (ROSE, 2010). Sobre essa temática, reflita sobre a situação:

Paciente 32 anos, realiza exame de citologia oncótica de colo de útero de rotina (Papanicolaou). No resultado é observado achado de “lesão indeterminada” com sugestão, a partir de protocolo atualizado do Ministério da Saúde, de realização de novo exame apenas em 6 meses. Comparece à unidade repetidas vezes, pois acredita que deverá repetir o quanto antes. Teme que o “o câncer se espalhe”, relatando que sua vizinha faleceu por tal doença quando tinha apenas 20 anos de idade.

Esse caso explora um desafio inerente à prática da prevenção: quando considerar o fator individual x coletivo? O fato de um caso de neoplasia em uma paciente de 20 anos, considerado fora da prevalência usual e fora das recomendações de rastreamento, é impactante a nível individual, pois não foi possível se evitar a doença e o falecimento precoce dessa paciente. Não necessariamente, entretanto, impactará em prevalência de doença a nível coletivo e, conseqüentemente, nas recomendações para população geral quanto ao rastreamento.

A estimativa do benefício de ações preventivas para um indivíduo ou, em oposição, para um grupo de indivíduos, pode ser um grande desafio, pois a prevenção não é uma variável do conceito de igualdade (GÉR-VAS; STARFIELD; HEATH, 2008), ou seja, de forma ainda mais expressiva, é preciso avaliar fatores de equidade (“oferecer mais a quem mais precisa”). Para tanto, na Atenção Primária, usam-se duas abordagens para prevenção de doenças e promoção da saúde: **Estratégia de Alto Risco (EAR)**, que distingue indivíduos de alto risco em comparação com o restante da população, e a **Estratégia de Amplitude Populacional (EAP)**, que abrange a população globalmente. A EAR se baseia no pensamento binário: risco presente ou ausente. Apenas quando identificado o risco, alguma intervenção é oferecida. Por exemplo, pode-se indicar o rastreamento para neoplasia de pulmão, em paciente idoso com dor torácica, alteração no padrão respiratório, com história de tabagismo há 40 anos, portanto, de risco identificável. Essa concepção é considerada normalmente mais atrativa a profissionais de saúde e pacientes, pois é de fácil entendimento, lógica, custo-efetiva, com recursos equitativamente destinados a quem mais precisa. Encaixam-se mais no cotidiano dos serviços, sob modelo individual do cuidado às doenças (ROSE, 2010).

Sabe-se que as doenças demonstram processos de progressão multifatoriais e complexos, o que, por si só, pode tornar os conceitos sobre prevenção mais confusos (GÉRVAS; STARFIELD; HEATH, 2008). O conceito de abordagem clínica, entretanto, ampliou-se ao ponto de os próprios fatores de risco serem considerados equivalentes a “doenças” e, como tal, necessitem de tratamento, como dislipidemia, obesidade e sedentarismo (STARFIELD et al., 2008). Algumas desvantagens da EAR são a tendência a “medicinalizar” a prevenção, necessidade de manter prevenção, pois não se intervém necessariamente no fator desencadeante do problema, além de incerto impacto à saúde para aquele que recebe a intervenção, pois a divisão de indivíduo doente versus saudável nem sempre é efetiva (NORMAN, 2015). Cita-se também o pequeno impacto sobre determinados indicadores de saúde, pois *“um grande número de pessoas submetidas a um pequeno risco poderá produzir mais casos da doença em questão do que um pequeno grupo com alto risco”*. Por exemplo, no caso de Síndrome de Down, apesar de haver relação de maior risco de nascimento de criança com essa alteração cromossômica, conforme a idade da mãe se aproxime dos 40 anos, sabe-se que gestantes com idade inferior a 30 anos geram metade dos casos totais, pois, apesar do baixo risco, em contrapartida, representam uma faixa etária com maior número de gestações (NORMAN, 2015) (Figura 3).



Figura 3 - O Impacto de risco sobre uma grande ou pequena população influencia no número de casos, ou seja, alto risco não necessariamente é preditor de maior número de casos. (Fonte dos autores)

A EAP, proposta alternativa, propõe intervenção sobre uma população, e não apenas nos indivíduos separados em dois grupos de risco antagônicos, com objetivo de reduzir a prevalência do fenômeno mais amplamente. Alguns exemplos conhecidos de medidas populacionais são: “a adição de flúor à água, de ferro à farinha de trigo, a obrigatoriedade do uso de cinto de segurança e a proibição da ingestão de bebida alcoólica associada à direção” (NORMAN, 2015). Uma desvantagem levantada consiste no menor benefício individual aos participantes, pois a intervenção é disseminada à escala populacional. (ROSE, 2010)

Tabela 2 - Vantagens e Desvantagens de EAR e EAP (ROSE, 2010).

Estratégias	Vantagens	Desvantagens
Estratégia de Alto Risco (EAR)	<ul style="list-style-type: none"> - Mais atrativa a profissionais de saúde - Encaixa-se mais no cotidiano dos serviços - Lógica sobre “custo-efetividade” 	<ul style="list-style-type: none"> - Risco de “medicalizar” fatores de risco
Estratégia de Amplitude Populacional (EAP)	<ul style="list-style-type: none"> - Observa a população como um todo - Amplitude de impacto maior 	<ul style="list-style-type: none"> - Pouco benefício individual

FORTALEZAS E FRAGILIDADES DA PREVENÇÃO DE DOENÇAS NO TRABALHO DAS EQUIPES DA ESF

Atualmente, existe na APS uma exagerada valorização de ações preventivas em detrimento do atendimento aos usuários, a fim de antecipar doenças futuras em indivíduos saudáveis, o que reflete no pouco espaço nas agendas dos profissionais para a demanda espontânea (STARFIELD et al., 2008). O grande questionamento que se faz é: se há ainda muitas pessoas que carecem de acesso aos serviços de saúde quando sentem a necessidade de buscá-lo, “é justificável que consultas de rotina para *“check-up”* constituam

quase que metade das visitas médicas? ” (STARFIELD et al, 2008, tradução nossa). É preciso, portanto, haver um redirecionamento das atividades dos profissionais de saúde no processo de trabalho, de forma a ter maior parte de seu tempo dedicada a cuidados de pessoas em sofrimento, especialmente no que diz respeito ao **ACESSO** aos cuidados das Estratégias de Saúde da Família (ESFs) e, de forma complementar, para a aplicação do EPS, popularmente conhecidos como “*check-ups*” (ROSE, 2010). Na verdade, a prevenção vem se tornando prioritária quanto comparada ao tratamento, e há alguns motivos para tal fato: identificação de fatores de risco para doenças; aumento da expectativa social de vida longa e saudável; encontro de interesses comerciais e profissionais em lucrar com a criação de novos mercados. Questiona-se, entretanto:

“Prevenir, quase sempre dotado de um conceito comum de onipotência e bom senso, é invariavelmente melhor que curar? ”
(GÉRVAS; STARFIELD; HEATH, 2008).

Sobre essa indagação, é preciso enaltecer o debate sobre o quanto a prevenção também pode causar danos (a relembrar os conceitos de prevenção quaternária) e, como tal, sua prática exige vigilância, equilíbrio e cautela na prática clínica diária (GÉRVAS; STARFIELD; HEATH, 2008). Há o apelo de indústrias e comerciantes para estimular a propaganda das doenças, dos riscos, dos sintomas ou das condições (de preferência “transformando-as em doenças”) para as quais possam oferecer opções terapêuticas. TESSER (2012) enfatiza que “a maioria dos pacientes com fatores de risco, de fato, nunca desenvolverão as complicações que estão em risco[...] Não devemos assustar nossos pacientes, fazendo-os conscientes de que a vida em si é um fator de risco para a morte, quando na verdade é uma predisposição para a morte” (**Figura 4**).

Aparentemente indolentes e, até mesmo, positivas, práticas preventivas podem ocasionar danos como: intervenções exageradas e desnecessárias, passíveis a complicações e iatrogenias; efeitos psicossociais dos testes e dos falsos positivos; falsa segurança dos falsos-negativos e, principalmente, conversão de sadios em doentes (TESSER, 2012). O problema de valorizar riscos desencadeia percepção de doença onde ela não existe propriamente e provável frustração médica sobre o aumento da lista de requerimentos obrigatórios de cada visita médica. Além de que, estar

doente, demanda seguimento mais frequente e tratamentos, muitas vezes, dispendiosos (GÉRVAS; STARFIELD; HEATH, 2008).



Figura 4 - Ajudando o paciente a gerenciar a incerteza? (KUGHLEIN et al, 2010)

Pode-se contar com o mais bem elaborado protocolo de rastreamento de doenças e segui-lo à risca, captando como um cartaz de algoritmos na parede ou uma plataforma de cálculo inteligente no celular. O processo de decisão pela prevenção de doenças, porém, envolve complexidade tão mais criteriosa quanto à própria doença. Nesse desafio, sob o outro espaço “paciente”, existe uma pessoa que necessita compreender, compactuar e, em algum grau, discernir conjuntamente que benefícios superam os malefícios de conduta. Essa estratégia, mais que a decisão de investigação entre SIM ou NÃO, repercute em diversos fatores. Basicamente, é possível pender para o esforço do médico que vê risco de doença ou desconhecidos no “caso novo” e deseja explorá-lo; do paciente que nega rastreios, pois vê temores na descoberta da doença, mas não compactuados pelo médico. É possível ainda equilibrar um aconselhamento baseado em evidências e boa captação e aceitação do paciente, com melhora da relação médico-paciente. Resultados mal recomendados, discutidos ou repassados, ao contrário, podem desencadear quebra de vínculo após diagnósticos.

Apesar de a ação de prevenção ser bastante vinculada ao papel do médico, amplia-se a outras áreas de atuação, ainda mais no conceito interdisciplinar da APS. Todas, em potencial, podem desencadear medidas preventivas exageradas ou inefetivas. Por exemplo, um profissional de saúde pode ter enraizada uma visão altamente intervencionista e, “pela cultura do medo”,

sugira erroneamente exames aos pacientes, ou pode promover restrições alimentares duvidosas, por parte de diagnósticos exagerados ou sobrevalorização de *riscos*. “É necessário fazer um movimento de orientação da população e de reforma dos profissionais, para esses promoverem uma clínica melhor, que dá mais trabalho, mas é muito mais efetiva, resolutiva e mais protetora do paciente (BRASIL, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Da prevenção primordial à prevenção quaternária, a prevenção acompanha a prática clínica continuamente. Análises de decisões clínicas devem ser pautadas em epidemiologia clínica, medicina baseada em evidências e bom diálogo entre profissional da saúde e o usuário, de forma a particularizar o cuidado, além da intervenção a qualquer custo e não ponderada, mas enfatizando a qualidade de vida e equilíbrio entre benefícios e malefícios dentre as opções preventivas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, L.M. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 23, n. 1, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção Quaternária. Departamento de Saúde Pública, Universidade Aberta do SUS (UNASUS), 15 jan. 2016. Disponível em: <http://projetounasus.ufsc.br/outra_wordpress/2016/01/15/prevencao-quaternaria/>. Acesso em 13 jun.2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010 (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária n.29). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2017.
- CZERESNIA, Dina. The concept of health and the difference between prevention and promotion. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-709, out. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jun. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102>.
- DUNCAN, B.B. et al. Aplicando Evidências em Decisões Clínicas: Conceitos Básicos de Epidemiologia Clínica. In: _____ **Medicina Ambulatorial: condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4.ed, Porto Alegre-RS: Artmed, 2013, p. 64-65.
- FLETCHER, S.W.; FLETCHER, R.H. Evidence-based approach to prevention. In: UpToDate, 29 Jun, 2015. Disponível em: < <https://www.uptodate.com/contents/evidence-based-approach-to-prevention> >. Acesso em: 10 mai. 2017.

- GÉRVAS, J.; STARFIELD, B.; HEATH I. Is clinical prevention better than cure? *The Lancet*, v. 372, p.1997-99, 2008. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61843-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61843-7).
- INSTITUTO NACIONAL DE CANCER JOSE ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_deteccao_precoce_final.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2017.
- JAMOULLE, M. Quaternary prevention: first, do not harm. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 10(35), p. 1-3, 2015. Disponível em: < <https://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/176763/1/1064-7075-1-PB.pdf>>. Acesso em: 1 mai. 2017.
- JOLIE, A. **My Medical Choice**. THE NEW YORK TIMES. New York, 14 mai. 2013. Disponível em <<http://www.nytimes.com/2013/05/14/opinion/my-medical-choice.html>>. Acesso em: 30 mai. 2017
- KUEHLEIN, T.; SGHEDONI, D.; VISETIN, G; GÉRVAS, J. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. *Primary Care*, v. 10 (18), p. 350-354, 2010. Disponível em: <http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/fr/2010/2010-18/2010-18-368_ELPS_engl.pdf> Acesso em: 13 jun. 2017.
- LAPREGA, M. R. Processo Saúde-doença e os Níveis de Prevenção. In: FRANCO, L.J.; PASSOS, A.D.C. **Fundamentos de Epidemiologia**. 2.ed. Barueri-SP, Manole, cap1, p15-16, 2011.
- LEAVELL, H.; CLARK, E.G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGrawHill do Brasil, 1976.
- MONTEIRO, G. A. et al. O dilema da decisão de Mastectomia Bilateral como prevenção do Câncer de Mama: aspectos éticos e bioéticos. *Revista Bioethikus*. Centro Universitário São Camilo, v. 5(4), p. 443-450, 2011.
- NORMAN, A.H. Estratégias da medicina preventiva de Geoffrey Rose. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v.10, n.34, 2015. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1092>>. Acesso em: 13 jun.2017.
- NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2012-2020, 2009. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900015&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900015>
- PANDVE, H.T. Quaternary Prevention: Need of the Hour. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, v. 3(4), p. 309-310, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4311333>>. Acesso em: 15 mai. 2017.
- RIBEIRÃO PRETO. Secretaria de Saúde. Protocolo de diagnóstico precoce cancer mama no município de ribeirão preto. Ribeirão Preto, 2017. Disponível em: https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/pdf/i16ppp-deteccao_precoce_ca_mama.pdf. Acesso em 14 jun.2017.
- ROSE, G. **Estratégias da medicina preventiva**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 192 p. ISBN: 978-85-363-2121-9.

- SANTOS, L..L.; SILVA, A.S.; DAL-FABBRO, A.L.; VERSIANE, L.M.; SANTOS, J.S.; SANKA-RANKUTTY, A.K. A aplicação de um guia de medidas preventivas por médicos de família em um centro de saúde de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8(28), 2013.
- STARFIELD, B.; HYDE, J.; GÉRVAS, J.; HEATH, I. The concept of prevention: a good idea gone astray? **J. Epidemiol Community Health**. England, v. 62, n. 7, p. 580-583, 2008.
- TESSER, C.D. Prevenção Quaternária para Humanização da Atenção Primária à Saúde. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 36(3), p. 416-426, 2012.
- THE CANADIAN TASK FORCE OF PREVENTIVE HEALTH CARE . Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40–74 years. **Canadian Medical Association Journal**, vol. 183, n. 17 1991-2001, 2011. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3225421/>. Acesso em: 13 jun. 2017.
- US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF). Grade Definitions, 2013. Disponível em: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/grade-definitions>. Acesso em: 8 jan. 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Disponível em: http://www.who.int/cancer/breast_cancer_awareness/en/. Acesso em: 8 jan. 2017.

PARA SABER MAIS

- US PREVENTIVE TASKFORCE. Disponível em: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>. Acesso em 30 de maio de 2017.
- Farley TA. When Is It Ethical to Withhold Prevention? *N Engl J Med* [Internet]. 7 de abril de 2016 [citado 31 de maio de 2017];374(14):1303–6. Available at: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1516534>
- ROSE, G. **Estratégias da medicina preventiva**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 192 p. ISBN: 978-85-363-2121-9.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente de sexo feminino, 62 anos, tabagista, obesa, apresenta histórico familiar de neoplasia de cólon por sua mãe (falecida em decorrência desta doença aos 58 anos de idade) e de infarto agudo do miocárdio por seu pai aos 70 anos. Comparece ao seu consultório pela primeira vez, solicitando uma avaliação, pois tem medo de desenvolver essas doenças. Ao refletir sobre o caso citado, como você procederia?

Nesse caso serão explorados conceitos e reflexões a respeito dos níveis de prevenção e meios de aconselhamento clínico. De forma a explorar a temática, analisaremos sob algumas possibilidades:

Ao supor que a paciente se apresentasse sem sinais ou sintomas indicativos de nenhuma doença, o profissional poderia, por exemplo, indicar medidas de prevenção primária à neoplasia intestinal, como ingestão de alimentos ricos em fibras e líquidos, observação do padrão das fezes. Nessa etapa, a partir da informação sobre a obesidade da paciente, poderia também incentivar orientações sobre prevenção de hipertensão, diabetes e problemas de dislipidemia, como alimentação hipossódica, redução de açúcares e gorduras, realização de atividade física e orientação para interromper o tabagismo.

Como prevenção secundária, estaria indicado o rastreamento de neoplasia de cólon por meios de exames específicos, como a pesquisa de sangue oculto nas fezes e/ou a colonoscopia. Também poderia propor, a investigação de hipertensão arterial durante o exame físico e o rastreamento de dislipidemia (SANTOS, 2013).

Supondo que a paciente procurasse atendimento médico por notar perda de peso importante, cansaço, constipação alternada com diarreia, estaria indicado a investigação de sinais ou sintomas clínicos indicativos de doença, como sangramento nas fezes, massas abdominais e realização do exame proctológico. Caso apresentasse lesão no reto, massa visível e papável via toque retal, com retenção fecal, linfonodos palpáveis e sinais radiológicos, poderia-se realizar **prevenção terciária**, ao propor estratégias de recuperação clínica, com tratamentos indicados.

Por fim, supõe-se que a paciente acredita notar aumento abdominal, sem histórico de sangramento intestinal, e deseja fazer “tudo que é possível para ver se não é câncer de intestino”, mas que, na anamnese e, no exame clínico, não são identificados riscos elevados ou sinais sugestivos de doença. Supõe-se ainda que, ao realizar o teste de sangue oculto, o resultado seja negativo. Essa paciente demonstra uma vivência de enfermidade em sua concepção, mas que não é constatada em doença. Dessa forma, sob a visão da **prevenção quaternária**, o médico poderia optar, conjuntamente à paciente, orientando e oferecendo possibilidade de diálogo, a não realizar exames mais invasivos nesse momento, como a colonoscopia.

Em outro extremo, supõe-se que esta paciente já tenha realizado radioterapia e colostomia parcial por uma neoplasia de reto e os exames de seguimento neoplásico indicassem metástases abdominais, sem indicação

de tratamento curativo. A equipe e a paciente poderiam optar por medidas de melhoria da qualidade de vida, sem novas sessões de radioterapia ou cirurgias. Nesse contexto, a **prevenção quaternária** se encaixa nos cuidados paliativos, com objetivo de redução do sofrimento (ALMEIDA, 2005).

Caso 2

Paciente 55 anos, três filhos, três gestações prévias, sem comorbidades, participa de uma campanha do “Outubro Rosa” em Ribeirão Preto, quando entra em contato com várias informações sobre prevenção de doenças. Um dos folhetos de recomendações recebido pela agente comunitária de saúde, indicava que o autoexame da mama não era mais recomendado e que o ideal seria a realização de acompanhamento em consultas preventivas com o médico de família ou ginecologista, com mamografia a partir dos 40 anos. Paciente se recorda que, na época de sua última consulta, há dez anos, em outra cidade, tinha necessitado realizar uma biópsia de um “caroço” estranho, mas que não se confirmou como câncer de mama. Desde então, não retornou à consulta por medo de estar doente.

Sobre o caso de câncer de mama, convida-se à reflexão: como se organizam as decisões sobre rastreamento, integrando bases de evidências, opinião e percepção do paciente e práticas clínicas? Como posso classificar o risco dessa paciente em desenvolver uma neoplasia, considerando história pessoal, familiar e clínica atual? Com base em que informações e em que fontes são elaborados os protocolos de rastreamento e prevenção dessa doença?

Para definição de uma recomendação de rastreamento, análises amplas a partir de bases de evidências são necessárias. Consideram-se fatores de risco por faixa etária, necessidade de periodicidade de realização de exames, componentes genéticos, impacto sobre mortalidade, melhoria de qualidade de vida, redução de falsos-positivos, redução de intervenções desnecessárias. Tais análises podem variar substancialmente tal qual as populações. Normalmente, um centro de saúde baseia seus cuidados em um protocolo nacional, mas podendo sofrer influências municipais, de acordo com possibilidades de sua execução prática, suporte financeiro e logístico.

Sobre o caso exposto, o câncer de mama é a causa mais comum no mundo de neoplasia em mulheres, em países desenvolvidos e subdesenvolvidos (WHO, 2013). Para investigação em qualquer idade, sugere-se que haja sinais ou sintomas, (INCA/MS,2015) ou alto risco, por exemplo, mulheres com his-

Figura 5 - FAIXA ETÁRIA de 40- 49 anos - Benefício Absoluto de rastreamento de câncer de mama por faixa etária. Cada círculo corresponde a uma mulher, avaliadas em 11 anos. De 40-49 anos: 2100 mulheres; (THE CANADIAN TASK FORC OF PREVENTIVE CARE, 2011)

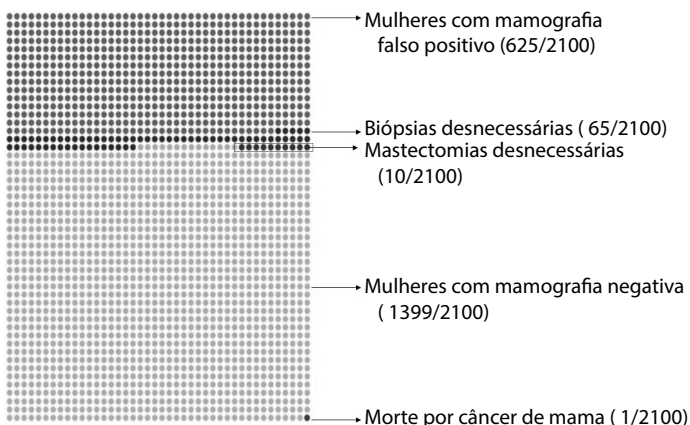
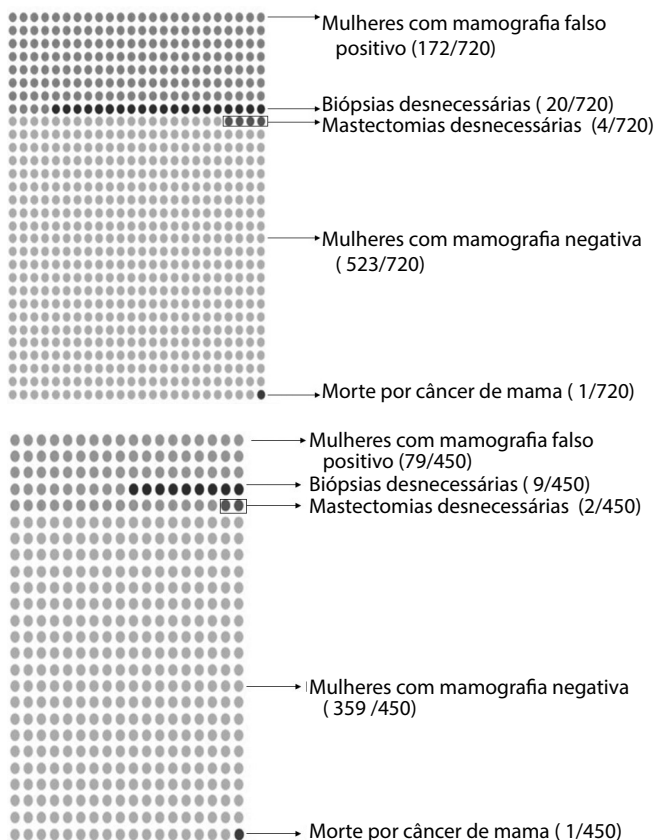


Figura 6 - Cada círculo corresponde a uma mulher, avaliadas em 11 anos. De 50-69 anos: 720 mulheres. De 70-74 anos: 450 mulheres (THE CANADIAN TASK FORCE OF PREVENTIVE CARE, 2011)



tória pessoal ou familiar de câncer de mama de primeiro grau, uma mutação genética conhecida como BRCA1 ou BRCA2, ou radiação da parede torácica anterior (THE CANADIAN TASK FORCE OF PREVENTIVE HEALTH CARE, 2011).

Teoricamente, seria melhor “pecar pelo excesso” que permitir que uma paciente padeça de uma neoplasia fatal. Isso, entretanto, poderia apenas induzir a biopsias e cirurgias desnecessárias, estresse emocional e investimento onerosos em saúde, sem necessariamente representar um impacto efetivo em redução de mortalidade. Isso é visualmente demonstrado na análise realizada pelo *Task Force Canadense* (2011), (**Figuras 5 e 6**), ao comparar proporções desses “excessos” para os principais grupos etários acometidos pelo câncer de mama.

Na faixa etária de 40 a 49 anos, a chance desenvolver câncer de mama é mais baixa, e a chance de ter uma mamografia falso positivo é maior, o que pode levar a uma investigação mais aprofundada, incluindo outros procedimentos desnecessários. Não se recomenda, portanto, triagem em mulheres com idades entre 40-49 anos (nível “C” de recomendação). Isso remete a outro desafio em elaboração de protocolos: a recomendação ou não recomendação pode não ser tão taxativa (“SIM” ou “NÃO”), mas elaborada com gradações. Das análises e qualidades de evidências, aplicam-se as sugestões para as práticas, classificadas em “A”, “B”, “C”, “D”, “I”. Para os níveis “A” e “B”, o benefício é, respectivamente, “substancial” e “moderado a substancial”. Para nível “C”, recomenda-se seletivamente, pois benefício é pequeno. Nível “D” categoriza como não recomendável, com benefícios não comprovados ou danos superando benefícios. O nível “I” é relacionado a evidências insuficientes para conclusão sobre danos ou benefícios (USPSTF, 2013).

Para cada nível de recomendação, portanto, estudos são necessários e passíveis de serem revisados continuamente, abrindo espaço para novas conclusões. Por exemplo, já foi amplamente divulgada e estimulada, a partir de protocolos antigos, a prática do autoexame de mama. Atualmente, não é recomendado, pois não se constatou redução do câncer de mama ou mortalidade relacionada em mulheres com idade entre 40-74 anos (INCA, 2015) (THE CANADIAN TASK FORCE OF PREVENTIVE HEALTH CARE, 2011) (USPSTF, 2013). A faixa etária de 40-49 anos já foi categorizada como nível “B” de recomendação, tendo caído para “C”, de acordo com o INCA (2015).

Essas conclusões podem ser divergentes para diferentes bases de dados, o que enfatiza a necessidade de ponderarem-se decisões preventivas. A atual recomendação do INCA (2015) e do Task Force Canadense (2011), por exem-

plo, sugere o rastreamento de câncer de mama em mulheres, sem história familiar ou pessoal de alto risco, com idade entre 50 a 59 anos (recomendação C) e de 60 a 69 anos (nível “B”) com mamografia a cada 2 anos. A partir dos 70 anos, o nível cai para “D”, portanto não é recomendável. Segundo o US Preventive Services Task Force, dos Estados Unidos (2016), recomenda-se que esse seguimento bianual seja realizado em pacientes de 50 a 74 anos, com nível “B”. O que demonstra divergência na categorização da faixa etária de 50 a 69 anos. O protocolo municipal de Ribeirão Preto, diferentemente, considera a recomendação de rotina para mamografia a cada 2 anos, a partir dos 40 anos, por decisão de gestão de saúde local (RIBEIRÃO PRETO, 201?).

CAPÍTULO 10

A Alimentação e Nutrição em Atividades Comunitárias

*Luciana Cisoto Ribeiro
Fernando Barbosa Peixoto*

INTRODUÇÃO

Alimentar-se vai além da ingestão de nutrientes. É um ato que envolve uma diversidade de alimentos e a forma com que as pessoas lidam com o preparo dos mesmos, de maneira a respeitar as diferentes combinações de ingredientes, sabores, texturas e a valorizar aspectos culturais e sociais de cada região (BRASIL, 2014a).

A alimentação possui um papel favorecedor ao desenvolvimento físico e intelectual dos indivíduos e permite que o organismo atinja a capacidade plena de suas funções metabólicas; é um item essencial na proteção à saúde e reflete diretamente em qualidade de vida e cidadania (BRASIL, 2012a).

O alimento com todos os seus constituintes nutricionais e não nutricionais atua de maneira singular no organismo humano. Diversos estudos mostram que o consumo variado de frutas, legumes e verduras, ricos em vitaminas e minerais, protege contra inúmeras doenças (BRASIL, 2014a).

Iniciar uma alimentação saudável não é apenas uma decisão pessoal. Diversos aspectos estão envolvidos e influenciam as mudanças do estilo de vida, tais como fatores econômicos, sociais, religiosos, políticos, culturais e ambientais.

HISTÓRICO

No Brasil, a década de 1930 é identificada como um marco das investigações sobre a alimentação e nutrição da população. Os primeiros inquéritos tiveram o foco principal nos trabalhadores, que representavam a classe economicamente ativa do país e a força de trabalho que impulsionava a emergente industrialização e urbanização nacional. Desta época, são notáveis algumas ações políticas no sentido de melhorar a alimentação e nutrição da população, como a instituição do salário mínimo pelo Decreto-Lei nº 399 de 1938 e a criação do Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS) em 1940, que apresentava entre seus objetivos, promover a educação alimentar tanto para os operários como para suas famílias (ARRUDA; ARRUDA, 2007). Entretanto, apesar dos diversos programas e iniciativas para a melhoria das condições de saúde, nutrição e alimentação da população, o que se observou ao final do século XX que os avanços foram insuficientes para resgatar uma grande parcela da população brasileira que permanecia em condições precárias de vida, de alimentação e nutrição (ARRUDA; ARRUDA, 2007; BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

O cenário de nutrição da população brasileira se modificou profundamente, com redução da desnutrição em todas as faixas etárias, incorporação de hábitos alimentares inadequados (consumo de alimentos ricos em gorduras, açúcares e produtos industrializados, com alta densidade energética), mudanças no estilo de vida (sedentarismo e alimentação fora de casa), concomitante ao aumento do excesso de peso na população (BRASIL, 2014a). A transição nutricional, assim caracterizada, mostrou que as estratégias até então adotadas deveriam ser revistas (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

A alimentação e nutrição passaram a ser tema central dos debates políticos nacionais, impulsionado pelas discussões internacionais realizadas pela FAO (*Food and Agriculture Organization*), ONU (Organização das Nações Unidas) e também pela condição de saúde da população brasileira revelada nos inquéritos de saúde nacionais (ARRUDA; ARRUDA, 2007; BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, trouxe novas perspectivas no entendimento do cuidado de saúde, propondo uma atenção à saúde integral, gratuita, universal, equitativa, participativa, hierarquizada e descentralizada (BRASIL, 1990). Em sua concepção, incorporou a visão multiprofissional do cuidado e dos determinantes sociais da saúde. A vigilância nutricional e a orientação alimentar foram incluídas no campo de atuação do SUS, cabendo a cada esfera de governo desenvolver estratégias para a execução de ações e serviços neste campo (BRASIL, 1990). Em 1999, após ampla consulta a instituições governamentais e não governamentais, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2012a), na qual a alimentação é, em caráter inédito, explicitamente entendida como Direito Humano Básico, entretanto, apenas em 2010 a alimentação é reconhecida e incorporada à Legislação Nacional como direito social, por meio da Emenda Constitucional nº 64 de 04 de fevereiro de 2010 (BRASIL, 2010a). A partir desta emenda, o Estado se torna responsável pela proteção da segurança alimentar e nutricional de sua população. Muitos avanços legais seguiram-se à aprovação da PNAN, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012b), Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2015), Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) (BRASIL, 2010b), Leis (como a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional – LOSAN) (BRASIL, 2006), Portarias Ministeriais e Interministeriais, Resoluções e Planos Intersetoriais.

O amparo legal é um primeiro passo para a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada e da Segurança Alimentar e Nutricional, contudo, é fundamental a articulação, participação e envolvimento de todos os profissionais da saúde em seus diferentes saberes e campos de trabalho para que esse direito seja garantido a toda população.

O NUTRICIONISTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A promoção da saúde e prevenção de doenças é um objetivo primordial da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2012b, 2015) e também atribuição comum a todos os profissionais de saúde que integram as equipes no nível básico de atenção. A garantia da integralidade do cuidado depende da participação de diversos profissionais, que propiciam um olhar crítico fundamentado em diferentes saberes e experiências (BRASIL, 2006, 2012a).

Neste sentido, o profissional com formação em nutrição atuando junto à equipe de atenção básica possibilita o aprimoramento da atenção à saúde e tem um papel fundamental na promoção e recuperação da saúde. A situação epidemiológica da população brasileira marcada pela coexistência de doenças crônicas juntamente com doenças carenciais, resultante das profundas mudanças no estilo de vida e padrão alimentar, mostra-se um espaço essencial de atuação do nutricionista (MAIS; DOMENE; BARBOSA; TADDEI, 2015).

O nutricionista é um profissional que deve se incorporar à equipe da atenção básica. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, sua inserção pode ocorrer por meio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2014b), onde desempenha junto com profissionais de saúde de diferentes formações e/ou especialidades, o apoio à equipe de saúde da família para o cuidado integral à população assistida.

Sua atuação inclui o atendimento direto à indivíduos, família e comunidade; formação, capacitação e atualização dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) na atenção nutricional e planejamento de estratégias de promoção da saúde, promoção da alimentação saudável e de segurança alimentar, articuladas com os equipamentos sociais disponíveis no território (BRASIL, 2009, 2016; RECINE; CARVALHO; LEÃO, 2015).

Sua atuação é embasada na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2012a), que possui como propósito:

[...] a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição. (BRASIL, 2012a, p. 21).

A PNAN é dirigida pelos princípios doutrinários e organizativos do SUS e traz como fundamentação a “alimentação como elemento de humanização do cuidado” em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2012a).

A partir do reconhecimento da alimentação como base para a humanização do cuidado e promoção da saúde, em qualquer nível de atenção à saúde, é fundamental o monitoramento da saúde e de potenciais condições de risco nutricional. Nesta direção, as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) deve ser inserida na rotina das equipes de saúde, e fazer parte do cuidado individual e coletivo. Os atendimentos de saúde da criança, monitoramento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como hipertensão e diabetes, por exemplo, são oportunidades para a VAN. O acolhimento, atividade essencial na atenção primária à saúde e atribuição de todos os profissionais da saúde, também oferece oportunidade para a VAN, pois muitas vezes é no acolhimento que se realiza a avaliação de peso e estatura dos pacientes, além de questionamentos sobre a alimentação (BRASIL, 2012a).

No nível básico de atenção à saúde, seja dentro do modelo tradicional, ou na estratégia de saúde da família, todos os profissionais devem estar familiarizados com as ações de promoção da alimentação saudável, principalmente devido ao aumento dos agravos crônicos, com destaque para a obesidade (BRASIL, 2012a, 2014b, 2015). Quando possível, o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), pode potencializar a resolutividade das equipes de atenção primária (BRASIL, 2014b).

As demandas em relação às práticas alimentares inadequadas são de diferentes tipos e intensidades, variando desde um erro alimentar que ocasiona uma constipação intestinal até condições graves, como obesidade mórbida, com importante comprometimento da saúde e qualidade de vida, impactando tanto no indivíduo, como na família e também na sociedade. A intervenção com o foco no cuidado nutricional pode ser direcionada para uma abordagem terapêutica e/ou de promoção da saúde. De qualquer forma, a estratégia deve ser embasada em conhecimentos sobre estilo de vida saudável, que in-

clui tanto promoção de alimentação saudável e modificação de hábitos alimentares inadequadas, como prática de atividade física (BRASIL, 2015).

PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As ações coletivas viáveis à Atenção Primária à Saúde podem ser sistematizadas na forma de Grupos de Promoção de Saúde (GPS). Estes grupos se constituem como importante estratégia no cuidado à saúde por meio da participação comunitária e para a formação dos profissionais de saúde e se caracterizam como uma intervenção interdisciplinar e grupal (SANTOS et al., 2006).

Quanto às modalidades de GPS na perspectiva do SUS, de modo geral se diferenciam em três vertentes operacionais: os Grupos Terapêuticos e os Grupos de Prevenção cuja abordagem inclui principalmente temas relacionados ao cuidado/manejo de doenças e a transmissão de informações do processo saúde-doença com objetivo de reduzir problemas sanitários; e os Grupos Oficinas, com foco em promoção de saúde através do desenvolvimento de atividades de aspecto mais lúdico (OSÓRIO, 2000; SILVA, 2002). Independente do tipo de grupo desenvolvido e de suas características (grupos fechado/abertos, foco em determinada condição de saúde, para grupo populacional específico) os conteúdos devem se mesclar e as estratégias empregadas em cada um podem incluir atividades teóricas e práticas (Quadro 1.). A formatação dos grupos e todo o planejamento dependem de seu objetivo e da população alvo.

Os profissionais de saúde, com suas formações distintas devem colaborar na elaboração e execução de grupos, explorando as potencialidades de cada área (BRASIL, 2012a, 2014a). Especificamente em relação ao médico, sua participação é fundamental, mesmo que apenas na etapa de planejamento, para discutir ações e conteúdos mais próximos da realidade de saúde dos participantes. Entretanto a rotina focada nos atendimentos clínicos, geralmente inviabiliza sua inserção. Desta forma, a discussão da rotina em espaços coletivos, prevista na organização do serviço, permite o apoio da equipe para a inclusão de diferentes profissionais nas ações de promoção da saúde (BRASIL, 2012a, 2014a).

É importante destacar que as ações de promoção da alimentação saudável não são atividades exclusivas do profissional de nutrição. As equipes de saúde devem apropriar-se desta estratégia como atividade de rotina na

unidade de saúde (BRASIL, 2012a, 2012b, 2014a, 2015). O profissional nutricionista, quando presente, pode auxiliar na condução do grupo e principalmente, no matriciamento da equipe para que se aprimorem em relação aos temas abordados.

Um grupo de educação nutricional que objetiva trabalhar com terapias alimentares para indivíduos enfermos terá que se encaixar em uma modalidade muitas vezes diferente dos grupos oficinas, devido às orientações mais emergenciais e específicas que os participantes necessitarão e em alguns casos, proposição de metas para os participantes. Como exemplo, é comum nas unidades de saúde ter um ou mais grupos terapêuticos focados em condições crônicas de saúde (diabetes, hipertensão, obesidade) (MORE; RIBEIRO, 2010).

As ações de promoção da alimentação saudável devem ser realizadas em diferentes cenários, seja na unidade de saúde (em consultas, encontros, sala de espera, grupos de promoção de saúde, grupos terapêuticos), ou em visitas domiciliares ou mesmo em atividades em espaços comunitários e escolas.

Na perspectiva de promoção da alimentação saudável, a realização de grupo ou atividade de prática culinária é importante ferramenta educativa que pode ser desenvolvida no nível básico de atenção à saúde. Essa estratégia permite a quebra de estereótipos que a população possui sobre os alimentos e suas preparações e ajuda na fixação dos conceitos sobre alimentação saudável.

As novas estratégias propostas pelo Ministério da Saúde focam na importância da proximidade das pessoas com seus alimentos, desde a compra, passando pela preparação e até chegar ao ato de se alimentar à mesa. O novo guia orienta um resgate à cultura alimentar através do estímulo ao consumo de alimentos naturais (BRASIL, 2014a).

Em relação às preparações culinárias, o objetivo deve ser adaptar receitas tradicionais para versões mais saudáveis. Um fator crucial que contribui na adesão dos participantes nesta modalidade de grupo é a elaboração de preparações rápidas, práticas, saborosas e nutritivas. Para auxiliar no planejamento destas ações, os profissionais tem disponível diversos materiais e guias que abordam temas relacionados à alimentação saudável, elaborados pela Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde disponíveis na internet (<http://dab.saude.gov.br/portaldab/dab.php>).

Quadro 1 - Exemplo de grupo de promoção de saúde, com abordagem direcionada à alimentação saudável.

<p>GRUPO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL Frequência: Semanal ou Quinzenal Duração: 1h à 1h30min. Número Máximo de Participantes: 15 (adaptar de acordo com o local disponível)</p>
<p>1º ENCONTRO Tema: Abertura, apresentação do grupo. Atividades: Apresentação dos objetivos do grupo, da estrutura proposta (número de encontros, temas propostos para cada encontro, duração, coordenação). Neste momento deve-se acordar os aspectos referentes às faltas, atrasos. Também cabe conhecer as expectativas de cada participante em relação ao grupo que se inicia. Deve ser entregue aos participantes o cronograma das atividades, de preferência com datas. Pode se fazer uma dinâmica de apresentação. Sugestão: Dinâmica do palito de fosforo (uma caixa de palito de fósforos é passada sequencialmente para os participantes que após acender um fosforo terão o tempo da chama acessa para se apresentar) Tarefa: Neste primeiro encontro pode-se orientar uma tarefa para que os participantes realizarem em casa. Uma sugestão é solicitar que anotem o que consumirem em um dia, da forma mais detalhada possível. Estes dados devem ser entregues no próximo encontro e servirão de exemplos para algumas atividades.</p>
<p>2º ENCONTRO Tema: Alimentos. Atividades: Conversar sobre as experiências da semana (relatos espontâneos). Podem-se apresentar os alimentos por grupos. Uma sugestão é usar a pirâmide de alimentos e a dinâmica do semáforo (uso das cores verde/amarelo/vermelho para reforçar os alimentos naturais, aqueles de consumo moderado e os que devem ser evitados, dentro da perspectiva da alimentação saudável).</p>
<p>3º ENCONTRO Tema: Fracionamento Atividades: Conversar sobre as experiências de fracionamento do grupo, quantas refeições fazem normalmente no dia. Neste encontro será abordado o tema fracionamento da alimentação (o que é o fracionamento, sua importância, porque fazer o fracionamento, estratégias para melhorar o fracionamento dentro da rotina de trabalho e de vida). Entregar aos participantes, orientação alimentar qualitativa, que pode ser elaborada pelas informações do guia alimentar e com fracionamento adequado. Solicitar aos participantes que tragam embalagens de alimentos para o próximo encontro cujo tema será “rótulos de alimentos”</p>

continua

4º ENCONTRO

Tema: Rótulos de alimentos. Apresentar os rótulos de alimentos e seu conteúdo, tanto em relação à composição centesimal, como seus ingredientes, de forma a realizar a leitura adequada das informações nas embalagens dos alimentos.

Atividades: Saber o conhecimento prévio dos participantes sobre rótulos de alimentos. Utilizar o “Manual de Orientações aos Consumidores sobre rotulagem de alimentos” da ANVISA (BRASIL, 2005) como base para as orientações. Aproveitar as embalagens trazidas pelos participantes para exemplificar os conceitos. Orientar os participantes a começar a ler os rótulos dos produtos em casa e relatarem estas experiências no próximo encontro.

5º ENCONTRO

Tema: Composição dos alimentos ultraprocessados.

Atividade: Estimular os relatos de consumo de alimentos industrializados (ultraprocessados) e as justificativas para o consumo. Conceituar os alimentos in natura, processados e ultraprocessados. Utilizar os rótulos dos alimentos para exemplificar. Pode-se apresentar a quantidade de açúcar, gordura e sal de alguns alimentos ultraprocessados (ex: sucos tipo néctar, embutidos, refrigerante, salgadinhos de pacote, temperos prontos, biscoitos recheados, sorvetes, empanados, etc). Para esta atividade, providenciar alguns alimentos industrializados, montar em saquinhos plásticos, ou copos descartáveis, a quantidade de açúcar, sal, óleo destes alimentos, e solicitar que os participantes identifiquem a quantidade e o alimento (MICALI; GARCIA, 2014).

6º ENCONTRO

Tema: Atividade Física

Atividade: Nesta atividade deve ser abordada a importância da prática de atividade física. Pode ser convidado um profissional da área (educador físico) para expor o tema. Pode ser realizada uma caminhada, ou outra atividade física adequada às características físicas do grupo participante (aquecimento, alongamento). Como encerramento, entregar um convite individual para o próximo encontro (oficina culinária).

7º ENCONTRO

Tema: Oficina Culinária (encerramento do grupo)

Atividade: organizar uma atividade prática de preparo de alimentos com os participantes. Definir que tipo de alimento/preparação será executado e qual orientação esta atividade poderá proporcionar.

Neste encontro realiza-se a avaliação de todas as atividades e o encerramento do grupo.

O GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

O Guia Alimentar para a População Brasileira, produzido pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/Guia-Ali->

mentar-para-a-pop-brasiliera-Miolo-PDF-Internet.pdf) traz uma inovação dos conceitos sobre alimentos que devem ser aplicados e divulgados para a promoção da alimentação saudável em todos os níveis de assistência à saúde. Sua abordagem com linguagem simples apresenta as informações sob a ótica do tipo de alimento consumido (alimentos in natura, processados e ultraprocessados) e contribui para que a população, a partir da premissa do conhecimento, realizem de forma autônoma e consciente, suas escolhas alimentares (BRASIL, 2014a, 2016).

As orientações apresentadas pelo guia devem ser aplicadas para a promoção da saúde e alimentação saudável e também para a capacitação dos profissionais de saúde, educadores, agentes comunitários, como também para a utilização direta da população (RECINE; CARVALHO; LEÃO, 2015).

Segundo o *Guia alimentar para a população brasileira* a alimentação é composta por três tipos de alimentos:

Alimentos in Natura

São obtidos diretamente de plantas ou de animais e não sofrem qualquer alteração após deixar a natureza.

Alimentos Minimamente Processados

Corresponde a alimentos in natura que foram submetidos a processos de limpeza, remoção de partes não comestíveis ou indesejáveis, fracionamento, moagem, secagem, fermentação, pasteurização, refrigeração, congelamento e processos similares que não envolvam agregação de sal, açúcar, óleos, gorduras ou outras substâncias ao alimento original.

Fonte: Guia alimentar para a População Brasileira. Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a).

Como exemplos de **alimentos in natura ou minimamente processados** podem ser citados: *Legumes, verduras, frutas, batata, mandioca e outras raízes e tubérculos in natura ou embalados, fracionados, refrigerados ou congelados; arroz branco, integral ou parboilizado, a granel ou embalado; milho em grão ou na espiga, grãos de trigo e de outros cereais; feijão de todas as cores, lentilhas, grão de bico e outras leguminosas; cogumelos frescos ou secos; frutas secas, sucos de frutas e sucos de frutas pasteurizados e sem adição de açúcar ou outras substâncias; castanhas, nozes, amendoim e outras oleaginosas sem sal ou açúcar; cravo, canela, especiarias em geral e ervas frescas ou secas; farinhas de mandioca, de milho ou de trigo e macarrão ou massas frescas ou secas feitas com essas farinhas e água; carnes de*

gado, de porco e de aves e pescados frescos, resfriados ou congelados; leite pasteurizado, ultrapasteurizado ('longa vida') ou em pó, iogurte (sem adição de açúcar); ovos; chá, café, e água potável.

Alimentos Processados

São aqueles processados são fabricados pela indústria com a adição de sal ou açúcar ou outra substância de uso culinário a alimentos in natura para torná-los duráveis e mais agradáveis ao paladar. São produtos derivados diretamente de alimentos e são reconhecidos como versões dos alimentos originais. São usualmente consumidos como parte ou acompanhamento de preparações culinárias feitas com base em alimentos minimamente processados.

Fonte: Guia alimentar para a População Brasileira. Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a).

Os exemplos de **alimentos processados** incluem: *legumes preservados em salmoura ou em solução de sal e vinagre; extrato ou concentrados de tomate (com sal e ou açúcar); frutas em calda e frutas cristalizadas; carne seca e toucinho; sardinha e atum enlatados; queijos; e pães feitos de farinha de trigo, leveduras, água e sal.*

Alimentos Ultra Processados

Alimentos ultraprocessados são formulações industriais feitas inteiramente ou majoritariamente de substâncias extraídas de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amido, proteínas), derivadas de constituintes de alimentos (gorduras hidrogenadas, amido modificado) ou sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas como petróleo e carvão (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e vários tipos de aditivos usados para dotar os produtos de propriedades sensoriais atraentes). Técnicas de manufatura incluem extrusão, moldagem, e pré-processamento por fritura ou cozimento.

Fonte: Guia alimentar para a População Brasileira. Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a).

*Entre os **alimentos ultraprocessados** que são consumidos pela população brasileira incluem-se vários tipos de biscoitos, sorvetes, balas e guloseimas em geral, cereais açucarados para o desjejum matinal, bolos e misturas para bolo, barras de cereal, sopas, macarrão e temperos 'instantâneos', molhos,*

salgadinhos “de pacote”, refrescos e refrigerantes, iogurtes e bebidas lácteas adoçados e aromatizados, bebidas energéticas, produtos congelados e prontos para aquecimento como pratos de massas, pizzas, hambúrgueres e extratos de carne de frango ou peixe empanados do tipo nuggets, salsichas e outros embutidos, pães de forma, pães para hambúrguer ou hot dog, pães doces e produtos panificados cujos ingredientes incluem substâncias como gordura vegetal hidrogenada, açúcar, amido, soro de leite, emulsificantes e outros aditivos.

Um alimento pode ser consumido in natura, em sua forma processada e também como alimento ultraprocessado (Figura 1.). Atualmente, com a expansão da indústria de alimentos, os alimentos ultraprocessados estão presentes na alimentação de todas as famílias em todas as idades, entretanto, seu consumo exagerado traz grandes problemas para a saúde, sociedade e meio ambiente.

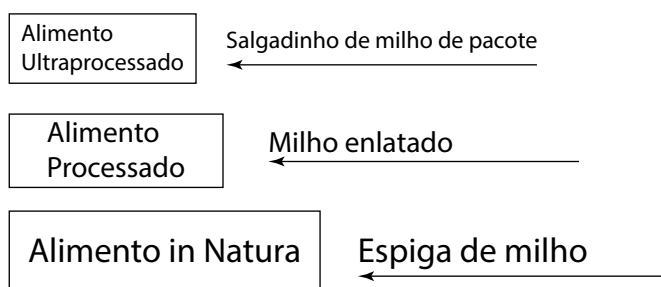


Figura 1 - Exemplos de alimentos “in natura”, “alimento processado e alimento “ultra processado”.

Fonte: Extraído e adaptado do Guia Alimentar para a população Brasileira (BRASIL, 2014a).

O guia alimentar detalha os *10 passos para uma alimentação saudável*, que pode ser usado como ferramenta de orientação pelos profissionais de saúde e ser aplicado no dia a dia das famílias (BRASIL, 2014a).

O ideal é que a alimentação seja composta preferencialmente por alimentos in natura, por refeições caseiras (mesmo que a alimentação seja realizada fora de casa) e que se evite consumir os alimentos ultraprocessados, produtos industrializados prontos para o consumo (normalmente só necessitam ser aquecidos) e a alimentação em redes de *fast foods*. Mesmo no preparo dos alimentos, seja para temperar ou cozinhar, recomenda-se usar moderadamente quantidades de sal, açúcar e óleos e também limitar o uso de alimentos processados (queijos, embutidos, conservas) (BRASIL, 2014a).

Além dos 10 passos, o Guia também destaca uma regra de ouro para alcançar e manter uma alimentação saudável:

Regra de Ouro

Prefira sempre alimentos in natura ou minimamente processados e preparações culinárias a alimentos ultraprocessados.

Fonte: Guia Alimentar para a População Brasileira. Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a).

A promoção da alimentação saudável deve ser foco das orientações dos profissionais de saúde, e ajustada considerando-se as especificidades de cada fase do ciclo da vida (crianças, adolescentes, adultos, idosos, gestantes, nutrízes) e também a condição de saúde de cada pessoa, adaptando-a a situações especiais (diabetes, hipertensão, intolerâncias alimentares, etc.) para tanto, é importante que a equipe de saúde da Atenção Primária esteja capacitada para atuar nestas situações, e nos casos em que não obtiverem sucesso, outras estratégias deverão ser traçadas, como apoio do profissional de nutrição do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (matriciamento, educação continuada, atendimento compartilhado, prescrição dietética, por exemplo) ou em alguns casos, encaminhamento para os níveis secundário e/ou terciário de saúde, através da Rede de Atenção à Saúde (RAS) de cada município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção da alimentação saudável na Atenção Primária à Saúde é de suma importância para a saúde dos indivíduos. Nas últimas décadas o desenvolvimento de tecnologias está cada vez mais acessível para toda a população, e com isso o acesso a qualquer tipo de informação. A mídia traz uma série de informações sobre a temática da alimentação e nem sempre possuem base científica ou qualquer tipo de comprovação que são benéficas à saúde. Desta forma, as unidades básicas, que são a porta de entrada para o sistema de saúde, devem estar atualizadas sobre o tema e cumprir seu papel de cuidar, ensinar, motivar e promover a saúde da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARRUDA, B. K. G.; ARRUDA, I. K. G. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 3, p. 319–26, 2007.
- BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. S181- 91, 2003.
- BRASIL. Emenda Constitucional nº 64 de 04 de fevereiro de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 fev. 2010a.
- BRASIL. Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 ago. 2010b.
- BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 set. 2006. Seção 1, p. 1.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições, para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Rotulagem nutricional obrigatória: manual de orientação aos consumidores. Educação para o consumo saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 17 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira** [Internet]. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 156 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 78 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 116 p. Cadernos de Atenção Básica nº 39.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 84 p. Série B. Textos Básicos de Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 110 p. Série E. Legislação em Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 36 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. **Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 168 p.

- MAIS, L. A.; DOMENE, S. M. A.; BARBOSA, M. B.; TADDEI, J. A. A. C. Formação de hábitos alimentares e promoção da saúde e nutrição: o papel do nutricionista nos núcleos de apoio à saúde da família - NASF. **Revista APS**. v. 18, n. 2, p. 248-255, 2015.
- MICALI, F.G.; GARCIA, R. W. D. **Instrumento imagético para orientação nutricional**. Ribeirão Preto, 2014. 37 p. ISBN: 978-85-917116-0-4.
- MORÉ, C. L. O. O; RIBEIRO, C. **Trabalhando com Grupos na Estratégia Saúde da Família [Recurso eletrônico]**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. 55 p. Eixo 2. Assistência e Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família.
- OSÓRIO, L. C. **Grupos: teorias e práticas acessando a era da grupalidade**. Porto Alegre: Artmed, 2000. 210 p.
- RECINE, E.; CARVALHO, M. F.; LEÃO, M. **O papel do nutricionista na atenção primária à saúde**. 3a ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Nutricionistas, 2015. ISBN 978-85-60446-01-8.
- SANTOS, L. M.; DA ROS, M. A.; CREPALDI, M. A.; RAMOS, L. R. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 346-52, 2006.
- SILVA, R. S. **Metodologias participativas para o trabalho de promoção de saúde e cidadania**. São Paulo: Vetor, 2002.

CAPÍTULO 11

*A Importância do Ensino da
Atenção Primária à Saúde na
Formação Médica*

*João José Batista de Campos
Aldaísa Cassanho Forster*

CONCEITUAÇÃO DO TEMA

O quadro conceitual que fornece as bases para repensar as metodologias ativas no ensino médico da atenção primária à saúde, como campo de práticas é o de considerar que, em cada formação social concreta, a educação cumpre um papel fundamental na reprodução da organização dos serviços de saúde e se cristaliza na atualização e preservação das práticas específicas, tanto nas dimensões do conhecimento quanto nas técnicas e no conteúdo ideológico. Desta forma, a própria organização estrutural da atenção médica exerce um papel dominante através da estrutura do mercado de trabalho e das condições que circunscrevem a prática médica (OPAS, 1976).

Ao longo dos anos, a correta identificação da influência do mercado de trabalho sobre o processo de formação profissional degenerou, em alguns casos, em determinismo estrutural, como se um determinasse o outro, sem a mediação de uma série de processos que se relacionam a ele e podem também influenciá-lo significativamente (Silva, 1973).

Essa forma mecânica de determinação da prática sobre o ensino merece ser questionada, como assinala Feuerwerker (2002), citando como exemplos a reforma do sistema de saúde inglês, que foi feita imediatamente no pós-guerra (Testa, 1995), e o modelo de formação médica adotado no Reino Unido, baseado no relatório Dawson e não na orientação flexneriana. Ou seja, existiria a possibilidade de fazer prevalecer referencial e valores distintos dos hegemônicos sem submeter a organização do sistema de saúde e da educação médica à lógica do capital, ainda que na vigência do capitalismo.

Enfatizam-se com esses exemplos os condicionamentos estruturais que admitem a construção de variantes sob a ação dos sujeitos e a especificidade dos contextos e das relações de força em dado momento histórico. Os modelos sanitários, a prática em particular e a educação dos profissionais de saúde em vigor, em uma dada sociedade e em um dado momento, estão baseados na concepção social predominante do que seja o processo saúde-doença. Sua especificidade é definida em função das características e relações socioeconômicas, políticas e ideológicas no campo do saber teórico e prático sobre saúde e doença, organização, administração e avaliação dos serviços e a clientela dos serviços de saúde (Campos, 2008).

É socialmente, mediante o confronto de interesses de diversas naturezas e de diferentes grupos humanos, que se determina o modo como se estrutura a atenção à saúde e a formação dos profissionais necessários

para prestar esse tipo de serviço (Minayo, 1992). Nessa perspectiva, é importante compreender como se dão os mecanismos de determinação de influência recíproca e as lutas de poder em torno da definição do perfil da educação dos médicos.

As reformas do ensino não podem ser vistas isoladamente ou deslocadas dos momentos em que se deram em situações concretas (Silva, 1987). Influenciadas por vários modelos, muitas escolas de Medicina no Brasil surgiram e outras propuseram-se a reformar seu ensino nos últimos anos. No entanto, o grau de ajustamento social, científico e pedagógico das iniciativas de conformação ou de mudança é variável. A configuração dos cursos depende do contexto e também das características das próprias propostas de intervenção, da “consistência teórico-metodológica, da solidez de sua base estrutural e da pertinência de suas estratégias” (Almeida, 1999).

SIGNIFICADO DO TEMA PARA O TRABALHO DO MÉDICO E DA EQUIPE DE SAÚDE EM APS

Como formar o médico? Qual a melhor forma de ensinar a Medicina? Afinal, qual é o interesse do ensino na Atenção Primária à Saúde na FMRP-USP para os estudantes de medicina e para a equipe de saúde?

No campo da educação, é possível situar três grandes modelos ou correntes do ensino que, de um modo geral, norteiam os projetos pedagógicos, suas práticas educacionais e até mesmo as relações entre os professores e estudantes. São elas: o empirismo, o inatismo e o construtivismo (Macedo, 2002).

Como não poderia deixar de ser, essas tendências estão vinculadas a posturas filosóficas mais amplas sobre a concepção de sociedade e de ser humano. Ao fixismo (ideia de que o mundo sempre se repete) corresponde a concepção essencialista de homem, isto é, a convicção de que todo ser humano tem uma essência fundamental que explica a sua natureza. Por sua vez, o transformismo (ideia de que tudo se renova) associa-se à concepção do homem pela perspectiva relacional, isto é, um ser é constituído não só por uma base biológica, mas pelas múltiplas experiências e relações vividas no meio cultural (Matuí, 1996).

O essencialismo, a depender da concepção de educação, pode estar relacionado ou com o empirismo ou com o inatismo. No empirismo, parte-se do princípio de que o homem, ao nascer, é uma tabula rasa, razão pela qual o conhecimento deve ser introduzido de fora para dentro por um

mestre detentor do saber. Nesse processo, o que se espera do estudante é a assimilação passiva do conhecimento. Em caso de não aprendizagem, a culpa recai no aluno e o professor costuma dizer: “eu ensinei, mas ele não aprendeu”, ou seja, o estudante não foi capaz de “segurar” as informações recebidas (Matuí, 1996).

No inatismo, acredita-se que as crianças já nascem com certa predisposição para aprender, que pode ser explicada pela hereditariedade, pelo dom ou pela raça. A aprendizagem é um processo de revelação daquilo que, de alguma forma, já existe no indivíduo. Quando o aluno não aprende, o professor costuma dizer: “ele não tem a possibilidade de aprender” (Matuí, 1996).

Nessas duas concepções de educação, tanto no empirismo como no inatismo o ensino apenas se ajusta ao que já existe ao que é fixo e pré-determinado. Nascer com um dom ou nascer como uma folha de papel em branco (o “conhecimento zero”) são concepções que têm como consequência a fixação dos processos de ensino, seja para ensinar o que o indivíduo já nasceu para ser, seja para ensinar tudo o que dele se espera.

No relacionismo, que é a base do sócioconstrutivismo, em função da concepção de ensino do educador, o homem se torna homem pela sua história e seu contexto sociocultural sem desconsiderar o aspecto biológico, a educação é pensada a partir das experiências mediadas e dos processos interativos (Becker, 1993); trata-se, portanto, de um processo construído ativamente e a longo prazo pela interação ininterrupta entre professores e estudantes, estudantes e estudantes, estudantes e objetos ou situações que promovem o conhecimento.

O sujeito aprendiz é agente nesse complexo processo pela possibilidade de criar hipóteses, refletir sobre os assuntos trabalhados, testar seus conhecimentos, defender argumentos, lidar com conflitos, desenvolver pontos de vista, compreender causas e correlações.

O pressuposto de formação médica na atenção primária é confirmar um processo que o estudante não se satisfaz com uma especialização precoce, nem se contenta com um saber mínimo. O Médico a ser formado na graduação é aquele com uma educação médica ampla e cientificamente fundamentada

O médico na atenção primária idealmente deverá ser capaz de situar a Medicina no contexto da realidade sociopolítica e que se constitui como um profissional inquisitivo, pesquisador e crítico em face da realidade da saúde e dos problemas sanitários de seu território e do contexto que o envolve.

No campo da saúde, a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) coloca novas e importantes questões diante da necessidade de oferecer atenção integral, resolutiva e de qualidade em todos os níveis do sistema. Por essa razão, o debate sobre formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde vem ganhando importância cada vez maior, já que o descompasso entre o perfil dos profissionais e as orientações do sistema de saúde é identificado como fator crítico para a consecução desses objetivos (Campos, 1998).

Por outro lado, paira no campo educacional uma tradição conteudista e fragmentária típica do modelo empirista. Conteudista porque privilegia o conhecimento como um conjunto pré-determinado e inflexível de saberes a ser passado dos professores aos estudantes. Fragmentário porque se pauta no pressuposto de que as disciplinas devem ser ensinadas de modo independente e que a simples associação (ou acumulação) delas garante a formação profissional. Nessa concepção, a qualidade do “bom médico” se equipara ao seu acervo quantitativo de conhecimentos e técnicas, sem necessariamente considerar o seu compromisso social, sua postura ética ou mesmo sua inquietação científica (Campos et al., 2009). Campos, Elias, Cordoní Jr, 2009).

Apesar de haver, na última década um descompasso entre os setores da saúde e da educação, onde o primeiro foi orientado por um movimento social democratizante e o segundo pelas diretrizes do estado mínimo, as novas diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde indicam caminhos para o enfrentamento desses desafios (Campos et al., 2001).

A confluência dos dois setores tornou-se possível em função da concretização das diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde, como resultado de intensos debates e mobilização dos movimentos dos profissionais de saúde, dos educadores, das associações educacionais, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Saúde por mudança na educação (Almeida e Maranhão, 2003).

Entre as principais diretrizes curriculares (Brasil, 2001) está a indicação de que, na graduação, deve haver uma maior vinculação da formação acadêmica às necessidades sociais de saúde, com ênfase no SUS. Além disso, prescreve-se que os cursos de graduação devem ter como eixo do desenvolvimento curricular o processo saúde-doença em todas as suas dimensões e manifestações — considerando o cidadão, a família e a comunidade, integrados à realidade epidemiológica e social (Almeida et al., 2005).

FORTALEZAS E FRAGILIDADES DO TEMA NO TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

No que tange às competências gerais das equipes de saúde da família, uma das principais fortalezas apontadas nas diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação (Brasil, 2001) é que os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo (Almeida et al., 2007).

Nas diretrizes curriculares de todos os cursos de graduação em saúde (exceto Medicina Veterinária, Psicologia, Educação Física e Serviço Social), alinhados ao processo da reforma sanitária brasileira e atuação no Sistema Único de Saúde, constou uma clara transposição do artigo 198 da Constituição Federal. Diz o artigo 198 que “as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”. De acordo com as diretrizes curriculares nacionais, para a formação de médicos, biomédicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, odontólogos e terapeutas ocupacionais, consta do documento oficialmente aprovado pelo Conselho Nacional de Educação a seguinte recomendação: “a formação do profissional deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e **o trabalho em equipe**” (Feuerwerker, 2004).

Em função da necessidade de mudanças na formação profissional relacionadas à organização e às práticas dos serviços, há várias iniciativas orientadas à construção de agenda comum entre gestores municipais e instituições formadoras, visando uma maior cooperação entre as universidades e os serviços de saúde, bem como a elaboração de projetos pedagógicos capazes de produzir perfis profissionais mais adequados ao sistema de saúde.

Nessa direção, as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a articulação entre trabalho e aprendizagem, a prática ao longo de todo o curso e em todos os cenários em que ocorre o processo saúde-doença, o compromisso com a resolução de problemas da realidade são alguns dos elementos fundamentais das novas propostas para a formação profissional do médico (Feuerwerker, 1999).

Apesar de o processo de construção do SUS ter alimentado diretamente o movimento por mudanças na educação dos profissionais de saúde, de modo geral, a participação da Saúde Coletiva na graduação médica não tem sido objeto de reflexão sistemática (Forster et al., 2001).

O grande esforço de constituição do campo da Saúde Coletiva concentrou-se na pós-graduação e na produção de conhecimento. O ensino nos cursos de graduação da área de saúde tende a reproduzir os eixos disciplinares da pós-graduação, quais sejam, a epidemiologia, o planejamento e gestão em saúde, ciências sociais em saúde e saúde do trabalhador, aparecendo, quer como disciplinas específicas, quer como conteúdos embutidos em disciplinas mais gerais, ou como temáticas e práticas em módulos interdisciplinares (Cyrino, 2002), o que reforça a concepção fragmentária da formação médica.

Especificamente quanto ao ensino desses conteúdos, as novas diretrizes curriculares nacionais enfatizam a necessidade de incorporação do enfoque epidemiológico, populacional, na compreensão dos “determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais” do processo saúde-doença, estabelecendo que a estrutura do curso de graduação tenha como um dos eixos do desenvolvimento curricular “as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações”, como consta da resolução aprovada pelo Conselho Nacional de Educação.

Afinal, as transformações não acontecem por acaso. Basta lembrar que, se no passado a Saúde Coletiva capitaneou processos que permaneceram isolados, os Departamentos de Medicina Preventiva em particular, desenvolveram múltiplas experiências de práticas extramurais, desde os Centros de Saúde Escola até a inserção e articulação com redes de serviços locais, nas experiências de Integração Docente Assistencial (IDA) da década de 1980 (Marsiglia, 1995).

Entre as iniciativas promovidas no Brasil para a introdução de novas práticas de formação do profissional de saúde, tecnicamente preparados para prestar atenção integral à saúde e comprometidos com a solução dos problemas sanitários na prática de atenção primária destaca-se o Programa UNI (Kisil e Chaves, 1994).

Esta iniciativa foi desenvolvida com o apoio da Fundação Kellogg em seis instituições de ensino superior, em parceria com os sistemas locais de saúde e com organizações comunitárias, para a implantação de mudanças na formação, na organização da atenção à saúde e na participação popular.

Além dessas experiências apoiadas, ressalta-se a do município de Ribeirão Preto (SP), que vem sendo reconhecida como potencialmente

promotora de mudanças significativas na formação de médicos. As novas propostas de orientação do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP têm contemplado a articulação entre o ensino e serviços de saúde, com uma ampla utilização de cenários de ensino extra-hospitalares e alteração dos processos de aprendizagem e de relações entre docentes e estudantes na atenção primária voltada para a medicina de família e comunidade. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. (FMRP - USP, 2007).

No cenário das mudanças na graduação, essa experiência assume um papel estratégico, justamente por estar trilhando um caminho próprio para a consolidação do seu projeto de reforma na formação médica.

Neste sentido, a análise dos processos de implantação, a consideração das dificuldades enfrentadas, o estudo das alternativas propostas e, sobretudo, a avaliação dos primeiros resultados constituem focos de particular relevância na busca de alternativas para a configuração até mesmo da própria saúde pública (Menéndez, 1992).

Estudar o ensino médico da atenção primária parece ser de fundamental importância para que se possa identificar estratégias e buscar subsídios para processos de mudança dos referenciais pedagógicos ou do projeto de ensino, validar alternativas de ensino para novos processos de formação e propor princípios norteadores para as políticas de formação de profissionais de saúde.

DEMONSTRAR O TEMA POR MEIO DE CASOS – PROBLEMATIZAÇÃO

Nesse processo, chamo a atenção dos leitores para o trabalho com este caso a seguir. Convido-os a lidar com a tecnologia da problematização ou da aprendizagem baseada em problemas (Mennin, 2002). Como já se disse, mais do que uma técnica de metodologias ativas, o que está em pauta é a descoberta da resolução do problema e o posicionamento dos estudantes na realidade sanitária brasileira.

Nessa perspectiva, aproximar os debates teóricos que hoje se colocam na esfera educacional das diferentes dimensões da prática pedagógica: a apropriação desta tecnologia pelas Escolas Médicas, as práticas interativas como recursos de aprendizagem, a resolução de problemas como estratégias de ensino, as relações entre o ensino presencial e o ensino à distância, a revisão das práticas de ensino em função do protagonismo do estudante relaciona-se com as metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade de se pensar a formação médica a partir da singularidade desta instituição acadêmica como é a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, nos leva a conciliar, no processo formativo, o conhecimento técnico e a aproximação do estudante com a realidade dos processos de saúde e doença no Brasil.

A convicção de que a formação médica não pode ser garantida apenas pelo acúmulo de informações de diferentes áreas da Medicina, mas também pelo desenvolvimento de posturas críticas, de compromisso social e de constituição de uma ampla cultura profissional na área de saúde (Campos, 2016).

Acreditamos que hoje a evidência de que o currículo por mais arrojado que esteja não elimina as inquietações, não dá conta de todos apelos e não supre todas as necessidades inerentes à formação médica, tal é a complexidade dos aspectos envolvidos. Embora a reforma curricular possa ser um fator positivo para a qualidade da formação, outros fatores interferem nesse processo, como é o caso da tradicional estruturação dos estágios no internato médico. Ainda que esses estágios sejam tão frequentemente apontados como a “salvação” do curso, parece certo que a sua qualidade depende da estrutura de seu funcionamento, da articulação com a formação básica e da aproximação ao sistema de saúde (Campos et al., 2015).

Finalizando acreditamos que a efetiva implementação das novas propostas curriculares e o seu bom desempenho estão diretamente relacionados com a agilidade que a FMRP vier a ter para acompanhar o desenvolvimento do seu projeto pedagógico, avaliar os seus resultados, diagnosticar eventuais falhas e corrigir problemas, o que, por sua vez, pressupõe uma articulação política e institucional entre gestores, professores e estudantes, cada vez maior e mais intensa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida MJ, Feuerwerker LCM, Llanos M, organizadores. *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: EDUEL, 1999.

Almeida MJ, Maranhão E. *Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde*. Londrina: Rede Unida; 2003.

- Almeida MJ, coordenador. Pereira LA, Turini B, Nicoletto SCS, Campos JJB, Rezende LR, Mello PL. *Formação dos profissionais de saúde no Paraná e a implantação das diretrizes curriculares nacionais*. Londrina; 2005. Relatório Final do Projeto de Pesquisa financiado pelo CNPq Nº 47.4029/2003-4.
- Almeida MJ, Campos JJB, Turini B, Nicoletto SCS, Pereira LA, Rezende LR, Mello PL. Implantação das diretrizes curriculares nacionais na graduação em medicina no Paraná. *Rev Bras Educ Med*. 2007; 31(2):156-65.
- Brasil. MEC. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001. Brasília, 2001.
- Campos FE. A globalização e a educação médica: estaríamos no momento de um padrão médico global? *Bol ABEM*. 1998; 26(2):1-2.
- Campos FE, Ferreira JF, Feuerwerker L, Sena, RR, Campos, JJB, Cordeiro, H, Cordoni Junior, L. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. *Rev Bras Educ Med*. 2001;25 (2): 53-9.
- Campos JJB, Elias PEM. A Saúde Coletiva no curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina: reflexões iniciais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.32, p.149 - 159, 2008.
- Campos JJB, Elias PEM, Cordoni Jr L. O ensino da saúde coletiva na graduação médica: estudo de caso em três universidades do Paraná. *São Paulo Medical Journal*, v.127, p.335 - 341, 2009.
- Campos JJB et al. La salud em formacion publica em la Universidad de Granada y su relación com la salud familiar. *CADERNOS DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E FISIOTERAPIA. CAD EDU SAUDE E FIS*, v.2, n.3, 2015. (Disponível na internet em http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioterapia/article/view/353/pdf_18).
- Campos JJB, Forster AC, Freire Filho JR. Lições aprendidas na comparação dos sistemas de saúde brasileiro e espanhol. Espaço para a saúde – Revista de Saúde Pública do Paraná (impresso & eletrônico), v.17(1), p.121-29, 2016. (Disponível na internet em <http://www.inesco.org.br/revista.asp>). DOI10.5433/1517-7130.2016v17n1p121
- Cyrino EG. *Contribuições ao desenvolvimento curricular da Faculdade de Medicina de Botucatu*: descrição e análise dos casos dos cursos de pediatria e saúde coletiva como iniciativas de mudança pedagógica no terceiro ano médico [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2002.
- Feuerwerker LCM. Cinco caminhos para não abrir espaços de transformação do ensino médico. *Rev Bras Educ Med*. 1999; 23(2/3): 21-26.
- Feuerwerker LCM. *Além do discurso de mudança na educação médica*: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: ABEM; 2002.
- Feuerwerker LCM, Almeida MJ. Diretrizes Curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação! *Revista da ABENO*. 2004; 4(1):14-6.
- Forster AC, Passos ADC, Dall-Fabbro AL, Laprega MR. Transformation and trends in pre-

- ventive and social medicine education at the undergraduate level in a Brazilian medical school. *Gac Sanit.* 2001;15(6):519-22.
- Kisil M, Chaves M. *Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde.* Battle Creek: Fundação Kellogg; 1994.
- Matui J. *Construtivismo: teoria construtivista sócio-histórica aplicada ao ensino.* São Paulo: Moderna; 1996.
- Marsiglia RG. *Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil.* São Paulo: Hucitec; 1995.
- Menéndez E. L. Salud Pública: sector estatal, ciência aplicada o ideologia de lo posible. In: OPS. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate.* Washington: La Organizacion; 1992. (Publicación Científica n. 540).
- Mennin S, Gordan P, Al Shazali, Majoor G. Problem-based learning. Network position paper. *The Meducator*; 2002; 2(2): 5-13.
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento.* São Paulo: Hucitec; 1992.
- OPAS. *Enseñanza de la medicina preventiva y social: 20 años de experiencia latinoamericana.* Washington; 1976. (Publicación Científica, n. 234).
- Silva GR. Origens da medicina preventiva como disciplina do ensino médico. *Rev Hosp Clín.* 1973; 28:91-6.
- Silva GR. Uma retrospectiva da educação médica no Brasil. *Rev Bras Educ Méd.* 1987;11(3):81-6.
- Testa M. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde.* São Paulo: Hucitec; 1995.
- Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP - USP). Projeto Pedagógico do Curso de graduação em medicina. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.

PARA SABER MAIS

- ANDRADE, S.M., SOARES, D.A., CORDONI Jr., L. (org.), **Bases da Saúde Coletiva.** Eduel – Abrasco, Londrina, 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestão Municipal da Saúde: leis, normas e portarias atuais.** Rio de Janeiro: Brasil, 2001.
- CAMPOS, G.W.S; MINAYO, M.C.; AKERMAN, M. et al. (org). **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- GIOVANELLA, L. et al. (org.), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.
- IBAÑEZ, N; ELIAS, P.E.M; SEIXAS, P.H.D. (org). *Política e gestão pública em saúde.* São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011.

Consultar os seguintes links na internet:

Plataforma Educacional de Saúde da Família do Departamento de Medicina Social da UFPel: <https://dms.ufpel.edu.br/p2k>

Campus Virtual de Saúde Pública. Ferramenta de cooperação técnica da Organização Panamericana de Saúde (OPS) para a aprendizagem em rede na região das Américas: <https://cursos.campusvirtuaisp.org/>

Revista Espaço para a Saúde: <http://www.inesco.org.br/revista.asp>

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988: <http://www.soleis.com.br/Constituicao.htm>

Caso 1

Atenção Primária à Saúde e o ensino médico

Numa reunião extraordinária da Congregação da Faculdade de Medicina analisou-se a proposta de inserção dos estudantes de medicina na rede de serviços de atenção primária do município, desde o primeiro ano do curso. Participaram o Diretor da Faculdade, Chefes de Departamento e representantes dos estudantes.

Professor Antônio – o Diretor, destaca que esta proposta chega em um momento oportuno de avaliação institucional que poderá contribuir para levar a acreditação da Faculdade pelo SAEME (Sistema de Acreditação de Escolas Médicas), em processo de implantação pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM).

Professora Maria – Chefe de Departamento, manifesta o seu apoio a iniciativa considerando que esta é uma tendência mundial de focar a importância da atenção primária. Porém enfatiza que não se trata só de levar os estudantes aos Centros de Saúde Escola, lembra que já se tem aprendido com a experiência de integração docente assistencial dos anos 80. Lembra que esta tarefa exige muito trabalho, negociação com os serviços de saúde e não deve incluir apenas o Departamento de Medicina Social, mas todos os Departamentos da Faculdade precisam se comprometer com esta proposta, sendo essencial um consenso para esta tomada de decisão.

Professor José – Chefe de outro Departamento diz que esta proposta é inadmissível. A ciência avança, a tecnologia desafia a nossa sociedade. A Universidade deve estar na fronteira do conhecimento, não nos cabe resolver os problemas sociais que o governo não enfrenta. Sempre formamos exce-

lentes profissionais, com altos índices de aprovação em todos os concursos de Residência Médica, até no exterior e agora veem esta história dos alunos nos Postinhos de Saúde, o que vão aprender ali? A má prática profissional?

Professor Luis – Diretor do Hospital Universitário diz com toda clareza que será cada vez mais difícil manter um hospital caro como este para tratar as condições simples, que não exigem tanta densidade tecnológica, como dispomos no HU. Temos uma relação de custo benefício muito mal e quem paga é a sociedade. Muitos professores gostam do ambulatório com todas as condições, porém quem tem a responsabilidade pela gestão sabe que os sistemas de saúde no mundo estão em crise, os custos são crescentes e se está questionando o modelo hospitalocêntrico. Me preocupa que alguns professores considerem que a tecnologia seja só o equipamento de última geração e não considerem outros conhecimentos produzidos com bases tão sólidas, como as tecnologias leves que indicam outros caminhos.

Fausto – Estudante do Internato Médico destaca a problemática do HU com o sistema de saúde como um todo e que na sua opinião é o que deve orientar a sua inserção. Qual é o papel da Universidade? Qual é o nosso compromisso com a sociedade que nos sustenta? Que se espera de nós no futuro? O que entendemos por um bom profissional médico? Na minha opinião, nós como futuros médicos devemos não apenas poder tratar as doenças, como sermos capazes de identificar as necessidades de saúde da população.

Consuelo – Estudante do 4º ano do curso pergunta sobre a proposta de inserção dos alunos nos serviços de saúde, que além da prevenção deveriam se preocupar com a promoção da saúde, porque os países que avançaram nesta linha, tem maior efetividade em suas intervenções de saúde, enquanto nós seguimos como se nada tivesse acontecido com nosso currículo de sempre, que foi inovador quando foi implantado, porém agora não se sustenta mais nas bases do conhecimento disponível sobre educação médica moderna.

Professor Antônio – o Diretor da Faculdade pergunta: qual a decisão que devemos tomar?

CAPÍTULO 12

*A Importância da Adoção de Metodologias
Ativas no Ensino Médico da
Atenção Primária à Saúde*

Augustus Tadeu Relo de Mattos

Thatiane Delatorre

William Zaccaro Gomes

CONCEITUAÇÃO DO TEMA

Apesar dos avanços ocorridos ao longo dos últimos anos, a formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS) permanece como um grande desafio no tocante ao objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde no Brasil e, conseqüentemente, os indicadores de morbidade e mortalidade da população. Um dos passos fundamentais para a melhoria da formação dos recursos humanos para a saúde foi a Portaria Interministerial nº 610, de 26 de março de 2002, quando o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação instituem o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed). Um dos objetivos do Promed foi favorecer a adoção de metodologias pedagógicas ativas e centradas nos estudantes, visando prepará-los para a autoeducação permanente num mundo de constante progresso científico. Colocar o foco no estudante significa posicioná-lo como sujeito da aprendizagem, onde o educador atua como facilitador do processo, rompendo a lógica da memorização, da transferência unidirecional e fragmentada dos conteúdos, geralmente pouco articulados com a prática e com as situações reais que os alunos vivenciam no ambiente de trabalho (BRASIL, 2002).

Diante disso, exploraremos neste capítulo alguns conceitos que nos levam a refletir, compreender e ressignificar a aprendizagem tradicional. Cabe ressaltar que existem muitos estudiosos e teorias que tratam dos processos de ensino-aprendizagem, seus significados e diferenças. O presente capítulo é uma introdução ao tema dentro do que os autores acreditam ser relevante para a formação do profissional médico e de saúde, não tendo o objetivo de esgotá-lo.

Considerando a velocidade vertiginosa com que se produzem e são colocados à disposição novos conhecimentos e tecnologias no mundo contemporâneo, um dos objetivos fundamentais de aprendizagem do curso de graduação é o de aprender (BRASIL, 2002). Do ponto de vista cognitivo, a aprendizagem consiste em um processo de armazenamento e organização de informações de modo que essas possam ser manipuladas e utilizadas no futuro (MOREIRA; MASSINI, 1982). A aquisição de novos conhecimentos parte daquilo que nos impressiona, do que é sentido, percebido e compreendido, sendo constantemente adquirido e reelaborado, o que permite ao homem situar-se no mundo e decidir como agir. A aprendizagem precisa fazer sentido ou ter sentido para os atores nela envolvidos, conceito proposto por Ausubel e denominado como aprendizagem significativa, que considera a

relação entre um novo conhecimento e a estrutura de conhecimento pré-existente no indivíduo como fundamental para a aprendizagem (MOREIRA; MASSINI, 1982). De outra maneira, pode-se dizer que a aprendizagem significativa ocorre quando o estudante se dá conta de que o assunto a ser estudado tem relação com seus próprios objetivos (GADOTTI, 1998). Os educandos são sujeitos da produção do saber uma vez que experimentam as situações-problema no mundo da vida e/ou do trabalho que geram inquietudes e necessidade do saber.

A concepção tradicional de ensino tem como características principais ser centrado no professor que tradicionalmente é detentor do saber, a transmissão do conhecimento de modo desconectado com a realidade por meio de aulas expositivas, disciplinas estanques e processos de avaliação baseados em testes e provas. Essa concepção cada vez mais cede espaço a uma nova concepção centrada no estudante, entendendo este como sujeito ativo do processo de ensino-aprendizagem e propondo um modo dialógico, baseado nas situações reais do universo de ação e atuação do educando (FREIRE, 2005; BRASIL, 2002). Isso não visa polarizar as concepções, mas sim refletir sobre a necessidade de trabalhar ambas em equilíbrio no contexto dos objetivos dos processos de ensino-aprendizagem.

Em um curso de medicina ou da área de saúde existem diversas estratégias de ensino para facilitar o processo de aprendizagem com particularidades que podem ser aplicadas para maximizar o aproveitamento nas diversas situações e cenários. A aula teórica e as estratégias de sala de aula continuam sendo ferramentas poderosas para abordagem de ensino em especial para grandes grupos. Por outro lado, o trabalho em pequenos grupos facilita a interação entre os integrantes e torna possível o aprendizado colaborativo com os estudantes aprendendo uns com os outros (REIS, 2014). Outro conceito-chave de um modelo pedagógico inovador é o de aprender fazendo, que pressupõe a inversão da sequência clássica teoria-prática na produção do conhecimento, assumindo que ele aconteça de forma dinâmica por intermédio da ação-reflexão-ação (BRASIL, 2002). Para explorar problemas reais, bem como, propor soluções possíveis e compartilhadas, as metodologias ativas de ensino-aprendizagem têm sido adotadas como um potente recurso nesse sentido.

Entende-se por metodologias ativas de ensino aprendizagem, aqueles processos que utilizam a problematização como estratégia para a construção do conhecimento onde um dos objetivos é motivar o estudante que diante

de um problema, desenvolve a capacidade de observação e questionamento, permitindo refletir e, assim, produzir novos significados na busca pela solução do problema. Dessa forma, o sujeito da aprendizagem ativa constrói a trajetória para o seu crescimento, guiado pela liberdade e autonomia que o auxiliam na tomada de decisões (CYRINO, TORALLES-PEREIRA, 2004).

Cada vez mais as metodologias ativas de ensino-aprendizagem têm sido utilizadas na formação dos profissionais da saúde, de forma a integrar as diferentes áreas do conhecimento, possibilitando que o estudante desenvolva capacidade crítica e reflexiva diante de problemas reais com os quais se depara (BARROWS; TAMBLYN, 1980 e BATISTA et al., 2005).

Utilizar a problematização como opção pedagógica permite ao estudante incrementar a sua capacidade de operar como agente de transformação social na busca por soluções originais (BORDENAVE; PEREIRA, 2005; BORDENAVE, 1999) mobilizando seu potencial social, político e ético, para atuar como cidadão e profissional em formação (CYRINO, TORALLES-PEREIRA, 2004).

O diagrama conhecido como Método do Arco ou Arco de Magueréz (em referência ao seu idealizador Charles Magueréz) utiliza-se de elementos gráficos para ilustrar o processo de problematização. Esse arco observa os distintos momentos dessa alternativa pedagógica: 1) a observação da realidade, 2) os pontos-chave ou a identificação de problemas, 3) a teorização, que busca o conhecimento já produzido e tenta explicar os problemas encontrados (causas) com o objetivo de auxiliar na compreensão dos mesmos e subsidiar a sua solução, 4) a proposta das hipóteses ou alternativas de solução e 5) a aplicação dos resultados à realidade que é caracterizada pela execução do trabalho prático pretendendo transformar a realidade inicial (BORDENAVE; PEREIRA, 2005). A Figura 1, que representa o Arco de Magueréz, ilustra as etapas da problematização já descritas.

A Figura 2 ilustra, por sua vez, a utilização da problematização numa comunidade. Partindo da observação da realidade da população, onde as pessoas envolvidas devem questioná-la para buscar as possíveis explicações para os problemas através da reflexão colaborativa, selecionando as dimensões consideradas mais importantes pelo grupo. Na sequência o grupo precisa buscar no conhecimento já produzido outras explicações para esses problemas e também as respostas que serão construídas de maneira participativa para a solução daqueles problemas. A próxima etapa consiste na intervenção/execução de ações (trabalho prático ou de campo) para superar as dificuldades encontradas nesse contexto.

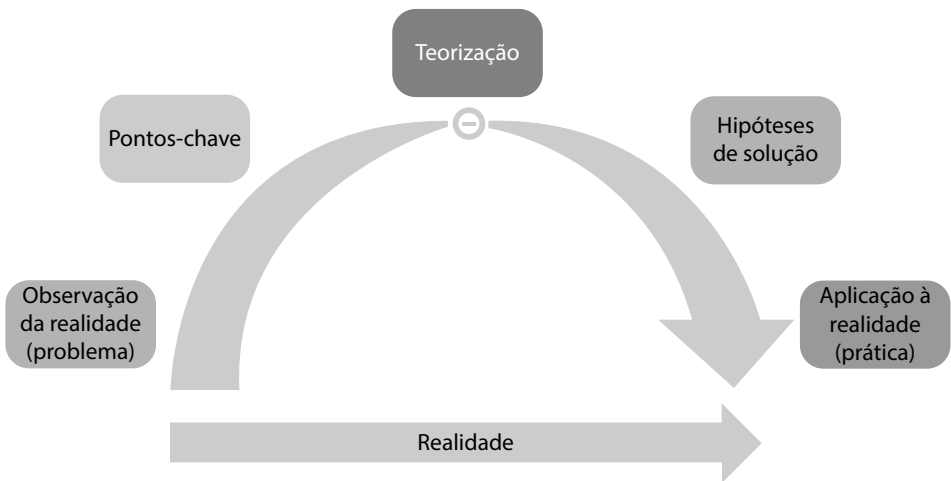


Figura 1 - Arco de Maguerez.

Fonte: Elaboração dos autores, adaptado de BORDENAVE e PEREIRA, 2005



Figura 2 - Aplicando a problematização junto à comunidade (SÃO PAULO, 1997).

Buscando atender às novas Diretrizes Curriculares Nacionais pertinentes aos Cursos de Medicina, a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo implantou, a partir do ano de 2006, mudanças no currículo do curso. Foram introduzidas as disciplinas de Atenção à Saúde da Comunidade para o primeiro e segundo anos empregando metodologias ativas de ensino-aprendizagem com a finalidade de propiciar aos estudantes o contato precoce com a comunidade e com as famílias que a compõem, permitindo-lhes conhecer a população, perceber os problemas de saúde físicos, psicológicos, sociais e ambientais vivenciados pelos membros da comunidade, além de conhecer os diferentes equipamentos sociais e de saúde existentes; ampliar a concepção de saúde; conhecer a rede de serviços do sistema público de saúde local e aproximar o estudante do seu objeto de trabalho.

A disciplina visa à integração teoria-prática em cenários reais, com ênfase na inserção do estudante no cenário de uma Unidade de Saúde da Família (USF)/Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito de Saúde Oeste do município de Ribeirão Preto, onde o estudante é estimulado ao desenvolvimento de capacidades relacionadas: ao cuidado à comunidade; à gestão do trabalho como participante de uma equipe de saúde; à educação em saúde na interação com pacientes, familiares, trabalhadores dos serviços e a comunidade e ainda a elaboração de projetos de pesquisa ou intervenção voltados à realidade e necessidades da população.

A adoção de metodologia de aprendizagem ativa compreende atividades que permitem refletir sobre os problemas de saúde na área da Atenção Primária/Atenção Básica, familiarização com a educação à distância por meio do acesso da Plataforma Moodle Stoa, discussões sistemáticas sobre os temas, com abordagens teórico-práticas pelo corpo docente, discente e profissionais de saúde vinculados a essas equipes. As capacidades a serem desenvolvidas na área de competência de educação subsidiam o processo ensino-aprendizagem e o desenvolvimento de competência profissional para o cuidado às necessidades coletivas e para a gestão articulando ensino-pesquisa-extensão.

SIGNIFICADO DO TEMA PARA O TRABALHO DO MÉDICO E DA EQUIPE DE SAÚDE EM APS

Os conceitos de ensino-aprendizagem são essenciais na prática do médico e/ou profissional de saúde tanto no trabalho em equipe quanto na relação

com o usuário do serviço de saúde. Na APS, a composição multiprofissional das equipes constitui um importante potencial para a efetividade das ações de saúde. O trabalho singular realizado por esses atores necessita ser continuamente revisitado por meio de processos educacionais, buscando a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. O médico, como membro da equipe, tem a corresponsabilidade de ser ator e facilitador dos processos de ensino-aprendizagem da equipe, o que vai além da capacitação pontual, ou seja, deve desenvolver ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas. A equipe, *in loco*, deve ser capaz de transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco, incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem (BRASIL, 2009).

Na prática dos serviços de saúde, a aprendizagem não se limita a incorporar conhecimento, mas saber que conhecimento é necessário incorporar, o que aprender, o que desaprender e como fazer para que os outros (o grupo como um todo) o façam, uma vez que os resultados de uma equipe depende da mobilização de todos. Assim, os conhecimentos específicos que se ensinam em um curso ou oficina podem não ser suficientes para a mudança nas próprias organizações e seus respectivos contextos.

Outro aspecto importante na atuação do médico ou profissional de saúde nos processos educativos está na relação com os usuários do serviço de saúde. Tem-se reconsiderado o papel dos profissionais de saúde na vida das pessoas buscando, nas relações produtivas entre as equipes de saúde e os usuários dos serviços, a superação da atenção prescritiva e centrada na doença e implantação de uma nova forma de relação que se denomina de clínica colaborativa e atenção centrada na pessoa (MENDES, 2012). Isso envolve considerar o usuário como ser ativo no seu próprio cuidado em saúde e leva à reflexão sobre o uso corriqueiro da palavra paciente para referir aquele a quem os cuidados de saúde são prescritos, caracterizando as pessoas que se apresentam, de forma passiva na atenção à saúde. A atenção colaborativa e centrada na pessoa reposiciona os sujeitos nas relações com os profissionais de saúde porque eles deixam de ser pacientes para se tornarem as principais produtoras sociais de sua saúde, participando do próprio plano de cuidado de acordo com suas necessidades, seus valores e suas preferências (MENDES, 2012). Tal concepção é aplicável tanto ao nível do cuidado individual

quanto ao nível do cuidado coletivo, frequentemente realizado por meio de grupos de educação em saúde na comunidade onde o profissional de saúde tem um papel educador importante, que deve considerar a importância do diálogo, do conhecimento prévio dos sujeitos, e suas subjetividades, a autonomia e protagonismo dos mesmos para promover resultados eficazes e significativos na vida das pessoas.

Também é importante destacar outro ponto que produz constantes frustrações nos profissionais de saúde, relacionado com os processos de mudança de comportamento necessários para atingir as metas de saúde de determinada condição. É importante refletir que as mudanças de comportamento não ocorrerão somente a partir de informações fornecidas em atividades educacionais baseadas em palestras ou em grupos tradicionais operados com base numa atitude informacional e prescritora por parte dos profissionais de saúde. Deve-se trabalhar, concomitantemente, as dimensões cognitivas e emocionais das pessoas para que o processo de mudança possa efetivamente ocorrer.

Assim, no trabalho do médico do profissional de saúde, todos os espaços de interação e inter-relação entre equipe, gestão e comunidade são processos produtivos no qual a negociação é a forma mais pertinente de pactuações e decisões, permitindo que as concepções do trabalho e das relações em saúde sejam permanentemente revisitadas. O contato precoce dos estudantes com esse tipo de metodologia de ensino-aprendizagem possibilita que os mesmos adquiram competências fundamentais nesses aspectos na busca por soluções reais, possíveis e compartilhadas frente aos problemas identificados nos cenários de prática e locais de trabalho.

FORTALEZAS E FRAGILIDADES DO TEMA NO TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (EXPERIÊNCIA E LITERATURA CIENTÍFICA)

Fortalezas

A utilização de metodologia ativa de ensino aprendizagem permite considerar as demandas de aprendizado dos estudantes de modo individualizado na medida em que o trabalho com pequenos grupos facilita a interação educando-educador e favorece o reconhecimento das fragilidades para a sua formação. Além disso, a aprendizagem significativa a partir de problemas reais promove o pensamento crítico sobre uma realidade, es-

estimulando a liberdade, autonomia e compromisso com uma determinada tarefa. Dessa forma, possibilita acreditar na potencialidade das pessoas, na importância da participação no processo de aprendizagem, na auto-crítica em relação a essa participação individual e coletiva, cujo objetivo é instigar o estudante a ter iniciativa e responsabilizar-se por suas ações (FEUERWERKER, 2002).

Quando se trabalha com situações da vida real e com toda a sua complexidade, a compreensão crítica-reflexiva inclina-se radicalmente na direção da produção do conhecimento transdisciplinar, pois essas situações necessitam da integração do conhecimento de áreas distintas para a superação de dificuldades (problemas complexos).

Assim o uso da problematização é uma poderosa ferramenta para o enfrentamento de situações ou problemas desestruturados de natureza biológica, psicológica e social, como acontece na vida real (FEUERWERKER, 2002).

Fragilidades

Entre as fragilidades para o uso deste tipo de metodologia pode-se considerar a falta de compreensão em relação à proposta pedagógica não apenas por parte dos estudantes, mas também dos profissionais de saúde dos serviços envolvidos com o ensino produzindo uma interpretação equivocada, resultando em falta de compromisso e desinteresse quando comparada ao modelo tradicional. Da mesma forma, a ausência ou deficiência na capacitação docente para a proposta pedagógica, onde o professor/facilitador precisa ter domínio do processo, conhecimento e a preparação das suas etapas, o que requer uma dedicação muito maior em relação a preparação de uma aula expositiva tradicional podendo comprometer o processo ensino-aprendizagem (SOUZA, IGLESIAS, PAZIN-FILHO, 2014). Outra questão a ser considerada como possível fragilidade é a falta de apoio institucional para a mudança do modelo pedagógico, devendo ser discutida amplamente com docentes das diversas áreas no sentido de auxiliar na reflexão crítica sobre as práticas tradicionais (FEUERWERKER, 2002).

Para a consolidação da mudança é fundamental levar em conta a ambiência, uma vez que em muitos casos as salas de aula e o material didático a ser utilizado não são compatíveis com a necessidade da proposta pedagógica. A inadequação do espaço físico para o trabalho em pequenos

grupos, assim como a falta de preparo de material didático, podem dificultar o cumprimento dos objetivos pedagógicos. A elaboração de disparadores de discussão ou situações problema que cumpram os conteúdos e atendam as necessidades de aprendizagem dos estudantes, requer um elevado tempo trabalho e planejamento prévios, e quando isso não ocorre potencializa-se uma fragilidade.

Um desafio para a produção do cuidado na sua forma integral ser a maneira fragmentada como o trabalho em geral costuma ser dispensado nos serviços de saúde, atrapalhando a inserção de estudantes, limitando a sua capacidade de ação, sobretudo naquelas relacionadas à prevenção e promoção da saúde, uma vez que se privilegia a atenção episódica (FEUERWERKER, 2002). Por outro lado, a fragmentação na formação em saúde também induz a uma prática profissional que reforça ainda mais a fragmentação do cuidado, do modelo de gestão e do próprio sistema de saúde, promovendo um ciclo vicioso e alienante.

A dificuldade em enxergar os resultados em curto prazo pode inibir a concretização do processo de mudança, fazendo com que muitos dos envolvidos desistam durante o percurso. É preciso destacar que a mudança é processual e construída por meio de estratégias de acumulação de poder, redefinindo a todo tempo as discussões e os conflitos que irão surgindo durante o caminho (TESTA, 1995).

A coexistência de distintos modelos pedagógicos, os quais disputam espaço nos currículos, é também uma fragilidade para a implementação das metodologias ativas. A concepção “bancária” definida por Paulo Freire, na qual a educação é praticada como o ato de depositar, transferir e de transmitir valores e conhecimentos ainda é fortemente hegemônica nos modelos educacionais. Freire, porém, alerta que *“quanto mais se exercitem os educandos no arquivamento dos depósitos que lhes são feitos, tanto menos desenvolverão em si a consciência crítica de que resultaria a sua inserção no mundo, como transformadores dele”* (p.68, FREIRE, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tomando-se a aprendizagem como um processo ativo, fundamentada no enfrentamento de problemas, e orientada pelas necessidades de aprendizagem do estudante, é possível reconhecer que a utilização de metodologia ativa representa uma importante estratégia para a construção do co-

nhecimento a partir da reflexão sobre a sua prática em cenários reais com potencial de produção de ações que sejam transformadoras nos cenários onde esses estudantes atuam.

Poder lidar com situações reais no processo ensino-aprendizagem ao longo da formação médica é um aspecto fundamental para contemplar nesse processo os aspectos humanísticos e éticos desses profissionais. Dessa maneira a prática clínica poderá ser enriquecida na medida em que o estudante seja capaz de elaborar um projeto de cuidado adequado e contextualizado, pautado pelo compromisso e pelo interesse em atender as necessidades das pessoas sob o seu cuidado (FEUERWERKER, 2002).

Ainda que as mudanças possam levar algum tempo para serem observadas, esse tipo de abordagem possui enorme potencial para induzir transformações profundas não apenas nas práticas pedagógicas, mas na própria organização/instituição e nas práticas de saúde, estimulando a participação de docentes, estudantes e trabalhadores nesse processo onde uma ação conduz a outra num movimento crescente de mudança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde: saúde e educação lançam programa para mudar o currículo de medicina. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p.375-378, jun. 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000200014>>. Acesso em: 02 maio 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (B. Textos Básicos de Saúde). Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9.
- BARROWS, Howard S.; TAMBLYN, Robyn M. **Problem-based learning: an approach to medical education**. New York: Springer Publishing Company, 1980. 224 p. (Springer Series on Medical Education v. 1).
- BATISTA, Nildo et al. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 39, n. 2, p.231-237, abr. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102005000200014>.
- BORDENAVE, J. E. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.
- BORDENAVE, J. E. D. Alguns fatores pedagógicos. **Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos CADRHU**, p. 261-268, 1999.

- CYRINO, Eliana Goldfarb; TORALLES-PEREIRA, Maria Lúcia. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde Pública**, [online], v. 20, n. 3, p.780-788, jun. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2004000300015>>. Acesso em: 10 maio 2017.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 44. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
- FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. Rio de Janeiro: Hucitec Editora, 2002. 306 p.
- GADOTTI, Moacir. **História das ideias pedagógicas**. 6. ed. São Paulo: Ática, 1998.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2012. 512 p.
- MOREIRA, Marco Antonio; MASINI, Elcie F Salzano. **Aprendizagem Significativa: a teoria de David Ausubel**. São Paulo: Centauro, 2001. 112 p.
- REIS, Francisco José Candido dos; SOUZA, Cacilda da Silva; BOLLELA, Valdes Roberto. Princípios básicos de desenho curricular para cursos das profissões da saúde. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 272-279, nov. 2014. ISSN 2176-7262. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/86615/89545>>. Acesso em: 11 mai 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v47i3p272-279>.
- São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica. Educação em Saúde. **Planejando as ações educativas: teoria e prática**. Manual para a operacionalização das ações educativas no SUS – São Paulo, 2001.
- SOUZA, Cacilda da Silva; IGLESIAS, Alessandro Giraldes; PAZIN-FILHO, Antonio. Estratégias inovadoras para métodos de ensino tradicionais: aspectos gerais. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 284-292, nov. 2014. ISSN 2176-7262. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/86617/89547>>. Acesso em: 11 mai 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v47i3p284-292>.
- TESTA, Mario. Diagnósticos de Saúde. In: **Pensamento estratégico, lógica de programação: o caso da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995. pp. 207-254.
- WERNER, David; BOWER, Bill. **Aprendendo e ensinando a cuidar da saúde: manual de métodos, ferramentas e ideias para um trabalho comunitário**. 5. ed. São Paulo: Paulus, 1984. 473 p. (Coleção Saúde e comunidade).

PARA SABER MAIS

- BORDENAVE, Juan E. Dias et al. Alguns fatores pedagógicos. **Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos CDRHU**, p. 261-268, 1999. Disponível em: <<http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/EAlguns.pdf>>. Acesso em: 09 mai 2017.

- SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. **Educação em Saúde: planejando as ações educativas – teoria e prática**. São Paulo: CVE, 2001. Disponível em: < ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/educacao.pdf>. Acesso em: 09 mai 2017.
- SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. **Educação em Saúde: coletânea de técnicas**. São Paulo: CVE, 2002. v.2. Disponível em: <ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/outros/nes_livro.pdf>. Acesso em: 09 mai 2017.
- TRONCON, Luiz Ernesto de Almeida et al. A formação e o desenvolvimento docente para os cursos das profissões da saúde: muito mais que o domínio de conteúdos. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 245-248, jul. 2014. ISSN 2176-7262. Disponível em: < http://revista.fmrp.usp.br/2014/vol47n3/apresentacao_47n3_2014.pdf>. Acesso em: 09 mai 2017.
- PORTO ALEGRE. Ivani Nadir Vieira de Castro. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Administração. A promoção da saúde e sua articulação com o trabalho na organização pública: uma interface com programas desenvolvidos pela Escola de Gestão Pública. Revista EGP, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p.1-11, jul. 2010. ISSN 2179-8702. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sma/revista_EGP/promocao_saude_prefeitura_ivani.pdf>. Acesso em: 09 maio 2017.

CASOS - PROBLEMATIZAÇÃO

Os casos descritos a seguir, ilustram e exemplificam o uso da problematização em duas situações distintas. No primeiro caso, mostra-se o emprego dessa opção pedagógica no processo de formação de estudantes de medicina. No segundo caso, ilustra o uso da problematização junto à comunidade.

Caso 1

Discutindo cuidado integral

Um grupo de estudantes, a um mês do ingresso no curso de medicina de uma Universidade, iniciou uma disciplina denominada “*Cuidado Integral*”. No primeiro encontro estranharam a sala de aula com as cadeiras alocadas em formato de círculo e não encontraram o equipamento multimídia que deveria ser usado para apresentação do conteúdo. Esperavam pelo professor, mas também não visualizavam a mesa do mesmo na frente da sala de aula. Neste dia, o professor perguntou a todos o significado do nome da disciplina:

– “O que vocês entendem por “cuidado integral”?”

Os alunos, mesmo sem aproximação nenhuma com os inúmeros conceitos de saúde, foram capazes de identificar o significado de ambas as palavras e de imaginar os muitos aspectos que aquela temática remeteria. Após esse momento inicial, os estudantes foram dispensados para realizar uma leitura sobre o tema no local que os mesmos achassem mais adequado. No segundo encontro da turma, já na unidade de prática profissional (Unidade de Saúde da Família), tinham como tarefas conhecer a unidade e visitar, em duplas, uma família da área de abrangência. Estavam cheios de dúvidas:

– “Professor, o que fazemos aqui se ainda não sabemos ao menos verificar a pressão arterial?”, “Professor, como faremos para ir até a casa da família?”, “Mas eles não nos conhecem, chegamos lá e falamos o que?”.

Acompanhados por agentes comunitários de saúde (ACS), foram ao longo do caminho conversando sobre a família a ser visitada. As visitas ocorreram sem intercorrências, porém os alunos retornaram muito surpreendidos e com ainda mais questionamentos:

– “... A ACS foi recebida como alguém da família...”, “A paciente falou que está com dificuldade de ler o que está escrito na receita, eu poderia ajudá-la?”, “Ela nos disse que tudo que ela precisa, ela procura o *postinho da família*”, “Tinha uma criança na casa que pedia comida, a mãe ficou bastante envergonhada e a ACS perguntou se ela estava com falta de alimentos...”.

Tais questionamentos remetem à atributos essenciais da APS, tais como vínculo, longitudinalidade, primeiro contato e integralidade. Mesmo ainda ingressando na universidade, os alunos tiveram a vivência prática de conteúdos teóricos que serão vistos ao longo do curso. Entre as inúmeras inquietudes, o professor – aqui melhor denominado como facilitador – auxiliou os estudantes a organizarem suas ideias, associações iniciais, vivências, sentimentos, valores e percepções, explorando os aspectos biológicos, subjetivos e sociais das situações vivenciadas. Eles também ficaram surpresos com as muitas ideias e suposições que foram surgindo entre eles. A partir da observação da realidade das famílias e dos contextos de vida, os estudantes identificaram os pontos que consideraram mais relevantes e buscaram conhecimento teórico para compreender os problemas identificados para posteriormente pensarem nas soluções possíveis a serem aplicadas para transformar essa realidade. As soluções que emergiram para cada caso, foram compartilhadas com todo o grupo de estudantes, equipe de saúde e integrantes das famílias visando a co-responsabilização, valorizando a autonomia dos sujeitos, o trabalho multiprofissional em equipe, o envolvimento de outros setores da sociedade na

perspectiva do conceito ampliado de saúde. O trabalho foi desenvolvido ao longo da disciplina e continuado pela equipe de saúde.

Caso 2

O problema dos atropelamentos no bairro

A Figura 3 ilustra a discussão de um problema da comunidade usando a problematização.

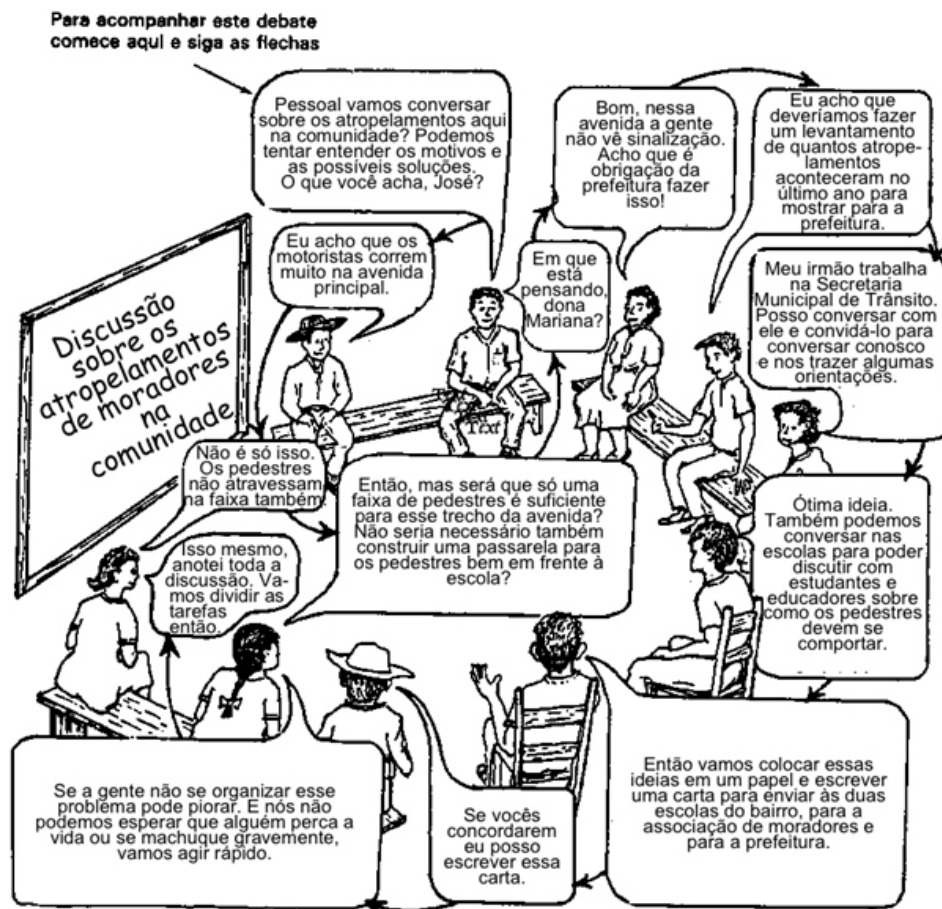


Figura 3 - Usando a problematização na comunidade. Adaptado de Werner e Bower, 1984.

O grupo de moradores definiu o problema e, a partir daí, o facilitador explorou as possíveis explicações para o problema na visão dos integrantes, bem como as soluções para o mesmo. Esse tipo de abordagem permite a melhor compreensão do problema pois toma como referência a visão de quem está diretamente envolvido nessa realidade. Da mesma maneira as soluções não são impostas, mas construídas coletivamente por pessoas que vivem no cotidiano e, portanto, tornam-se mais viáveis e adequadas ao contexto.

Outro aspecto ser considerado no uso da problematização é a percepção de que as pessoas não são desprovidas conhecimento e de que a discussão coletiva fortalece os laços entre os cidadãos, valorizando o conhecimento de cada um e buscando informações em outros recursos (outros setores) quando não for possível encontrar respostas no coletivo dos moradores. Essa abordagem fortalece a capacidade de participação e mobilização das pessoas.

Trabalhar a Educação em Saúde por meio dessa opção pedagógica estimula o participante a ser um agente de transformação, para detectar os problemas reais e buscar para eles soluções originais, criativas e contextualizadas. Busca-se assim, desenvolver a capacidade crítica de fazer questionamentos relevantes em qualquer situação, para entendê-las e ser capaz de resolvê-las adequadamente. As consequências dessa abordagem, entre outras, são fazer com que o sujeito tenha uma participação mais ativa e induzi-lo a expressar suas percepções, motivado pela percepção de problemas reais. Além disso, as relações mais horizontais estabelecidas entre o educador e o educando facilitam o processo de comunicação e fazem com que a comunidade se aproprie dos problemas relacionados ao seu contexto. Dessa forma, estimula-se a cooperação na busca de soluções para problemas comuns por meio de métodos adequados à própria realidade, além de se observar a redução da necessidade de um líder pela criação ou adaptação de tecnologia viável e culturalmente compatível (BORDENAVE, 1999).

CAPÍTULO 13

*Atenção à Saúde da Comunidade na
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP*

*Aldaísa Cassanho Forster
Patricia Leila dos Santos
Noeli Prestes Padilha Rivas*

CENÁRIO NACIONAL SOBRE EDUCAÇÃO MÉDICA

A Educação Superior é um espaço complexo e multidimensional cujas perspectivas de desenvolvimento contemplam o eixo dos professores e seu mundo profissional incluindo políticas, matérias curriculares, ciência e tecnologia, estudantes e a empregabilidade no mundo do trabalho (ZABALZA, 2007).

Deste modo, a educação dos profissionais de saúde no Brasil passa por mudanças significativas que revelam as relações no mundo do trabalho e das políticas impactando os processos formativos de cunho inicial e permanente. Dentre as mudanças destacam-se o Sistema Único de Saúde - SUS, o trabalho em equipe e o atendimento integral à saúde.

A formação, aliada às mudanças mencionadas, altera a condição dos trabalhadores de saúde, vistos apenas como recursos humanos, para a ideia de atores sociais responsáveis pela produção do cuidado em saúde. Compreende-se a formação médica em três movimentos: o primeiro relaciona-se à produção de transformações na estrutura dos cursos para evitar a fragmentação entre campos disciplinares distintos e valorizar a integração entre os ciclos básico, profissional e internato. O segundo procura superar o isolamento ou a visão utilitária que as instituições formadoras mantêm frente à rede de serviços do SUS, apropriando-se e utilizando-se da sua capacidade instalada e do cuidado, em uma perspectiva integrada. O terceiro diz respeito à atuação do docente como mediador dos processos de ensino, a partir da adoção de metodologias ativas e significativas de aprendizagem, incluindo o estudante em seu processo de aprendizagem. (OLIVEIRA DA, DUARTE AMC, VIEIRA LMF, 2010). Assim sendo, os desafios relacionados à área da educação superior no Brasil dizem respeito às relações com a sociedade, ao seu papel na produção de conhecimentos, ao perfil dos profissionais formados e financiamento.

Assim sendo, os desafios relacionados à área da educação superior no Brasil dizem respeito às relações com a sociedade, ao seu papel na produção de conhecimentos, ao perfil dos profissionais formados e financiamento.

Na área da saúde, especificamente, acumulam-se outros desafios de Saúde Pública como: transição epidemiológica e demográfica, autocuidado das pessoas, autonomia do usuário, rapidez da produção e obsolescência do conhecimento, compreensão do conceito ampliado de saúde que dê conta da atenção à população brasileira, além de práticas distintas em saúde. Esses acontecimentos, associados a fatores institucionais como a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de

Medicina impulsionam as escolas médicas para mudanças, exigindo novas alternativas de intervenção nos currículos e articulação na direção das necessidades sociais da saúde.

Apesar de o movimento para a formação de médicos generalistas, comprometidos com o sistema de saúde vigente ter se iniciado em 1988, a maioria das escolas médicas apresentava deficiências na formação médica que foram apontadas nas DCN 2001, na tentativa de resolver o problema, que ainda persistia em 2003.

Em 2002, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Incentivo à Mudança Curricular para as Escolas Médicas (Promed), com o objetivo de estimulá-las a fazer mudanças curriculares e adequar a formação médica à realidade do sistema de saúde brasileiro, valorizando um conceito ampliado de saúde, com ênfase na humanização, formação ética, incentivo a ações na atenção básica e estabelecimento de novos cenários de aprendizagem (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Em 2005, a pedido da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Campos (2007) redigiu um documento sobre o ensino médico na rede básica de saúde e destacou a recomendação de incluir múltiplos cenários para o ensino prático, com inserção precoce do estudante em atividades diretas com a população. Naquele momento, a ABEM já sinalizava, não só a necessidade da inserção dos estudantes na rede básica, mas que temas como educação em saúde, visita domiciliar, epidemiologia aplicada a serviços, política e gestão em saúde estivessem presentes nos currículos, bem como a realização de atividades comunitárias e intersetoriais, desde o primeiro ano dos cursos.

Preconizava-se a proximidade entre estudante e docente, atividades planejadas para estimular a independência e autonomia dos alunos na busca de conhecimento, com disciplinas longitudinais, iniciando com conteúdos que abrangessem saúde coletiva e, que a partir do quarto ano, os estágios clínicos fossem realizados na rede básica. Salientava-se a importância da participação tanto de docentes da área da Saúde Coletiva e de Saúde da Família quanto de docentes de áreas especializadas, considerando-se que a aprendizagem da especialidade depende da prática na Atenção Básica, onde a maioria dos problemas de saúde deve ser resolvida.

O mesmo documento apontava a necessidade de formação dos professores para esta nova forma de ensinar, a ampliação de serviços onde as práticas pudessem ser realizadas e a oferta de condições para inserção e deslocamento dos alunos para os diferentes cenários.

No momento atual, algumas políticas influenciam a revisão dos projetos pedagógicos das universidades, constituindo-se como indutoras neste processo. Dentre elas destacam-se as novas DCN dos Cursos de Graduação em Medicina Resolução CNE/CES 3/2014, o Programa Mais Médicos- PMM-Lei nº 12871/2013 e o Plano Nacional de Educação 2014-2024 -Lei nº 13.005/2014.

Embora o diagnóstico atual seja de muitos avanços nos currículos médicos no país, bem como da estrutura, cobertura e qualidade dos serviços do SUS onde se inserem as atividades de formação, ainda prevalece o modelo de currículo médico, fundamentado em um ensino fragmentado, com inserções pontuais na rede básica e especializado. Assim, o desafio para o Curso de Medicina é garantir a formação geral com forte inserção na atenção básica..

Naquelas instituições de ensino em saúde, cujo currículo está mais próximo da formação ao perfil profissional necessário ao SUS, percebe-se a longa trajetória de dedicação de grupos docentes a esse trabalho, no cotidiano dos serviços e da academia, nos fóruns acadêmicos em defesa de mudanças e intervenção no currículo, até se antecipando às proposições trazidas pelas DCN de 2001 e 2014.

Porém, é preciso reconhecer que parte desses grupos docentes fica, muitas vezes, isolada em *suas escolas e suas experiências de aproximação entre a academia e os serviços* não conseguem superar a inércia de resistência do restante da escola médica aos necessários ajustes para a formação médica (VOLTARELLI,1996; TRONCON,1999).

Importante refletir que o currículo é uma produção histórica e social que retrata as relações de poder, a ideologia, a filosofia e a intencionalidade educacional. Como instrumento de superação das relações autoritárias e de controle social, pode contribuir para a emancipação do ser humano por meio do conhecimento, assegurando a ele, o exercício do poder e se estabelece como forma de organizar as práticas educativas (FOUCAULT, 2000; GRUNDY, 1991). Na concepção crítica e emancipatória é um espaço de possibilidades para formar o ser humano crítico, o cidadão ético e o profissional para intervir contra a exclusão social. Assim, conduz a pessoa a aprender a construir conhecimento visando um mundo melhor, com equidade (ESCARIÃO, 2010).

Trata-se de um campo político-pedagógico no qual as diversas relações entre os sujeitos, conhecimento e realidade constroem novos saberes e reconstroem-se a partir dos saberes produzidos. Neste processo dinâmico e dialético, a realidade não é um elemento externo à prática educativa, mas elemento constituinte do processo pedagógico (SACRISTÁN, 2008).

Assim, a concepção de currículo proposta nas DCN centra-se na importância do estudante do curso de Medicina como sujeito do processo de ensino e aprendizagem, na articulação teoria-prática, na diversificação dos cenários de aprendizagem e uso de metodologias participativas. Como componente pedagógico significativo, o currículo deve ser elaborado e implementado a partir das necessidades concretas, que a realidade (social, econômica, política e cultural) propõe como desafios e necessidades históricas (situadas num determinado tempo e lugar). Nesse sentido, Deelman e Hoerberigs (2013) ressaltam que o campo do conhecimento médico é vasto e não se pode abarcá-lo durante o curso, demandando metodologias ativas que exigem dos estudantes (aprendizes ativos) e professores com nova postura frente ao conhecimento.

No ano de 2006 foi realizada uma avaliação da adesão dos cursos médicos às DCN de 2001, que evidenciou que dos 33 cursos estudados, aqueles com melhores resultados apresentam coerência em seus Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) - conteúdos organizados por módulos ou temas integradores; metodologia ativa de ensino e sistema de avaliação do curso; inserção precoce do estudante em atividades relacionadas à prática profissional com apoio docente, utilização do cenário da Atenção Básica e estratégia de Saúde da Família, para que vivencie os problemas de saúde mais frequentes no contexto das necessidades sociais da população brasileira.

Nesse sentido, denota-se que os esforços envidados pelo governo federal, organizações médicas e instituições de ensino promoveram avanços e continuam estimulando a transformação dos currículos e práticas que direcionam a formação médica.

CENÁRIO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA COMUNIDADE NA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Decorrente de um projeto nacional que objetivava levar escolas de Medicina para o interior do país, a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (FMRP-USP) realizou seu primeiro vestibular e iniciou suas atividades em 1952, com uma proposta de ensino apoiada no Relatório Flexner, (elaborado nos Estados Unidos no início do século XX), na tentativa de reestruturar o ensino médico americano e formar médicos mais qualificados.

Não obstante adotasse o modelo flexneriano, com vertente biologicista e formação clínica em hospitais (ALMEIDA FILHO, 2010), a FMRP-USP ino-

vou com uma orientação de professores que se dedicavam integralmente à docência e pesquisa, além de prever a futura implantação de um Centro de Saúde Escola (CSE) para articulação do ensino médico com a assistência à comunidade (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2007).

Em 1993, foi implantada a reforma curricular que organizou o currículo da FMRP nos ciclos básico, clínico e de internato. Preconizava-se melhor aproveitamento do conteúdo e carga horária, a integração de conteúdos em grandes disciplinas orientadas por órgãos, sistemas ou mecanismos de regulação, criação de disciplinas que contemplassem novos aspectos do conhecimento bem como uma formação humanística e a expansão do ensino de Semiologia. O novo currículo previu a exposição precoce do estudante aos problemas de saúde do indivíduo e da comunidade com as disciplinas Iniciação à Saúde I e II (PASSOS et al, 1997), além da ampliação do período de internato de um para dois anos (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2007).

Procurando entender o significado dessas mudanças na época, na trajetória do ensino e do currículo médico em uma tradicional escola, a percepção dos diferentes autores (VOLTARELLI, 1996; CAMPOS, 1999; TRONCON 1999) era concordante quanto ao diagnóstico de falta de estrutura de pessoal e física para aproximar o ensino da rede básica, além da resistência e insatisfação com as transformações curriculares, no âmbito dos departamentos universitários.

Como fazer a mudança para aproximar o ensino de saúde da comunidade?

No ano de 1996, a necessidade premente de ampliação do período de internato de um para dois anos, sendo o quinto ano voltado para a Atenção Básica, foi levada a uma comissão de docentes médicos, que vivenciavam a realidade da atenção básica nos serviços de saúde da comunidade ligados à escola. No processo de discussão foram criadas as disciplinas “Estágio em Centros de Saúde” e “Medicina Comunitária I”, estruturadas para a visão integral do ser humano, valorizando os aspectos biopsicossociais e tentando resgatar a saúde das pessoas no contexto da família e da comunidade, fora do contexto ambulatorial tradicional. Para atender essa demanda a FMRP-USP. De forma ágil, contratou profissionais e melhorou a estrutura física dos serviços de saúde vinculados à ela.

A proposta de formação médica fundamentou-se no projeto denominado “Modelo de assistência e vigilância à saúde”, desenvolvido pela equipe de docentes e profissionais do Centro de Saúde Escola – FMRP-USP (CSE-Sumarezinho) (ALESSI, FORSTER, FRANCESCHINI E SILVEIRA et al. 1996).

Denominou-se projeto docente assistencial porque o desenvolvimento da pesquisa estava orientado para a produção do conhecimento com vistas à formação de profissionais de saúde (estudantes de graduação e médicos residentes) e novas práticas assistenciais no campo da Atenção Primária à Saúde (APS), junto ao CSE da FMRP-USP (ALESSI et al, 1996). Este serviço era uma unidade de saúde integrada à rede local do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de um convênio entre a FMRP-USP e Secretaria Municipal de Saúde.

A experiência acadêmica possibilitou a implantação da primeira equipe de saúde da família do município de Ribeirão Preto (1999) e a vivência do quintanista com a especialidade em medicina de família e comunidade. Seguiu-se a implantação de outros cinco Núcleos de Saúde da Família com equipes mínimas de saúde da família, cujos preceptores eram médicos egressos do programa de residência de medicina de família e comunidade do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Essas unidades constituíram, com os serviços mencionados anteriormente, um conjunto de unidades da rede municipal de saúde de Ribeirão Preto sob a gerência da FMRP-USP para o desenvolvimento da formação em APS do campus da USP de Ribeirão Preto. (FORSTER et al, 2001, SILVA et al, 2007).

Contudo os internos do 5º e 6º anos de Medicina tinham oportunidade de vivenciar práticas de APS no âmbito de unidades de saúde da família, os estudantes dos primeiros anos não eram expostos em uma programação de formação aos serviços de saúde próximos da comunidade.

Iniciou-se, em 2006, um movimento para a elaboração de um novo Projeto Político Pedagógico (PPP), consonante com as DCN para o Curso de Medicina, instituídas em 2001, que adequasse a formação de profissionais às transformações sociais, novas demandas de saúde da população e estruturação dos serviços em rede de saúde, centradas na APS.

Observou-se a necessidade de alterações na grade curricular do curso de Medicina, em particular ao perfil do egresso do curso: generalista, humanista, crítico e reflexivo; preparado para atuar, seguindo os princípios éticos, em diferentes níveis de atenção, efetivando ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde; prestando assistência integral; mantendo o senso de responsabilidade social e comprometido com a cidadania (BRASIL, MEC, DCN, 2001).

A FMRP-USP, mediante sua Comissão de Ensino de Graduação - CEG, identificou que aspectos relativos à carga horária e conteúdos poderiam ser aprimorados, permitindo uma iniciação precoce do estudante às questões

de saúde nos diversos cenários em que a faculdade já estava presente, equilibrando a exposição dos estudantes nos três níveis de atenção à saúde.

Em concordância com achados que apontavam a contribuição de programas de ensino longitudinais e multifacetados em APS para que estudantes de Medicina escolhessem as especialidades em APS (PFARRWALLER et al. 2015), uma nova estrutura curricular foi proposta, a partir de eixos de formação, como o da Atenção à Saúde da Comunidade ao longo dos seis anos de curso. Verificou-se a necessidade de fortalecer a formação humanística e de incluir períodos livres na matriz curricular, permitindo que o estudante pudesse engajar-se em atividades complementares (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2007).

IMPLEMENTAÇÃO DA DISCIPLINA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA COMUNIDADE I

Dando continuidade aos ditames da CEG, seu presidente Prof. Dr. Luiz Ernesto de Almeida Troncon, convidou Prof. Dr. Gutemberg de Melo Rocha, o presidente do Centro de Atenção Primária (CAP) para que coordenasse a elaboração de uma proposta para o eixo de Atenção à Saúde da Comunidade (ASC) visando à integração do ensino médico junto aos serviços de saúde da rede do SUS no distrito oeste de saúde de Ribeirão Preto. Foi constituído um grupo de trabalho para essa tarefa¹.

O CAP havia sido implantado em 1998, como órgão subordinado administrativamente à Diretoria da Unidade (FMRP-USP), com as finalidades de:

[...] Constituir o locus institucional para articular, coordenar e desenvolver os projetos didáticos aprovados pela Comissão de Graduação e/ou Congregação da FMRP-USP para os cursos de graduação, com enfoque na área de Atenção Primária, Saúde da Família e da Comunidade; [...]

[...] Propor, implementar, acompanhar, avaliar e participar dos Programas de Atenção Primária, Saúde da Família e da Comunidade voltados para

¹ Formavam a comissão para discussão, planejamento e implantação da disciplina os docentes: Aldaisa Cassanho Forster (Medicina Social), Amaury Lellis Dal Fabbro (Medicina Social), Anderson Silva (Medicina Social), Ivan Savioli Ferraz (Puericultura e Pediatria), Jayter Silva de Paula (Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço), Luiz Antonio Del Ciampo (Puericultura e Pediatria), Luiz Ernesto de Almeida Troncon (Clínica Médica, Comissão de Graduação), Marco Andrey Cipriani Frade (Clínica Médica), Maria Célia Mendes (Ginecologia e Obstetrícia), Maria de Fátima G. S. Tazima (Cirurgia), Maristela Patta (Ginecologia e Obstetrícia), Nereida Kilza da Costa Lima (Clínica Médica), Patricia Leila dos Santos (Neurociências e Ciências do Comportamento), além da pedagoga Cristiane Martins Peres (Centro de Apoio Educacional e Psicológico da FMRP).

a prática e aprendizado de estudantes e profissionais, em sintonia com as instituições envolvidas com a FMRP-USP; [...] (REITORIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, RESOLUÇÕES 1998, 2008, 2010).

Esse órgão é composto por representantes dos departamentos clínicos, dos cursos de Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Nutrição e Metabolismo, Informática Biomédica, todos pertencentes à FMRP, e ademais de representantes indicados pelas outras Unidades de Ensino da Saúde do campus da USP de Ribeirão Preto, para discutir a organização da área de AB/APS no distrito oeste de saúde de Ribeirão Preto (Reitoria UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, Resoluções 1998, 2008 e 2010).

A sugestão da CG foi integrar alguns temas das disciplinas de Iniciação à Saúde e Bioestatística ao eixo, bem como sincronizar a proposta e atividades com outro eixo que também estava sendo criado: Bioética e Fundamentos Humanísticos, que integraria as disciplinas ligadas a ética e humanidades.

Com atenção às DCN de 2001, para a reorganização do currículo da FMRP-USP, no que tange ao eixo da APS, privilegiaram-se os seguintes aspectos: o aluno responsável por seu aprendizado, incluída aqui a organização de seu tempo e a busca de oportunidades para aprender; o professor por incentivar, facilitar e mediar o processo ensino-aprendizagem; oferta de uma variedade de oportunidades de aprendizado por meio de laboratórios, ambulatorios, experiências e estágios nos diversos níveis de atenção à saúde e equipamentos comunitários, biblioteca e acesso a meios eletrônicos; o estudante inserido desde o início do curso em atividades práticas relevantes para o desenvolvimento de competências em atenção integral à saúde em ambiente de cooperação interdisciplinar e multiprofissional.

Ao final de 2007, as discussões foram sistematizadas em um documento relacionado ao eixo da Atenção à Saúde da Comunidade, com alterações no desenho curricular, sob a forma de temas norteadores/estruturantes, abrangendo um período de quatro anos (Quadro I):

A proposta elaborada tinha como temas norteadores/estruturantes para o eixo:

- **Saúde e comunidade:** com o objetivo de introduzir o aluno na comunidade, em contato com as pessoas, os equipamentos de saúde, os equipamentos sociais, as condições de vida e moradia, os problemas sociais e ambientais e instrumentalizar o estudante para a realização de procedimentos básicos como coleta de medidas antropométricas,

- pressão arterial, avaliação de acuidade visual, suporte básico de vida, bem como para aprimorar suas habilidades de comunicação e interação com outras pessoas (colegas, tutores, profissionais e serviços);
- **Saúde e família** (como microsistema de saúde) com o objetivo de colocar os alunos em contato direto com famílias, inseridos no Programa de Saúde da Família, acompanhando algumas atividades realizadas pelas equipes de saúde; levantamento de problemas de saúde nas famílias; identificação de rede de apoio às famílias; avaliação de condições de risco à saúde e aprimoramento das habilidades comunicativas e sociais, incluindo a comunicação com grupos e equipe.
 - **Diagnóstico de saúde da comunidade** com o objetivo de levar os estudantes a identificar as necessidades de saúde segundo ciclos de vida e realizar intervenções na comunidade; capacitar os estudantes a realizarem um diagnóstico de saúde amplo, considerando os determinantes de saúde da população; com base na epidemiologia; trazer para o contexto de formação a semiologia do “normal”, incluindo cuidados pré-natal, puericultura, saúde da família, entre outros.
 - **Prevenção clínica** com o objetivo de capacitar os alunos no manejo das condições saudáveis junto ao território das unidades de saúde; participar de programas de rastreamento sobre problemas de saúde mais frequentes na população cadastrada e propor medidas de saúde para melhoria dos programas; identificar situações de riscos para a saúde individual e coletiva e oferecer orientação técnica; participar ativamente do trabalho em equipe multiprofissional.

Quadro I - O eixo de Atenção à Saúde da Comunidade segundo disciplinas, ano do currículo e temas estruturantes.

Disciplina	Ano do currículo	Tema estruturante
Atenção à Saúde da Comunidade I	1º ano	Saúde e Comunidade
Atenção à Saúde da Comunidade II	2º ano	Saúde e família
Atenção à Saúde da Comunidade III	3º ano	Diagnóstico de Saúde da Comunidade
Atenção à Saúde da Comunidade IV	4º ano	Prevenção Clínica

Desde 1993, quando foi implementado o internato de dois anos, o quinto e sexto eram compostos pelas disciplinas Estágio Integrado em Centros de Saúde e Medicina Comunitária I (1º ano do internato) e Medicina Comunitária II (2º ano do internato). Essas disciplinas integram o eixo da Atenção à Saúde da Comunidade e se caracterizam como módulos teórico-práticos com atividades de Atenção Primária, Saúde Coletiva e Atenção às Urgências em Unidades de Saúde da Família, Centro Comunitário Social de Cássia dos Coqueiros, Centros de Saúde da rede do SUS nos municípios de Ribeirão Preto, Altinópolis, Brodósqui e Cássia dos Coqueiros.

O programa do primeiro ano da disciplina ASC I, ministrada em 2008, incluiu os temas: comunicação e relações interpessoais na saúde; saúde e meio-ambiente; equipamentos sociais no auxílio à promoção da saúde (intersetorialidade); equipamentos de saúde; Suporte Básico de Vida; espiritualidade e saúde; doenças provenientes do lixo e água; Sistema único de Saúde; territorialização; fatores de risco do meio ambiente; antropometria e sinais vitais e princípios da visita domiciliar. Ainda, integrando os conteúdos da disciplina de Iniciação à Saúde, o programa incluiu conteúdos referentes a autoproteção no ambiente hospitalar; uso e abuso de substâncias psicoativas; epidemiologia dos acidentes de trânsito; anticoncepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS.

O programa do primeiro ano da disciplina ASC I, ministrada em 2008, incluiu os temas: comunicação e relações interpessoais na saúde; saúde e meio-ambiente; equipamentos sociais no auxílio à promoção da saúde (intersetorialidade); equipamentos de saúde; Suporte Básico de Vida; espiritualidade e saúde; doenças provenientes do lixo e água; Sistema único de Saúde; territorialização; fatores de risco do meio ambiente; antropometria e sinais vitais e princípios da visita domiciliar. Ainda, integrando os conteúdos da disciplina de Iniciação à Saúde, o programa incluiu conteúdos referentes a autoproteção no ambiente hospitalar; uso e abuso de substâncias psicoativas; epidemiologia dos acidentes de trânsito; anticoncepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS.

Como uma das práticas realizadas em 2008, ocorreu uma ação de promoção de saúde e desenvolvimento na infância e prevenção de problemas visuais (através da avaliação de acuidade visual), organizada e planejada pelos próprios alunos, em conjunto com alunos de outros cursos da saúde da FMRP (voluntários), realizada em duas escolas públicas, atingindo todos os alunos do Ensino Fundamental I. Esta prática permitiu a realização de ações

com temáticas variadas: promoção de aprendizagem, rastreamento de problemas visuais, educação sobre saúde e meio ambiente, saúde bucal.

Em 2009, a partir da avaliação dos alunos e tutores sobre o ano anterior, o programa foi revisado, especialmente no tocante às práticas e atividades realizadas e às estratégias de avaliação. Os temas uso e abuso de substâncias psicoativas, acidentes de trânsito, DST/AIDS e gravidez indesejada, comunicação e relações interpessoais em saúde, autoproteção de profissionais de saúde, saúde e meio-ambiente, intersetorialidade e espiritualidade foram trabalhados ativamente pelos alunos a partir da pesquisa, planejamento e realização de ação educativa junto à comunidade e apresentação dos resultados da ação aos colegas e tutores da disciplina. Neste contexto, também foram incorporados os temas saúde mental de estudantes e profissionais de saúde, humanização em saúde e controle e participação social. Outros temas trazidos para a disciplina naquele ano foram: princípios de promoção de saúde e prevenção de doenças; fundamentos de Bioestatística (integrando parte do conteúdo da disciplina de Bioestatística); acessibilidade, integralidade, urgência e emergência em saúde. Manteve-se o apoio da disciplina no TELEDUC, com exclusão da atividade de portfólio.

Em 2010, a disciplina manteve o mesmo programa, sofrendo alterações significativas em 2011, com maior direcionamento para o contato do aluno com o SUS, políticas de promoção de saúde e organização da rede de atenção, ocorrendo uma diminuição da carga horária que passou de 120 para 60 horas (Quadro II).

Atualmente o programa de ASC I mantém a maioria dos temas da proposta inicial, contudo, a proposta das ações educativas foi aprimorada. Os alunos são estimulados a identificar necessidades de saúde da comunidade, discutir e elaborar uma proposta de intervenção em promoção da saúde, que desenvolvem conjuntamente com as equipes de saúde da Família e do serviço da comunidade. Esse trabalho é apresentado pelos cinco grupos de cada turma no formato de uma pesquisa de promoção da saúde, em um evento final da disciplina denominado “Mostra da ASC I”, pelo qual cada grupo de estudantes é avaliado por docentes/profissionais convidados. A disciplina continua adotando uma estratégia mista: presencial e ensino à distância (atualmente usando a plataforma Moodle), com a inovação de apresentar aos alunos um manual completo sobre a disciplina (Quadro II).

O MOVIMENTO DO CURRÍCULO NO CONTEXTO DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS E PROJETOS PEDAGÓGICOS DO CURSO DE MEDICINA

Passados mais de dez anos, muitos debates e reformulações geradas pelas transformações decorrentes dos avanços sociais, econômicos, culturais e tecnológicos, o Conselho Nacional de Educação publicou em 2014 novas DCN para os cursos de Medicina, que orientam a formação médica em três eixos: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde (BRASIL, 2014).

O documento de 2001 deixava clara a preocupação de inserir os alunos em diferentes cenários de prática que contemplassem os três níveis de atenção, indicando de forma ampla as competências e habilidades a serem desenvolvidas ao longo do curso, definindo conteúdos básicos para a formação médica, estabelecendo uma ação-chave para a formação relacionada à promoção de pensamento crítico e científico nos alunos, de modo a apoiar a produção de novos conhecimentos e sinalizando a importância dessas novas temáticas no âmbito dos projetos pedagógicos e, conseqüentemente, balizadores de orientação e fundamentação curricular. (BRASIL, 2001).

As DCN de 2014 incorporam o documento anterior, mas avançam em vários sentidos, como por exemplo, na determinação do período e carga horária, mínimos, para o curso de Medicina, inclusive para a realização dos Estágios Curriculares. Enfatizam a formação para ações de saúde no âmbito individual e coletivo, bem como a preocupação em formar profissionais que atuem atentos à saúde integral, a dignidade humana, tendo sempre presente em sua prática a determinação social do processo de saúde e doença.

No eixo de Atenção à Saúde, o texto evidencia concepção ampliada de saúde, apontando que o estudante será formado para considerar sempre as “dimensões biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana...” (DCN, 2014, p. 2); buscando efetivar a universalidade, equidade, integralidade, humanização, qualidade da atenção pautada em evidências científicas.

O documento também indica que as ações de saúde devem ser realizadas com segurança; respeito à biodiversidade e sustentabilidade; observância dos princípios éticos e bioéticos; atento à comunicação efetiva com usuários e profissionais; utilizando a estratégia de promoção de saúde para produzir saúde; centralidade de ações na pessoa sob cuidados, na família e na comunidade, com o desenvolvimento de uma relação horizontal, com-

partilhada, respeitando-se suas necessidades e desejos; com destaque para o trabalho interdisciplinar; e, com equidade para o cuidado de pessoas com deficiências.

Evidencia-se que esta nova Resolução esclarece de forma ampla o sentido da formação no eixo de Atenção à Saúde e incorpora avanços sociais e científicos que ocorreram no período entre 2001 e 2014, pautando no respeito à diversidade, atenção aos diferentes atores envolvidos no processo saúde e doença, princípios éticos e sustentabilidade.

No Quadro II, são apresentados os tópicos gerais, conteúdos, estratégia de aprendizagem e avaliação discente relacionados à Disciplina Atenção à Saúde da Comunidade I – ASC I.

No eixo de Educação em Saúde, as diretrizes dão um salto importante ao estabelecer a corresponsabilidade do estudante aluno pela sua formação e as diretrizes que norteiam o processo de aprendizagem. De certa forma as DCN já evidenciam a transformação que deve ocorrer nos currículos de modo a que o graduando possa aprender a aprender, com autonomia, ciente da necessidade de educação continuada, aprender pela troca de saberes com outros profissionais da saúde e outras áreas do conhecimento, aprender em situações e ambientes protegidos e controlados, comprometer-se com seu processo de formação, dominar uma língua estrangeira e participar de programas e redes que permitam a ampliação das oportunidades de aprendizagem e formação.

No elenco de conteúdos dos cursos de Medicina destacam-se a distinção de temas de Atenção Básica e Serviço de Urgência e Emergência, para o internato, devendo predominar entre as duas, a APS, sendo que estas atividades devem estar vinculadas à Medicina Geral ou de Família e Comunidade.

Souto (2015), considerando a fundamentação teórica que embasa as atuais DCNs em pauta, pondera que as “demandas de cuidado em saúde há muito ultrapassaram a dimensão da doença como evento orgânico e corporal para alcançar a alçada do adoecimento como um fenômeno existencial” (p. 12). Esta abordagem, conseqüentemente, vincula o desenvolvimento de práticas assistenciais integrais, humanizadas e cidadãs, fundamentadas no direito, na ética e na ciência, e não mais nos modelos de cuidado em saúde definidos por lógicas de mercado e de produção fabril ou mediados por políticas clientelistas. No Brasil, o SUS foi constituído com a finalidade de fazer justiça social por meio do atendimento à população, atualizando o modelo de cuidado em saúde, bem como representa um importante empregador, o

Quadro II - Manual da Disciplina Atenção à Saúde da Comunidade I –
ASC I, discriminando tópicos gerais apresentados, conteúdos,
estratégia de aprendizagem e avaliação discente.

Tópicos	Conteúdos
Corpo docente	Professores/tutores; colaboradores.
	E-mails de toda a equipe
Apresentação	Objetivos gerais
	Metodologia de aprendizagem
	Competências a serem desenvolvidas
Atribuições do tutor	Elenco e descrição das atribuições
Atribuições dos estudantes	Elenco e descrição das atribuições
Cenários de Aprendizagem	Vinculação estudantes-tutores às Unidades de Saúde da Família/Unidades Básicas de Saúde USF/UBS
Ementas dos temas da ASCI	Política de Saúde no Brasil
	Conhecendo a rede de saúde local
	Territorialização
	Visita domiciliar
	Recursos e equipamentos sociais e de saúde
	Intersetorialidade nas ações de saúde
	Espiritualidade e saúde
	Promoção de saúde na comunidade
Participação dos estudantes	Orientações gerais
	Atuação dos estudantes nas USF/UBS
Critério de avaliação do estudante nas atividades propostas	Desenvolvimento do estudante nas atividades na área de abrangência das USF/UBS
	Desenvolvimento do estudante no processo de reflexão durante a disciplina
	Cumprimento do pacto de trabalho
Avaliação	Formativa (planilha com critérios)
	Compromisso (tutor, estudante e grupo)
	Mostra de ASC I - Elaboração e apresentação de trabalho científico sobre temas de promoção da saúde
	Prova individual escrita
Critérios para aprovação	Normas e descrição
Anexos	Roteiro da disciplina
	Planilha da avaliação formativa
	Formulário de avaliação grupal

que amplia a responsabilidade das escolas médicas na formação de profissionais adequados a essa demanda e necessidade. (SOUTO, 2015).

O percurso de formação do médico deve ser continuamente fortalecido por meio da articulação teoria e práxis, da valorização da pesquisa individual e coletiva, assim como dos estágios curriculares e a participação em atividades de extensão. Os componentes curriculares, tais como, atividades complementares, orientação científica e atividades de pesquisa e extensão corroboram com estes pressupostos. O PPP de Medicina deve articular o campo da Educação Superior com o campo da Saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, descrevendo as competências que concorrem para a composição do perfil profissional ajustado aos referenciais nacionais e internacionais de qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se destacar que na FMRP-USP, desde seu projeto de criação, o propósito de articular o ensino médico em serviços de saúde próximos da comunidade concretiza-se em modelos de serviços como o CSE (três unidades), a rede de Núcleos de Saúde da Família (seis unidades de saúde da família) cobrindo uma área básica de aproximadamente 20 mil habitantes e Centros Comunitários do município de Cássia dos Coqueiros e da Vila Lobato de Ribeirão Preto.

No entanto, o modelo hospitalocêntrico continuou presente no desenho curricular da FMRP e algumas consequências precisavam ser revertidas de modo a formar profissionais que pudessem atender às necessidades de saúde da população. A especialização médica dificulta a visão integrada do paciente e de suas necessidades (que vão além do tratamento); o hospital disponibiliza alta tecnologia para exames, muitas vezes, em detrimento do exame clínico tradicional. É necessário redirecionar o PPP, que atendia parcialmente as DCN de 2001, para revisão e reestruturação do referido Projeto, em atendimento às demandas emergentes no campo da saúde.

Neste momento em que se redige o capítulo da criação da primeira disciplina do eixo de Atenção à Saúde da Comunidade I, percebe-se que a instituição de ensino e os estudantes reconhecem as iniciativas de adequação às diretrizes para formação em APS (BRASIL, MEC, 2014).

Outrossim, é importante ressaltar que a FMRP-USP vem discutindo mudanças do currículo correspondentes com o movimento das escolas mé-

dicas dos países desenvolvidos, no sentido de diminuir a carga horária do currículo médico e orientar o ensino médico longitudinalmente, com conhecimentos e habilidades da AB/APS, consonante com a tendência para a moderna formação médica.

Contudo, a motivação que os docentes participantes desta disciplina compartilham no dia a dia com os estudantes e equipes dos serviços de saúde ligados à FMRP-USP, diz respeito à contribuição ao perfil dos médicos desejado pela população, que financia a universidade pública brasileira. Assim, acreditamos que a formação do estudante em Medicina, egresso da Universidade de São Paulo deve ser respaldada pela humanização, responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade e da saúde integral do ser humano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALESSI, N. P.; FORSTER, A. C.; FRANCESCHINI, A. S., SILVEIRA, F. Modelo de assistência e vigilância à saúde. In: Congresso Ibero-Americano, 2, 1995, Salvador (Ba), **Anais....**, Salvador (Ba): ABRASCO, 1995, p. 188.
- ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**. v.26, n. 12, p. 2234-2249, 1995. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200003>. Acesso em: 25 jun. 2016.
- BRASIL. MEC. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4**, Brasília: Ministério da Educação, de 7 de novembro de 2001.
- BRASIL. MEC. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **RESOLUÇÃO Nº 3**, Brasília: Ministério da Educação, de 20 de junho de 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Promed-Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 12 871/2013. Institui o Programa Mais Médicos**, altera as leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993 e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União de 2013, Brasília: Ministério da Saúde, de 22 de outubro de 2013.
- BRASIL. MEC. Ministério da Educação. **Plano Nacional de Educação 2014 a 2024**. Lei nº 13005, de 25 de junho de 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13005.htm . Acesso em: 24 ab. 2017.
- CAMPOS, G.W.S. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica. **Diretrizes Cadernos ABEM**, Rio de Janeiro, v. 3, out 2007. Disponível em <http://www>.

abem-educmed.org.br/publicacoes/boletim_virtual/volume_2/documento_gastao.pdf. Acesso em: 28 jun.2016.

- _____. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p. 187-193, 1999.
- DEELMAN, A.; HOEBERIGS, B. *A ABP no contexto da universidade de Maastricht*. In: Araújo U.F.; Sastre G. (org.) **Aprendizagem baseada em problemas no ensino superior**. São Paulo (Brasil): Summus, 2013, p. 79-100.
- ESCARIÃO, G.N.D. *Formação docente e currículo: limites e possibilidades para o (re)conhecimento da diversidade*. In: PEREIRA, M.Z.C et al.. (Org.). **Diferença nas políticas de currículo**. João Pessoa: Ed. UFPB, 2010.
- FORSTER, A. C.; PASSOS, A. C.; FABBRO, A. L. D. A. L.; LAPREGA, M. R. Transformations and trends in preventive and social medicine education at the undergraduate level in a Brazilian medical school. *Gac Sanit. Barcelona*: v. 15, n. 6, p. 519-522, 2001.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2000.
- GAMA, L. Ensino médico reforma currículos. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 55, n. 2, abr. 2003 . Disponível em <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252003000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2016.
- GRUNDY, S. **Curriculum: Product or praxis**. Londres: The Falmer Press, 1991.
- MACHADO, J. L. M; MACHADO, V. M.; VIEIRA, J. E. Formação e Seleção de Docentes para Currículos Inovadores na Graduação em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.35, n.3, p.326-333, 2011.
- PASSOS, A.D.C.; FORSTER, A.C., BETTIOL H. Introduction to health: a new discipline for the early exposure of medical students to public health – related activities in Brazil. **Academic Medicine (USA)**: v.30, p. 1349-1358, p. 440-440, 1997.
- Pfarrwaller E, Sommer J, Chung C, et al. Impact of Interventions to increase the proportion of medical students choosing a primary care career: a systematic review. **Journal of General Internal Medicine**. v.30, p. 1349-1358, 2015. doi:10.1007/s11606-015-3372-9.
- Oliveira DA, Duarte AMC, Vieira LMF. **Dicionário: trabalho, profissão e condição docente [CDROM]**. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Educação; 2010.
- SACRISTÁN, J.G. **O Currículo: Uma reflexão sobre a prática**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- SOUTO, B.G.A. Prefácio. In: Veiga, I.P. **Formação Médica: Aprendizagem baseada em problemas**. Campinas, SP: Papirus Editora, 2015, p.11-14.
- SILVA, M. T.; SILVEIRA, C.; QUAGGIO, F. M.; COLAMEO, G. Análise da organização do trabalho no Programa de Saúde da Família. In: **Inquérito com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF**. São Paulo, Centro de Estudos de Cultura Contemporânea: Consórcio Medicina USP, 2007. (Cadernos de Atenção Básica: estudos avaliativos; 3): p. 129-172.
- TRONCON, L. E. A. Ensino clínico na comunidade. **Medicina, Ribeirão Preto**,32: 335-344, n.3, 1999.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO (FMR-P-USP). **Projeto Pedagógico do Curso de graduação em Medicina**. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.

VEIGA, I.P. et al. **Formação Médica: Aprendizagem baseada em problemas**. Campinas, SP: Papirus Editora, 2015.

VOLTARELLI, J.C. Reforma no ensino médico. **Medicina** (Rib. Preto Online), v. 29, n. 4, p. 363-364, 1996. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/768/781> Acesso em 27 jun.2016.

ZABALZA, M.A. **O ENSINO UNIVERSITÁRIO: seu cenário e seus protagonistas**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

PARA SABER MAIS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS. PROJETO PROMOÇÃO DA SAÚDE. Informes institucionais. Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde. Saúde e Educação lançam programa para mudar o currículo de medicina. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo: v.35, n.3, p. 375-378, 2002. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp Acesso em: 08 out.2017

PROBLEMATIZAÇÃO – CASOS CLÍNICOS

Famílias complexas – necessidades sociais da saúde²

Durante a realização de uma visita domiciliar, Marcelo, estudante de Medicina, teve um pouco de dificuldade em encontrar a casa da D. Maria, está cansado e preocupado com a prova de Bioquímica, mas ele precisa visitar a D. Maria...

No caminho foi encontrando uma realidade um pouco diferente da dele: ruas de terra, esgoto correndo a céu aberto, casas de madeira e lata, crianças brincando na água do esgoto...

Ao chegar na casa, D. Maria, como sempre, reclamando. Diz que cheia de problemas e que não está se sentindo muito bem. Reclama que o dinheiro da aposentadoria não dá para nada e diz que seu marido, “Seu Antônio” (67 anos), não ajuda em nada, pois fica bebendo o dia inteiro, sem trabalhar. Conta inclusive que outro dia, seu Antônio foi atropelado por um carro quando voltava do bar e só não morreu “porque Deus não quis...”

2 Adaptado da 1ª avaliação realizada em ASC I em 2008, originalmente elaborado pelos Drs. Ivan Savioli, Maria Célia Mendes, Nereida Kilza da Costa Lima, Patricia Leila dos Santos e Trude Costa Franceschini.

Dr. Marcelo preocupado com a situação, pergunta se ela já procurou auxílio para o problema de seu marido. D. Maria responde que procurou o Pronto Atendimento e foi informada que eles deveriam procurar o “postinho” mais perto de sua casa.

Para piorar, D. Maria conta que sua filha mais nova, Grace Kelly de 21 anos, está grávida de novo (já tem dois filhos de pais diferentes).

Grace Kelly, que mora com D. Maria, perdeu o emprego de doméstica, porque sempre faltava ao serviço para levar os filhos (Washington, de 6 anos e Wallace de 5 anos) no serviço de saúde por constantes diarreias.

D. Maria não sabe o que fazer, pois estão todos morando na casa que só tem dois cômodos e o dinheiro não é suficiente para alimentação de todos.

– Inclusive a professora chamou a Grace Kelly para conversar porque os meninos não estão indo bem na escola

– E sabe da maior, Dr. Marcelo? A Grace Kelly ficou sabendo neste pré-natal que ela tem o vírus!

Depois de longo silêncio, completa:

– Mas a gente vai levando né, Doutor? Afinal de contas, Deus quis assim...O pastor da minha igreja disse que Jesus vai dar força para nós “aguentar” essa cruz...

Marcelo não pergunta mais nada e encerra sua visita. Está angustiado e pensa:

“Não pensei que fosse assim...”.

Questões para reflexão: Quais equipamentos sociais, se presentes nesta comunidade, poderiam auxiliar D. Maria e sua família? Considerando a organização do sistema de saúde nos municípios, qual ou quais serviços D. Maria deveria procurar na ocasião do “quase acidente” de seu marido? A partir dos problemas relatados por D. Maria, de que modo os serviços de saúde podem ajudar a ela e sua família? O que pode estar ocorrendo com os netos de D. Maria? Quais são as suas hipóteses? Quais estratégias podem ser utilizadas para ajudá-los? Como o serviço de saúde deve lidar com questões como o planejamento familiar e a proteção de DSTs? Como a visita domiciliar pode contribuir para o atendimento das necessidades de saúde de uma comunidade?

Visita domiciliar a uma família³

Suelen e Andrade são estudantes de Medicina e juntos vão realizar uma visita domiciliar acompanhando Jurema, agente comunitária.

No caminho observam um grupo de adolescentes em roda, encostados no muro de uma escola que parecem sentir-se um pouco incomodados ao serem avistados. A agente comunitária percebe e muda de caminho.

Chegam na casa que vão visitar e encontram D. Flora no portão. Logo que ela os vê já vai perguntando para a agente comunitária: Você viu o Joca por aí? Estou muito preocupada com ele, tem andado com uns moleques estranhos. Jurema responde: Não o vi, mas havia um grupo de adolescentes na rua de trás, ali do lado da escola. Será que estava com eles?

D. Flora se mostra aflita: Ai, meu Deus! Preciso ir até lá! Jurema tenta acalmá-la: Calma, D. Flora, quer que a gente te acompanhe? Podemos ir com a senhora, se quiser. Ela acena com a cabeça e sai apressada. Todos seguem com ela.

Quando chegam na escola o grupo não está mais lá. D. Flora fica mais agitada e começa a sentir-se mal. Jurema apoia D. Flora: Calma, D. Flora, é melhor voltarmos para sua casa. Ela se deixa levar.

Ao retornarem, antes de entrar, Jurema apresenta os estudantes e pergunta a D. Flora se eles podem entrar também. Ela apenas acena a cabeça concordando. Jurema a coloca sentada e procura a cozinha para pegar um copo de água para D. Flora. Os estudantes perguntam: A senhora está bem? O que está sentindo? Enquanto Jurema volta com a água, D. Flora começa a chorar: Estou muito preocupada com o Joca. Ele está mudado. Outro dia chegou muito tarde em casa. Estava nervoso, agitado. Fui conversar com ele e ele me empurrou.

Jurema oferece a água. Após beber, D. Flora pára de chorar e continua: o que será que está acontecendo com meu filho? Ele é um bom menino, tem lá as dificuldades dele, mas nunca fez isto. Você sabe, né, Jurema, eu tive problemas com o mais velho que começou a roubar coisas porque queria ter coisas caras... quase foi preso. Por sorte não tinha 18 anos e quando foi pego pela polícia ficou com medo. Acabamos mandando ele para morar com o

³ Elaborado pela Profa. Dra. Patricia Leila dos Santos, Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento, FMRP-USP.

tio no sítio para deixá-lo longe das más companhias. O Joca tinha só 7 anos, sentiu falta do irmão, mas o Vicente ficou bem e continua morando no sítio.

Conforme falava D. Flora parecia se acalmar: Será que vai fazer como o irmão? Será que é droga? Outro dia chegou machucado depois da aula. As notas estão ruins. A diretora me conhece desde que eles eram pequenos, então me chamou para saber se estava tudo bem. Achei que estava, que era coisa da idade, mas agora...

Jurema ouviu D. Flora mais um pouco. Diz que precisam ir e combina de voltar no dia seguinte.

Questões para reflexão: O que pode estar acontecendo com Joca? Quais equipamentos da comunidade poderiam oferecer ajuda a D. Flora? Quais equipamentos da comunidade poderiam incluir ou prestar algum tipo de atenção aos adolescentes? Qual era o objetivo da visita domiciliar? O objetivo foi atendido?

DEPOIMENTOS

*Luiz Ernesto de Almeida Troncon
Departamento de Clínica Médica, Hospital das Clínicas da FMRP,
Campus da USP, 14049-900, Ribeirão Preto, SP.*

*Eliana Goldfarb Cyrino
Departamento de Medicina Preventiva da
Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) da UNESP*

*Iago da Silva Caires
Médico Residente em Medicina de Família e Comunidade, HCFMRP-USP*

DEPOIMENTO SOBRE A CRIAÇÃO DO EIXO CURRICULAR DE FORMAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

INTRODUÇÃO

A criação do eixo formativo de Atenção à Saúde da Família e da Comunidade no currículo do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da Universidade de São Paulo (USP) constituiu um dos componentes mais importantes do movimento de reorganização da estrutura curricular desse curso, que se iniciou em 2005, no âmbito da Comissão de Graduação (CG) dessa Faculdade.

O movimento que levou à criação deste eixo formativo, que tem como um dos principais elementos estruturantes o conjunto de disciplinas de “Atenção à Saúde da Comunidade” (ASC), teve, no meu entender, dois determinantes principais: 1. a necessidade de recuperar os princípios da grande reestruturação curricular que havia ocorrido no curso no início dos anos 1990 (aprovação pela Congregação da FMRP em 1992; início da implantação em 1993); 2. a inserção crescente da FMRP e das unidades de saúde à ela ligadas no sistema público de saúde brasileiro, notadamente no nível da atenção primária e das ações na comunidade.

Dentre os elos que ligam a reorganização curricular iniciada em 2005 e a reestruturação do currículo de 1992-93 está a minha presença nos grupos de docentes que, no interior da CG da FMRP, participaram ativamente das duas mudanças. Isso, provavelmente, justifica o convite dos editores desse livro para escrever o presente depoimento e explica o uso da primeira pessoa nessa narrativa. Adicionalmente, acompanhei e participei, como membro da Congregação da FMRP, das decisões que levaram ao crescente envolvimento da Faculdade com o sistema público de saúde e, em especial, com a atenção à saúde da comunidade.

Dada a sua natureza, este texto pode conter eventuais imprecisões, resultantes do fato de que o que se narra é o produto de impressões, que também são influenciadas por possíveis distorções da memória, ainda que a maior parte dos principais fatos considerados tenha acontecido somente há pouco mais de uma década. É importante também explicitar que nunca estive pessoalmente envolvido como docente nessas disciplinas, ou em outras atividades desse eixo, o que pode também ser responsável por imprecisões no presente texto.

Parte considerável deste depoimento ocupa-se do currículo do curso de Medicina da FMRP, como um todo e em evolução, uma vez que entendo que o eixo formativo que inclui as disciplinas ASC constitui parte de um conjunto maior. De qualquer modo, considero importante registrar, desde o início, que a criação do eixo das ASC teve a intenção de imprimir forte marca no processo de formação dos estudantes, mais do que constituir apenas um rearranjo da conformação de disciplinas dentro da estrutura curricular do curso de Medicina da FMRP.

É, também, importante destacar que a proposta de criação das disciplinas ASC teve sua origem no seio de professores da FMRP que compuseram o primeiro grupo de membros do Centro de Atenção Primária à Saúde da Família e da Comunidade (CAP), criado pela Direção da FMRP em 2006. A efetiva criação e implantação das disciplinas ASC no currículo, compondo o referido eixo, nos anos 2007-09, resultou do trabalho conjunto da CG, da primeira composição da Comissão Coordenadora do Curso (CoC) de Medicina e do CAP, perseguindo objetivos comuns.

Apresento, a seguir, tópicos relacionados ao tema principal, cuja apresentação é complementada por quadros que resumem certos aspectos que considere relevantes. Considerando o uso abundante no texto de siglas, que são usuais na instituição, mas possivelmente desconhecidas pela maioria dos eventuais leitores, inicio estes quadros por um (Quadro 1) que apresenta o significado e o contexto de todas as siglas utilizadas nesse capítulo.

CARACTERÍSTICAS DA RESTRUTURAÇÃO CURRICULAR DE 1992-93

Os princípios, as diretrizes e as estratégias adotadas na reestruturação do currículo do curso de graduação em Medicina da FMRP estão muito bem descritos e comentados no artigo de Prado, publicado em 1996 (PRADO, 1996), quando a nova estrutura curricular proposta estava ainda em fase de implantação. Vale frisar que as medidas inovadoras propostas e efetivamente implantadas, nos seis anos que se seguiram, desde 1993 até 1998, anteciparam, em quase uma década, muito do que veio a ser recomendado pelas primeiras Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Medicina (BRASIL, 2001), publicadas em 2001. As principais medidas propostas nessa reestruturação do curso são apresentadas no Quadro 2.

Além destas medidas, outra marca importante do movimento de reestruturação curricular de 1993-93 foi a se ter procurado iniciar o deslocamento

do cenário quase exclusivo de ensino clínico e de treinamento, que era constituído pelas enfermarias do Hospital das Clínicas (HC) da FMRP, para os ambulatórios desse HC e, sobretudo, para o Centro de Saúde Escola (CSE) da Faculdade. Este CSE, assim como as unidades básicas de saúde a ele vinculadas, era francamente subutilizado pelo curso de graduação em Medicina, a não ser por poucas atividades das disciplinas ligadas aos Departamentos de Medicina Social, de Puericultura e Pediatria e de Ginecologia e Obstetrícia. Assim sendo, uma das medidas mais emblemáticas deste movimento de descentralização de cenários de ensino clínico e de treinamento foi, sem dúvida, a criação do “Estágio Integrado em Centros de Saúde”, a ser cumprido no primeiro ano do internato (quinta série do curso), em articulação com outro estágio em atividades de Saúde na Comunidade, denominado “Medicina Comunitária I”.

Considero importante enfatizar que no longo período em que as mudanças propostas foram concebidas (FIHUEIREDO & RODRIGUES, 1990), como também à época da conclusão da proposta de reestruturação curricular e da sua aprovação pela Congregação da FMRP, em 1992, e, ainda, no início da sua implantação, o conceito de um sistema público de atenção à Saúde, amplo, abrangente e hierarquizado nos níveis de atenção primária, secundária e terciária, tal como hoje se caracteriza o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, era ainda incipiente. Existia, porém, de forma clara no âmbito da CG da FMRP, a ideia de que a formação do estudante de Medicina não podia prescindir da sua presença nos cenários de ensino constituídos pelos serviços comunitários de atenção à Saúde (HARDEN et al., 1984), assim como eram frequentemente discutidas as vantagens e as dificuldades inerentes à utilização desses cenários. Um exemplo disso foi a realização do “Encontro Universidade – Comunidade”, ocorrido em agosto de 1996, sob patrocínio da CG da FMRP, do qual participei ativamente, apresentando o tema “Ensino Clínico na Comunidade” (TRONCON, 1999).

RESULTADOS DA RESTRUTURAÇÃO CURRICULAR DE 1992-93

Nos primeiros anos após o término da implantação completa da nova estrutura curricular (1998 – 2001) um grupo de trabalho da CG da FMRP, do qual participei ativamente, concluiu os trabalhos de avaliação da eficácia deste novo currículo, feita, de forma pioneira, exclusivamente a partir dos dados obtidos em procedimentos de avaliação dos conhecimentos e das habilidades adquiridas pelos estudantes em vias de se graduarem (TRONCON et al., 1999).

Estes dados mostraram que o percentual de objetivos instrucionais completamente atingidos com o novo currículo era superior ao do anterior (PICCINATO et al., 2004) e que o desempenho dos estudantes formados pelo novo currículo, em relação aos que haviam se graduado cursando o currículo anterior, era significativamente superior, em termos da aquisição de conhecimentos e do exercício de habilidades práticas (clínicas e procedimentais) (PICCINATO et al., 2004; FIGUEIREDO et al., 2004; TRONCON et al., 2004).

No entanto, não foi possível demonstrar ganhos significativos com o novo currículo na aquisição de habilidades cognitivas mais elaboradas, como as necessárias ao raciocínio clínico (FIGUEIREDO et al., 2004; TRONCON et al., 2004). Não se conseguiu, também, demonstrar quaisquer mudanças nas atitudes dos formandos em relação à aspectos relevantes da prática médica, como a atenção primária à saúde, os aspectos psicológicos e emocionais envolvidos nas doenças, as doenças mentais e a posição do médico frente à morte (TRONCON et al., 2003; 2004).

Esses resultados da avaliação da eficácia do novo currículo apontavam para a necessidade de serem buscadas as eventuais causas das insuficiências observadas e, a partir disso, serem feitas as correspondentes correções. No entanto, nessa época (2001 a 2005) as energias da instituição estavam direcionadas à criação e à implantação dos novos cursos de graduação na área da Saúde: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Nutrição e Metabolismo e Informática Biomédica. Por isso, os movimentos procurando ajustes e aperfeiçoamentos do currículo do curso de Medicina da FMRP foram tímidos e apenas pontuais, atendendo a demandas específicas e desvinculados das diretrizes da reestruturação anterior.

A PERCEPÇÃO DOS GESTORES DO CURRÍCULO DO CURSO DE MEDICINA EM 2005

Em abril de 2005, tomei posse dentre os novos membros da CG da FMRP, indicados pela Congregação da Faculdade e, no mês seguinte, fui eleito para a Presidência do colegiado (COMISSÃO DE GRADUAÇÃO, 2005). Nas primeiras reuniões, procurei reservar tempo protegido para que os membros da CG pudessem expressar suas visões e opiniões sobre os principais problemas e as questões mais importantes ligadas aos vários cursos de graduação da FMRP (COMISSÃO DE GRADUAÇÃO, 2005). A intenção era a de identificar pontos críticos que pudessem vir a se constituir metas para o trabalho da

CG nos próximos anos, além do que parecia óbvio, que era a necessidade de ajustes no currículo e nos métodos de ensino do curso de Medicina.

De fato, nas várias manifestações, repetiam-se indicações de insatisfação com a situação do curso de Medicina. Essas foram em grande parte confirmadas pelo conteúdo do “Relatório de Avaliação das disciplinas do curso de Medicina” referente ao ano de 2003, baseado na opinião dos estudantes, que foi submetido à apreciação da CG ainda no primeiro semestre de 2005 (COMISSÃO DE GRADUAÇÃO, 2005).

Foi então decidido pela CG que uma das metas principais da sua gestão naquele momento seria a reavaliação da estrutura curricular do curso de graduação em Medicina e a revisão das condições de oferecimento das várias disciplinas que a compunha. A estratégia estabelecida foi a constituição de cinco Grupos de Trabalho (GT) compostos por membros da CG e representantes discentes, que se dedicariam, cada um, a reavaliar um segmento do currículo, formado por conjuntos de disciplinas (Quadro 3).

Vale frisar que, enquanto os novos cursos criados no início da década de 2000 eram coordenados por subcomissões da CG, que contavam com professores específicos desses cursos e estavam organizando-se para funcionar como comissões coordenadoras de curso (CoC), a responsabilidade pela coordenação do curso de Medicina era exclusiva da CG, sendo exercida por esse colegiado, como um todo. Havia, porém, no seio da CG, a intenção de organizar uma CoC específica para o curso de Medicina, o que acabou por se concretizar mais tarde.

Desde o início, tinha-se em vista que era altamente provável que o trabalho dos GT iria culminar na proposição de nova reorganização do currículo do curso de Medicina. Essa percepção foi reforçada e estimulada por outra demanda que se apresentou à FMRP, que foi a necessidade de rever o Projeto Político Pedagógico (PPP) do curso, para adequá-lo ao disposto nas já mencionadas DCN (BRASIL, 2001). Esta demanda obrigou a CG a se engajar em uma reflexão mais abrangente do que se pretendia, em termos do perfil de competências do estudante a ser formado e de como o currículo contribuiria para formar este perfil.

O TRABALHO DE REVISÃO DO CURRÍCULO DO CURSO DE MEDICINA

Antes do início dos trabalhos dos GT, a CG estabeleceu por consenso que seria adotada uma estratégia comum, composta por uma etapa de ava-

liação e outra de proposta de medidas concretas que seriam necessárias para implementar os ajustes eventualmente necessários. Na etapa de avaliação, seria feito estudo mais detalhado e a correspondente discussão dos dados do já citado “Relatório de Avaliação das disciplinas do curso de Medicina” referente ao ano de 2003. Isso seria complementado pelos dados de um questionário de avaliação a ser composto e endereçado aos professores, de modo a se dispor das visões dos corpos discente e docente sobre as disciplinas a serem avaliadas por cada um dos GT. Após o recebimento dos questionários e a sua análise, haveria reunião presencial dos membros do GT com os professores de cada disciplina, para esclarecimentos e discussão dos eventuais problemas e das correspondentes propostas de solução.

Ao terminar a etapa de avaliação, o GT das ciências biomédicas básicas concluiu que a proposta de integração horizontal das disciplinas com conteúdos relacionados havia se perdido por dificuldade dos professores de diferentes departamentos em compartilhar atividades. Disciplinas emblemáticas da proposta de integração haviam sido extintas e substituídas por outras, que remetiam à estrutura curricular anterior à reestruturação de 1992-93. Mesmo em algumas disciplinas que mantinham a estrutura e a denominação originais, a integração era precária e as atividades eram compartimentalizadas em função da origem departamental dos docentes envolvidos na ministração.

O GT das disciplinas de iniciação à Saúde, formação humanística e Medicina Social concluiu que o conjunto das disciplinas de “Iniciação à Saúde I e II” (IS), que deveriam ocupar ao menos um período da semana em todo o primeiro semestre do ano letivo, na primeira série e na segunda série, havia se contraído; a “IS II” havia sido extinta e a restante “IS I” ocupava apenas pequena parte do semestre e era desenvolvida com dificuldades, graças aos grandes esforços pessoais da professora que havia assumido a sua coordenação nos últimos anos.

A situação das disciplinas de Formação Humanística (FH) era ainda mais precária: a “FH I” que tratava de aspectos filosóficos da Ciência e da Medicina e a “FHIII” que abordava a História da Medicina eram muito criticadas pelos estudantes pelo fato de serem desenvolvidas quase exclusivamente por meio de longas e improdutivas aulas formais. Adicionalmente, havia grande dificuldade em encontrar professores com formação específica para coordenar e ministrar a “FH I”, visto que nem na FMRP nem no campus local da Universidade de São Paulo (USP) existiam docentes com essa característica. Pelo mesmo motivo, a “FH II”, que abordava aspectos sociais e antropológicos, havia sido extinta,

apesar de a FMRP contar com uma professora com formação específica para ministrar a disciplina. Havia, no entanto, uma crônica de participação dela em conflitos prévios com estudantes que a impedia de assumir a disciplina.

O GT do conjunto de estágios dos dois últimos anos do curso (internato), analisando especificamente o “Estágio Integrado em Centros de Saúde” e o de “Medicina Comunitária I” chegava a duas conclusões divergentes. Por um lado, havia a avaliação muito positiva das atividades do “Ambulatório Integrado”, desenvolvido no CSE, que constituía parte importante do estágio. O trabalho do interno neste ambulatório muito bem organizado permitia efetivamente a integração entre as várias áreas de atenção secundária à saúde individual, mais especializada, como também entre este nível de atenção e o primário. Por outro lado, os estudantes eram muito críticos em relação às atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e atenção primária, que também constituíam parte deste estágio. Adicionalmente, os professores e supervisores da “Medicina Comunitária I” relatavam com consistência que os estudantes não tinham domínio de noções básicas do funcionamento do sistema único de saúde e não exibiam atitudes muito favoráveis ao trabalho na comunidade. Pareciam faltar elos na cadeia que deveria ligar a “Iniciação à Saúde” e as atividades discentes de Saúde na comunidade no Internato

A PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO CURRICULAR E AS ESTRATÉGIAS ADOTADAS

Ao longo das discussões conjuntas entre os membros dos diferentes GT, no âmbito da CG, surgiu a proposta de uma reorganização mais ampla, que retomasse as diretrizes da reestruturação de 1992-93, permitisse a correção das distorções constatadas e possibilitasse avanços, no sentido de alinhar as atividades formativas locais com as tendências atuais da Educação Médica mundial.

Para tanto, traçaram-se alguns objetivos gerais, dentre os quais o de retomar a meta de integração “horizontal” de áreas afins em algumas das grandes disciplinas das ciências biomédicas básicas dos dois primeiros anos (ex.: Fisiologia e Bioquímica, Estrutura e Função do Sistema Nervoso). A redução de “repetições” de tópicos e a priorização da abordagem de alguns temas, em lugar do propósito de cobertura sistematizada de todo o conjunto de conteúdo dessas áreas, poderia permitir a redução da carga horária dessas disciplinas, de modo a criar “espaço” na grade curricular para a introdução de outras atividades formativas.

Redução adicional da carga horária em disciplinas compulsórias seria conseguida com a extinção da disciplina de “Tecnologia do DNA recombinante”. Em seu lugar, propôs-se a criação da disciplina de “Biologia do Câncer”, que, adicionalmente, permitiria integração de conteúdos correlatos de Bioquímica, Genética e de Biologia Molecular e Celular e destes com a disciplina de “Oncologia”, a ser criada na etapa clínica.

Propôs-se, ainda, a extinção das disciplinas de “Iniciação à Saúde” e Bioestatística da primeira série e as de Formação Humanística I (segunda série) e III (terceira série). Porém, parte do conteúdo e das atividades discentes dessas disciplinas seria incorporada às de outras, que comporiam dois novos eixos formativos.

Á época, entendia-se a pertinência de se constituir eixos formativos “verticais”, caracterizados por oferta de conteúdos e de atividades discentes em torno de áreas temáticas essenciais para a formação geral do estudante de Medicina. A verticalidade era entendida como a programação de atividades formativas desde a primeira até a última (sexta) série do curso. Uma característica importante do eixo é a oferta frequente e mantida de atividades, ao longo de todo o curso, por exemplo, em todas as semanas, ou, no mínimo, a cada quinzena.

Foi então proposta inicialmente a criação de três eixos formativos: Atenção à Saúde da Comunidade (ASC), Formação Humanística em Saúde e Bioética e Formação Complementar e Desenvolvimento Integral do Estudante.

A CONFIGURAÇÃO DOS EIXOS FORMATIVOS LONGITUDINAIS

O eixo de “Atenção à Saúde da Comunidade” tinha como metas oferecer oportunidades ao estudante, desde a primeira semana do curso, de contato com o ambiente e as condições de vida das famílias e da comunidade, bem como com as diferentes unidades de atenção básica à saúde. Tinha, ainda, as metas de prover informações sobre a estruturação e funcionamento do SUS e sobre os princípios da saúde coletiva. Para tanto, seriam criadas as disciplinas ASC I, II, III e IV, uma em cada série, com atividades em um período por semana, ao longo de todo o ano. As disciplinas ASC I e II conteriam elementos das antigas disciplinas de “Iniciação à Saúde”, como primeiros socorros, cuidado com a saúde do próprio estudante e também da “FHII” (Ciências Sociais Aplicadas à Saúde) e de “Bioestatística”. As ASC III (terceira série) e IV (quarta série) englobariam os conteúdos e práticas de Epidemiologia, Medicina Pre-

ventiva e Organização e Administração em Saúde. As atividades formativas deste eixo se completariam, no internato, com as atividades do “Estágio Integrado em Centros de Saúde” (no CSE), articuladas com as de “Medicina Comunitária” I (em unidades básicas de Saúde e na comunidade) na quinta série e “Medicina Comunitária II” (estágio rural), na sexta série do curso.

O eixo de “Bioética e Formação Humanística” teria, também, atividades discentes por um período da semana e seria ancorado nas disciplinas de Bioética, Ética Médica e Medicina Legal, mas conteria também conteúdos das antigas FH I (Filosofia da Ciência) e FH III (História da Medicina). No período do Internato, pretendia-se que as coordenações dos estágios abrissem ao menos um período mensal para a discussão de tópicos relacionados aos problemas de cada área, expressos por situações concretas vivenciadas no dia-a-dia dos estágios, que tivessem interesse para a formação ética e humanística do estudante.

Imaginava-se que as atividades desses dois eixos poderiam ser desenvolvidas em pequenos grupos de estudantes, sob a orientação de um professor facilitador, de modo a prover oportunidades para participação e aprendizado ativos. Previa-se, ainda, o uso de diferentes estratégias, além das discussões, como palestras de convidados, projetos específicos e filmes, além de avaliação do aproveitamento que tivesse características fortemente formativas.

O eixo de “Formação Complementar e Desenvolvimento Integral do Estudante” caracterizava-se, simplesmente, pela oferta garantida, dentro da grade curricular de cada semana, por períodos livres protegidos para que o estudante pudesse se dedicar a atividades de extensão universitária, iniciação científica, aprendizado de línguas e outras da sua livre escolha. Estes períodos ficaram conhecidos como “áreas verdes”.

A CRIAÇÃO DAS DISCIPLINAS “ASC”

O segundo semestre do ano de 2006, abrigou alguns acontecimentos importantes (COMISSÃO DE GRADUAÇÃO, 2007). O primeiro deles foi a criação, por iniciativa da Diretoria da FMRP, do CAP, órgão colegiado que teria as finalidades de coordenar as atividades formativas nas áreas de Atenção Primária, Saúde da Família e Comunidade, bem como a de estabelecer as bases de colaboração com outras unidades do campus da USP local e com outras instituições atuando nas mesmas áreas. Os membros do CAP rapidamente engajaram-se na discussão da situação dos vários cursos de gradua-

ção da FMRP. Evidência disso foi a realização do “Simpósio sobre Ensino de Graduação em Atenção Primária e Saúde da Comunidade: Experiências de Outras Escolas”, no final de 2006, que teve, também, a participação de membros da CG da FMRP.

Outro acontecimento relevante foi a aprovação da proposta da criação de uma CoC específica para o curso de Medicina, seguida pelo processo de indicação pela CG de nomes de possíveis membros. Estes, aprovados pela Congregação da FMRP, acabaram por constituir no início de 2007 a primeira composição deste colegiado, que veio a tomar as rédeas da proposta de reorganização do currículo desse curso.

Em Dezembro de 2006, já adiantadas as discussões da reorganização curricular e a proposta de criação dos eixos formativos longitudinais, a CG da FMRP recebeu proposta do CAP de criação de um “conjunto de disciplinas de atenção básica” (*sic*), que se constituiriam de modo a formar um “eixo estruturante” (*sic*) da primeira à quarta série do curso de Medicina¹². A proposta trazia de forma muito clara os objetivos e conteúdos das disciplinas que comporiam esse eixo, que se superpunham, em grande parte ao que estava sendo discutido, em termos mais genéricos, no âmbito interno da CG e dos seus GT. Em especial, a proposta trazia, muito bem definidos, os temas em torno dos quais seriam desenvolvidas as atividades discentes (Quadro 4).

A partir desse momento, estabeleceram-se discussões conjuntas entre os membros da CG e os CAP visando dar forma às disciplinas. Esse trabalho veio a se desenvolver plenamente ao longo de 2007, agora com a participação mais efetiva dos membros da recentemente implantada CoC do curso de Medicina, bem como com professores do Departamento de Medicina Social e de outros departamentos da FMRP, que se supunha teriam participação ativa nessas disciplinas.

Ao mesmo tempo, completou-se a revisão do PPP do curso de Medicina da FMRP, já contemplando o estabelecimento dos três eixos formativos antes abordados.

No primeiro semestre de 2007, concluiu-se a proposta de criação da ASC I para a primeira série, que foi aprovada pela CG e, em seguida, pela Congregação da FMRP e pelos colegiados superiores da USP, para começar a ser oferecida em 2008 (COMISSÃO DE GRADUAÇÃO, 2009). As características gerais da disciplina proposta são apresentadas no Quadro 5.

Ainda em 2007, iniciou-se o trabalho de preparo dos professores da ASC I para trabalhar com métodos mais ativos de ensino e aprendizado e

de avaliação, o que demandou a realização de oficinas de desenvolvimento docente, patrocinadas pela CG e pelo CAP, conduzidas por convidados com experiências no uso de métodos mais ativos de aprendizagem em disciplinas similares em outras instituições (CYRINO & TORALES-PEREIRA, 2004).

O trabalho conjunto prosseguiu ao longo dos anos de 2007-08, culminando com a aprovação em todas as instâncias necessárias da proposta de criação da ASCII, para começar a ser oferecida em 2009 (COMISSÃO DE GRADUAÇÃO, 2009). As características gerais da disciplina proposta são apresentadas no Quadro 6.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a sua criação e o início do seu oferecimento, há quase uma década, as disciplinas ASC I e II mantem os mesmos objetivos gerais e específicos. Houve, porém, considerável mudança na configuração dessas disciplinas, a principal delas na forma de redução à metade das respectivas cargas horárias UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO A; B, 2016). As disciplinas são ainda do tipo anual, distribuindo-se as suas atividades ao longo dos dois semestres.

Houve considerável modificação do conteúdo programático das duas disciplinas, com a clara exclusão de temas que pertenciam às antigas disciplinas de “Iniciação à Saúde” e de “Bioestatística”. Esta foi recriada e voltou a ser oferecida agora na terceira série.

O exame da descrição dos métodos de ensino das disciplinas ASC I e II sugere que o uso de técnicas mais ativas de aprendizagem em pequenos grupos parece ser atualmente compartilhado com estratégias mais convencionais, aplicáveis para grupos maiores de estudantes.

Foi criada e implementada a disciplina ASC III, com carga horária de 45 horas, oferecida na terceira série, somente no primeiro semestre do ano letivo, com foco na área de Organização e Administração em Saúde. Nessa série, são também oferecidas, de modo aparentemente estanque, as disciplinas de Bioestatística (segundo semestre) e de Epidemiologia (segundo semestre).

A disciplina ASC IV, que era inicialmente planejada para ser oferecida ao longo de todo o ano, na quarta série do curso de Medicina, aparentemente, nunca foi criada. Nessa série, é oferecida somente a disciplina de “Medicina Preventiva” (carga horária: 45 horas), somente no segundo semestre.

Esses desenvolvimentos indicam que a implantação do eixo de “Atenção à Saúde da Comunidade” teve avanços, mas não se concretizou com-

pletamente, como originalmente se pretendia, embora ainda conste do PPP do curso de Medicina da FMRP (FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, 2016).

As diferenças entre o que se pretendia e o que efetivamente alcançou-se podem ser vistas como um fenômeno natural em instituições grandes e complexas, como a USP e a FMRP, em que as decisões são tomadas ao longo de tempo considerável, por diferentes instâncias colegiadas continuamente em renovação. Isso faz com que muitas das metas e objetivos inicialmente previstos percam-se ao longo do percurso, desde a concepção até a implantação das correspondentes atividades formativas.

Por outro lado, muitas das diferenças entre o inicialmente proposto e o que ora se observa, podem ser devidas à carência de docentes e preceptores, em relação ao número relativamente elevado de estudantes matriculados nas várias disciplinas, em cada semestre. À época da aprovação das propostas de criação das ASC e da formação do CAP desenhava-se uma perspectiva de que os departamentos clínicos tradicionais da FMRP (Clínica Médica, Cirurgia, Puericultura e Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia) iriam priorizar novas contratações docentes para a área de Atenção à Saúde da Comunidade, o que acabou por não se concretizar plenamente. Com isso, o trabalho nas ASC acabou por se concentrar majoritariamente nos ombros dos professores do Departamento de Medicina Social.

Além da carência relativa de docentes, dificuldades na utilização de métodos mais ativos de aprendizado, que se baseiam fortemente no trabalho de pequenos grupos de estudantes e também em recursos especiais de aprendizado, podem também ser devidas à inexistência de programas permanentes de desenvolvimento docente em Educação, que estimulem e apoiem o trabalho dos professores nessa linha.

Embora não completamente informado da situação atual do eixo formativo e do andamento das disciplinas ASC, tenho a convicção de que a sua criação e efetiva implantação, ainda que apenas parcialmente bem sucedida, representou nítido avanço, gerando ganhos na formação do estudante de graduação em Medicina da FMRP. Esta convicção é fundamentada nos achados de dois estudos recentes tendo, como sujeitos, estudantes das últimas séries do curso de Medicina da FMRP (CAMPOS, FORSTE, 2008; VELOSO, 2016).

No primeiro deles, as respostas a questionário estruturado aplicado a estudantes do Internato (quinta série), mostraram que as atividades das

disciplinas articuladas de “Medicina Comunitária I” e “Estágio Integrado em Centros de Saúde” trouxeram contribuição positiva à formação, notadamente nos aspectos de integração com a equipe de saúde, humanização e visão dos principais princípios da saúde da família e da Atenção Primária (CAMPOS; FORSTE, 2008).

O outro estudo foi desenvolvido por meio de pesquisas qualitativas, com entrevistas de estudantes do curso de Medicina em estágios do Internato em Medicina Comunitária da quinta e da sexta séries (VELOSO, 2016). Esses estudantes reconhecem dispor de conhecimentos relevantes para atuar na área da Atenção Primária à Saúde e admitem a efetividade da sua inserção, desde a primeira série do curso, nas equipes que atuam nessa área (VELOSO, 2016). Reconhecem, ainda que as atividades dos estágios do internato propiciam vivências de grande valor para a sua formação (CAMPOS & FORTES, 2008).

Parece-me claro que essa visão positiva atual dos estudantes certamente não teria sido construída se não tivessem eles vivenciado as atividades discentes e as experiências delas decorrentes, que são próprias do eixo formativo e das disciplinas ASC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- PRADO WA. Desenvolvimento e implantação da nova estrutura curricular na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Dificuldades e avanços. *Revista Medicina, Ribeirão Preto* 1996; 29: 373-382.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Resolução CNE/CES Nº 4*, de 7 de Novembro de 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. (Acesso em 16 de Novembro de 2016).
- FIGUEIREDO JFC & RODRIGUES CRC. Estratégias para a reformulação da estrutura curricular na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto na última década e estágio atual do processo. *R Bras Educ Med* 1990; 14: 20-23.
- HARDEN RM, SOWDEN S, DUNN W. Some educational strategies in curriculum development: the SPICES model. *Med Educ* 1984; 18: 284-297.
- TRONCON LEA. Ensino Clínico na Comunidade. *Revista Medicina, Ribeirão Preto* 1999; 32: 335-344.
- TRONCON LEA, FIGUEIREDO JFC, RODRIGUES MLV, PERES LC, CIANFLONE ARL, PICINATO CE, COLARES MFA. Implantação de um programa de avaliação terminal de graduação para estimular a eficácia do currículo da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. *Rev Assoc Med Bras* 1999; 45: 217-224.

- PICCINATO CE, FIGUEIREDO JFC, TRONCON LEA, PERES LC, CIANFLONE AR, COLARES MFA, RODRIGUES MLV. Análise do desempenho dos formandos em relação a objetivos educacionais da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em duas estruturas curriculares distintas. *Rev Assoc Med Bras* 2004; 50: 68-73.
- FIGUEIREDO JFC, TRONCON LEA, RODRIGUES MLV, CIANFLONE ARL, COLARES MFA, PERES LC, PICCINATO CE. Effect of Curriculum Reform on graduating student performance. *Med Teach* 2004; 26: 244-249.
- TRONCON LEA, FIGUEIREDO JFC, RODRIGUES MLV, PICCINATO CE, PERES LC, CIANFLONE ARL, COLARES MFA. Avaliação de uma reestruturação curricular na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto: Influência sobre o desempenho dos graduandos. *Rev Bras Educ Med* 2004; 28: 145-155.
- TRONCON LEA, COLARES M.F.A., FIGUEIREDO JFC, CIANFLONE ARL, RODRIGUES MLV, PICCINATO CE, PERES LC. Atitudes de graduandos em Medicina em relação a aspectos relevantes da prática médica. *Rev Bras Educ Med* 2003; 27: 20-28.
- COMISSÃO DE GRADUAÇÃO. FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO. *Livro de Atas das Reuniões 633ª. a 675ª.*, Fevereiro de 2003 a Dezembro de 2005. FMRP, Ribeirão Preto.
- COMISSÃO DE GRADUAÇÃO. FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO. *Livro de Atas das Reuniões 676ª. a 712ª.*, Janeiro de 2006 a Dezembro de 2007.
- COMISSÃO DE GRADUAÇÃO. FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO. *Livro de Atas das Reuniões 713ª. a 741ª.*, Janeiro de 2008 a Dezembro de 2009.
- CYRINO EG, TORALLES-PEREIRA ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20: 780-788.
- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. SISTEMAS USP. *Júpiter Sistema de Graduação*. Disciplina RCG0122 - Atenção à Saúde da Comunidade I. Disponível em: <https://uspdigital.usp.br/jupiterweb/obterDisciplina?sgldis=RCG0122&verdis=3>. (Acesso em 23 de Novembro de 2016).
- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. SISTEMAS USP. *Júpiter Sistema de Graduação*. Disciplina RCG0249 - Atenção à Saúde da Comunidade II. Disponível em: <https://uspdigital.usp.br/jupiterweb/obterDisciplina?sgldis=RCG0249&verdis=3>. (Acesso em 23 de Novembro de 2016).
- FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO. *Projeto Político Pedagógico do curso de Medicina*. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/ppp_FMRP_cm.pdf (Acesso em 14 de Novembro de 2016).
- CAMPOS MAF, FORSTER AC. Percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. *Rev Bras Educ Méd* 2008; 32: 83-89.
- VELOSO TMC. A formação de profissionais de saúde: um olhar para o eixo da Atenção Primária à Saúde. *Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo*, Ribeirão Preto, 2016.

RELAÇÃO DE QUADROS

Quadro 1 - Siglas utilizadas nesse capítulo para designar atividades e órgão relacionados à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, com o seu significado e contexto.

SIGLA	SIGNIFICADO	CONTEXTO
ASC	Atenção à Saúde da Comunidade	Eixo formativo no curso de graduação em Medicina, composto por disciplinas sequenciais de mesmo nome (I a IV), a partir da primeira série.
CAP	Centro de Atenção Primária à Saúde da Família e da Comunidade	Centro de apoio às atividades acadêmicas desenvolvidas pela Faculdade na comunidade.
CG	Comissão de Graduação	Colegiado que supervisiona a coordenação e delibera sobre todos os cursos de graduação da Faculdade.
CoC	Comissão Coordenadora do Curso	Colegiado que coordena cada um dos cursos de graduação da Faculdade. Seus coordenadores têm assento na Comissão de Graduação.
CSE	Centro de Saúde Escola	Unidade de atenção à Saúde nos níveis básico e secundário ligada à Faculdade.
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais	Conjunto de recomendações produzidas pelo Conselho Nacional da Educação para todos os cursos de graduação do país.
FH	Formação Humanística	Disciplinas sequenciais do curso de graduação em Medicina voltadas às temáticas das Ciências Humanas.
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto	Uma das mais de 40 unidades de ensino e pesquisa da Universidade de São Paulo, que oferece o curso de Medicina e outros seis diferentes cursos na área da Saúde.
GT	Grupos de Trabalho	Subcomissões temporárias da Comissão de Graduação, criadas para tratar de assuntos e temas específicos, estudando questões e propondo soluções.

continua

HC	Hospital das Clínicas	Hospital universitário com atividades predominantes de atenção terciária à Saúde, mantido pelo governo estadual e ligado por convênio à Faculdade.
IS	Iniciação à Saúde	Disciplinas criadas em 1992–93 com a finalidade de aproximar os estudantes da primeira série e da segunda série dos conceitos gerais e práticas em Saúde.
PPP	Projeto Político Pedagógico	Documento que define as características de cada curso de graduação e que explicita como ele se insere na cultura educacional da instituição.
SUS	Sistema Único de Saúde	Sistema público de Saúde brasileiro, em que as ações de saúde da Faculdade nos níveis primário, secundário e terciário estão inseridas.
USP	Universidade de São Paulo	Universidade pública estadual paulista à qual a Faculdade é vinculada e subordinada.

Quadro 2 - Principais diretrizes da reestruturação curricular do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto implantada a partir de 1993¹.

DIRETRIZ	EXEMPLOS DE AÇÃO
Introdução do estudante às práticas da Saúde desde o início do curso.	Disciplinas de “Iniciação à Saúde” na primeira série e na segunda série do curso
Introdução de tópicos pertinentes às Ciências Humanas e Sociais	Disciplinas de “Formação Humanística” (FH) nas três primeiras séries do curso
Integração “horizontal” de disciplinas afins	“Criação das disciplinas “Sistemas de Integração” e “Agressão e Defesa” (primeiras séries) e “Sistema Digestivo” e “Sistema Urinário” (etapa clínica)”
Oportunidades de transmissão do conhecimento em áreas emergentes da Medicina	Criação de disciplinas inovadoras, como “Tecnologia do DNA Recombinante” e “Reprodução Humana”
Ampliação do ensino da Semiologia	Criação de disciplinas “Semiologia e Saúde da Criança” e “Semiologia Especializada”

continua

Aumento do período do internato, de um ano para dois anos	Redução global da carga horária de todas as disciplinas das quatro primeiras séries
Introdução de oportunidades para que o estudante selecionasse disciplinas do seu interesse	Criação de disciplinas optativas nas três primeiras séries e de um período para estágio optativo no primeiro ano do internato (quinta série do curso)

Quadro 3 - Conjuntos de disciplinas em torno dos quais se constituíram os grupos de trabalho (GT) constituídos pela Comissão de Graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto para reavaliar o currículo do curso de graduação em Medicina¹¹.

GT	CONJUNTO DE DISCIPLINAS	SÉRIES DO CURSO
1	Ciências biomédicas básicas	Primeira e segunda
2	Iniciação à Saúde, Formação Humanística e disciplinas ligadas ao Departamento de Medicina Social	Primeira, segunda, terceira e quarta
3	Introdução à clínica	Terceira
4	Ciências clínicas	Terceira e quarta
5	Internato	Quinta e sexta

Quadro 4 - Temas em torno dos quais se desenvolveriam as atividades formativas das disciplinas de “Atenção Básica” no curso de graduação em Medicina da FMRP¹².

TEMAS	SÉRIE DO CURSO
Saúde da comunidade	Primeira
Saúde da família	Segunda
Diagnóstico de saúde	Terceira
Prevenção clínica	Quarta

Quadro 5 - Características gerais da disciplina “Atenção à Saúde da Comunidade I” ministrada pela primeira vez no curso de Medicina da FMRP em 2008.

Tipo: Anual

Duração: 30 semanas

Carga horária total: 120 h (oito créditos aula)

Conteúdo programático:

Comunicação e relacionamento interpessoais

Saúde e meio ambiente: fatores de risco e proteção à Saúde

Territorialização

Recursos e equipamentos sociais que integram a rede de apoio à população

Recursos e equipamentos de saúde

Estrutura e funcionamento do Sistema Único de Saúde

Epidemiologia dos acidentes de trânsito

Serviço de resgate em emergências

Drogas ilícitas, tabagismo e alcoolismo

Anticoncepção e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis

Cuidados e proteção do profissional de saúde

Aspectos ansiogênicos do curso de Medicina

Espiritualidade e Saúde

Antropometria e sinais vitais

Doenças provenientes do lixo e da água contaminada

Métodos:

Aulas interativas

Discussões em pequenos grupos

Visitas programadas e orientadas

Leituras programadas

Resolução orientada de exercícios

Avaliação do estudante:

Avaliação formativa com o uso de portfólio individual

Observação de apresentações orais e escritas sobre visitas e entrevistas realizadas

Relatórios

Auto-avaliação

Quadro 6 - Características gerais da disciplina “Atenção à Saúde da Comunidade II” ministrada pela primeira vez no curso de Medicina da FMRP em 2009.

Tipo: Anual

Duração: 30 semanas

Carga horária total: 120 h (oito créditos aula)

Conteúdo programático:

Desenvolvimento familiar: resiliência e dinâmica da família – instrumentos de avaliação
Habilidades sociais e profissionais no contexto das atividades em Saúde – acolhimento, vínculo, escuta ampliada, processo de trabalho em equipe
Promoção da Saúde e prevenção de doenças: conceito e aplicações
Determinantes sociais da Saúde
Vulnerabilidade e fatores de risco e proteção
Fundamentos de pesquisa em Saúde Coletiva: perfil demográfico e epidemiológico

Métodos:

Discussões em pequenos grupos
Acompanhamento, apresentação e problematização de casos de famílias
Foruns eletrônicos de discussão
Estudos de textos e artigos científicos
Seminários e oficinas
Entrevistas
Estudo de metodologia científica para populações

Avaliação do estudante:

Avaliação formativa com o uso de portfólio individual
Apresentações orais e escritas sobre famílias acompanhadas
Relatórios sobre problemas identificados e propostas de solução
Auto-avaliação
Prova escrita

Luiz Ernesto de Almeida Troncon

*Professor Titular do Departamento de Clínica Médica,
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto,
Universidade de São Paulo; Ex-Presidente da Comissão
de Graduação dessa Faculdade (períodos: 1997-99; 2005-07).
Telefone: (16) 3602-2457; E-mail: ledatron@fmrp.usp.br*

ALGUMAS APROXIMAÇÕES SOBRE O ENSINO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

“Não existe o caminho mas caminhos, uma pluralidade deles e... desconhecidos. Contudo, é necessário escolher algum. E escolher é sempre um risco. Nada nos assegura o resultado do caminho escolhido que, só parcialmente, e muito parcialmente, depende de nós”.

(Garcia, 1999)

Desde minha contratação na Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP (FMB), e mesmo antes dela, tenho buscado aprender sobre, participado e construído coletivamente processos inovadores de formação. Processos que não são possíveis se planejados no isolamento e que demandam o trabalho de grupo. Grupos que ao se desenvolverem se transformam, se reformam, avançam e retrocedem, ampliam-se e se desfazem, mas que de uma forma ou de outra trazem a riqueza da construção coletiva. Apesar de transitar por muitos caminhos, meu foco maior tem sido a formação, o trabalho e a vivência na Atenção Primária à Saúde (APS), valorizando este nível de atenção nas redes de atenção, acreditando e investindo na possibilidade de romper com a forma tradicional de ensinar e aprender, reorganizando a relação teoria-prática, rompendo com a clássica proposição de que a teoria precede a prática e propondo que os sujeitos do processo inovador sejam protagonistas das ações e atividades, participando desde a concepção até a análise dos resultados das mesmas. (Cunha, 2001)¹.

Iniciei o trabalho docente, em 1986, ministrando disciplinas de Epidemiologia e Administração em Saúde, para alunos do 3º ano de graduação médica e supervisionando o estágio de Saúde Pública no internato de 6º ano médico. No início, fazia exatamente o que os professores mais antigos faziam, ia copiando até o jeito de falar, de andar e repetia suas piadas. Na primeira semana de trabalho comecei a dar aulas, para 45 alunos, aliviando os colegas que participariam da VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília. Foi um ano que nos trouxe muitas esperanças. Vivíamos aquele momento, com a esperança de que faríamos a Reforma Sanitária em nosso país.

¹ CUNHA, M.I.; MARSICO, H.L.; BORGES, F.A.; TAVARES, P. Inovações pedagógicas na formação inicial de professores. In: FERNANDES, C.M.B.; GRILLO, M. (Org.) Educação superior: travessias e atravessamentos. Canoas: Ed. ULBRA, 2001. p.33-90.

Na década de noventa, já com o Sistema Único de Saúde(SUS) aprovado em lei, o Ministério da Saúde propôs a reorganização da prática assistencial em saúde , enfatizando a vigilância epidemiológica e o atendimento integral à saúde da família. Em 1991, teve início o Programa de Agentes Comunitários (PACS) e em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) que além de reduzir a participação das internações hospitalares no total das despesas realizadas pelo SUS, produziram alterações sensíveis nas condições de vida dos usuários. Nas décadas seguintes inúmeras possibilidades de ações no âmbito da organização da atenção primária foram desenvolvidas, objetivando atender aos princípios da integralidade da atenção.

Destaca-se que ao longo da história da FMB, os docentes do Departamento de Saúde Pública sempre estiveram voltados à preocupação com o ensino de Saúde Pública na graduação médica e sempre envolvidos com o ensino médico ao mesmo tempo participando como protagonistas da construção da saúde pública municipal e regional², com o esforço da integração do ensino na APS. Assim, considerando os diversos processos de mudança no ensino da saúde, a Faculdade de Medicina de Botucatu, criada em 1962, passou por várias reformas curriculares, tendo hoje, seu currículo com desenho misto, disciplinar com foco na atenção individual, no paciente, com momentos de diversificação de cenários de ensino, nos diferentes níveis de atenção e abordagens por problemas de saúde que articulam o compromisso do cuidado do sujeito e seu coletivo e de integração disciplinar e mesmo interprofissional ao longo da formação.

Entendendo as potencialidades da atenção primária, em 1997, ocorreu uma reforma do ensino da Saúde Pública, na FMB, que tinha alguns eixos centrais: aproximar o ensino de práticas na atenção primária, utilizar-se de estratégias metodológicas inovadoras como trabalho em pequenos grupos, trabalhar com problemas identificados na prática da APS, valorizar a integralidade do cuidado, a humanização, identificando-se a dimensão subjetiva das práticas em saúde como possibilidade de inovação tecnológica e trabalhar com a integração disciplinar, construindo todo trabalho por núcleos temáti-

² A professora Cecília Magaldi primeira coordenadora da saúde do município de Botucatu, falecida em 2010, iniciou a organização da atenção primária em Botucatu. Era extremamente crítica ao modelo de ensino adotado na FMB, centrado no hospital, ao trabalho médico realizado de forma fragmentada, impessoal e com valorização de habilidades técnicas em detrimento de uma relação médico-paciente mais humanizada. Participou de diversos movimentos que buscavam a reforma da escola médica. Tinha já nos últimos anos de Unesp uma grande impaciência ao vislumbrar os rumos da universidade brasileira.

cos e não mais por disciplinas. Buscou-se, assim, propiciar experiências interdisciplinares, nas quais os alunos poderiam perceber como um conhecimento depende do saber de distintas áreas e trabalhar um cotidiano que enfatize o senso de autonomia de nossos estudantes assim como a exposição a situações concretas da realidade de saúde de nosso país e de nossa região³. Utilizou-se de diferentes metodologias e estratégias de ensino-aprendizagem como a problematização, a aprendizagem baseada em problemas (ABP), o trabalho de discussão dos temas em pequenos grupos e mesas redondas com debates. Um ponto valorizado tem sido a construção coletiva do curso.

Embora se soubesse antecipadamente o risco que se correria trabalhando com professores orientadores com níveis de conhecimento diferente sobre as diversas temáticas, foi intencional o trabalho apoiar-se muito mais na possibilidade da criatividade e autonomia no desenvolvimento do trabalho pedagógico do que na homogeneização do conteúdo. Assumimos assim “com todos os riscos e consequências, que a homogeneidade não existe quando se trata de trabalho com seres humanos.” (Camargo, 1997)⁴

Um exemplo do processo de ensino pode ser apresentado no acompanhamento à pacientes portadores de diabetes, no qual a intervenção se deu no individual e no coletivo e se pode apresentar ao aluno o paciente, seu local de moradia, seu sofrimento e dificuldade para enfrentar uma doença crônica, muitas vezes sem sintomas claros, consultar o prontuário, conhecer a dieta real do paciente, a rede de serviços de saúde, de forma longitudinal e progressiva. Algumas questões foram de difícil apreensão na visão do aluno: *“prepare-se para ser bombardeado com conceitos fundamentais para sua formação médica, mas que irão chateá-lo um pouco por ser maçante e meio administrativo demais para pessoas interessadas no campo biológico humano e não no social... . Só que infelizmente estes não podem e nem devem ser separados”*.

Nos anos de 1990 ocorreu em nosso país um movimento amplo com foco na transformação da escola médica, liderado pela Comissão Interinstitucional Nacional de avaliação do Ensino Médico (CINAEM)⁵. Em que pese a ruptura desse processo nos anos que se seguiram, já no início dos anos 2000

³ CYRINO, E G. e RIZZATO, A B P. Contribuição à mudança curricular na graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2004, vol.4, n.1, pp. 59-69.

⁴ CAMARGO, A.L.C. O discurso sobre a avaliação escolar do ponto de vista do aluno. Rev. Fac. Educ. Univ. São Paulo, v.23, n.1, p. 1-16,1997.

⁵ Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). Preparando a transformação da escola médica brasileira: Projeto CINAEM- III fase relatório 1999-2000. CINAEM; 2000.

esse movimento com certeza influenciou as bases das Diretrizes Curriculares Nacionais(DCN) dos cursos da área da saúde implantadas, a partir de 2001. A perspectiva apontada na CINAEM, de redesenhar a escola médica com uma maior articulação às demandas e às necessidades de saúde da população e maior integração ao SUS, em toda a rede, foi fundamental para mudanças que ocorreriam nos anos que a sucederam nas profissões da saúde. Entre 2001 e 2004 ,a maior parte dos cursos da saúde teve aprovada suas diretrizes curriculares tendo em comum a proposta de formação orientada as necessidades de saúde das populações bem como uma atuação integrada ao SUS. Em que pese consideráveis avanços em termos de mudanças das graduações nesse período que se seguiu após a implantação das DCN, considera-se que ainda há muito que se fazer frente a uma formação que valorize a integralidade e humanização do cuidado, que se oponha a práticas fragmentadas e reducionistas. São muitos os desafios e as novas DCN dos cursos de medicina aprovadas em 2014, buscam trazer mais ferramentas para uma formação que valorize a concepção de clínica ampliada, o trabalho interprofissional e intersetorial e um novo projeto ético-político da formação profissional na saúde. As DCN constituem uma indicação e muitas vezes não tem a força necessária para que uma mudança mais radical se realize nos cursos.

Em 2002, a FMB teve a oportunidade de participar da seleção e foi uma das 19 escolas médicas do Brasil que participou do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (PROMED), proposto pelo Ministério da Saúde (MS) em parceria com o Ministério da Educação (MEC). O principal objetivo do programa era fomentar a inovação no ensino médico, integrando-o ao desenvolvimento do SUS. Para tanto, as Escolas Médicas participantes contaram com apoio financeiro durante seis anos consecutivos. O PROMED⁶ propunha a mudança curricular em três eixos: Diversificação de cenários de ensino, capacitação docente e revisão teórica de todo eixo do plano e processo de ensino.

Em 2003, a recém-criada Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde possibilitou novo incremento ao processo de mudança curricular da FMB. Apresentou diretrizes de apoio às iniciativas inovadoras para articular a rede de gestão e de serviços com as instituições formadoras de profissionais da área da saúde. Visava também

⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. O Programa de Incentivo as Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas. PROMED. Brasília, 2002.

promover mudanças nas práticas de formação, buscando a integralidade da atenção à saúde da população e a educação permanente de recursos humanos para o SUS. Mais uma vez, com apoio da diretoria, a FMB/UNESP se candidata e é contemplada⁷.

Os Ministérios de Saúde e da Educação lançaram, em 2004, o Aprender SUS, como um conjunto de estratégias para viabilizar e fortalecer relações de cooperação entre instituições de educação superior e o sistema de saúde em todos os âmbitos (ensino, produção de conhecimentos e prestação de serviços). A implementação das DCN, pelo lado da educação, em 2001, e a adoção da integralidade como eixo orientador dos processos de formação, pelo lado da saúde, eram eixos da política para a mudança na graduação das profissões da saúde.

Como resultado direto da participação nesses programas, uma atividade educacional inovadora desenvolve-se na FMB/UNESP, desde 2003: a Interação Universidade-Serviço-Comunidade (IUSC). Inicialmente, foi implantada como atividade complementar ao currículo e, em 2007, a IUSC tornou-se disciplina obrigatória, do curso de graduação em Medicina e, em 2009, também do curso de graduação em Enfermagem, integrando os dois cursos em uma mesma atividade, do primeiro ao terceiro ano de graduação.

As atividades da IUSC acontecem em parceria com a Prefeitura de Botucatu e com a comunidade. Os professores, profissionais dos serviços e estudantes participam das estratégias de cuidados à saúde, nas unidades da Secretaria Municipal de Saúde e na comunidade. Desenvolve-se como prática interdisciplinar e interprofissional, rompendo com o ensino disciplinar, buscando propiciar experiências nas quais os alunos possam perceber como um conhecimento depende do saber de distintas áreas e trabalhar um cotidiano que enfatize o senso de autonomia, assim como a exposição a situações concretas da realidade de saúde de nosso país e de nossa região. Trata-se, portanto, de um espaço privilegiado para o trabalho grupal na perspectiva social e comunitária, resgatando pressupostos teóricos e metodológicos que busquem mudanças qualitativas na prática social dos indivíduos⁸.

⁷ Convocatória para apresentação de experiências de ensino na formação de profissionais para a integralidade em saúde. EnsinaSUS/Lappis – DEGES/MS. Brasília, julho, 2004.

⁸ CYRINO, E.G. et al. Em busca da recomposição da arte do cuidado e do fazer/aprender: a interação universidade, serviço e comunidade na Faculdade de Medicina de Botucatu/ UNESP. In: PINHEIRO R. et al. Ensino-Trabalho-Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. Rio de Janeiro: IMS/UFRJ:CEPESQ, 2006. p.71-84.

Algumas produções acadêmicas têm revelado que a vivência no contexto da disciplina IUSC tem proporcionado instituir relações orgânicas entre os envolvidos, professores, alunos, profissionais das unidades de saúde e comunidade, tanto na prática de formação, em um processo de cooperação acadêmica, como também na produção de práticas assistenciais contextualizadas e humanizadas, sendo que os profissionais observaram o quanto podem melhorar seu trabalho no atendimento ao usuário e também envolver a equipe. Nesse processo, a IUSC vem fortalecer a prática acadêmica que conecta a universidade, em suas atividades de ensino, pesquisa, serviço e extensão, com demandas dos serviços e da sociedade, de forma integrada (CYRINO et al., 2012)⁹.

Estudo recente sobre o trabalho do professor na IUSC¹⁰ destaca a vivência na comunidade, a percepção da oportunidade de formação de todos os atores envolvidos, em temas como família, integralidade do cuidado, visita domiciliar, educação em saúde e anamnese ampliada. O professor motiva o aluno para a busca de conhecimentos, trazendo questões instigadoras e propostas de caminhos a percorrer.

Como nos afirma Cunha (2000)¹¹, “numa análise crítica das condições do ensino universitário, é possível afirmar que, para responder aos desafios atuais, nem o estereótipo da profissão científica nem o da prática interpretativa, em separado, conseguem dar conta do recado. A reconfiguração do trabalho docente requer uma simbiose dessas duas vertentes acrescidas de outras habilidades, conhecimentos, saberes, que provoquem no estudante o protagonismo de seu próprio saber”.

Todo desenvolvimento da IUSC foi interligado ao desenvolvimento dos Projetos Pet-Saúde¹² (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde do

⁹ CYRINO, E.G. et al. Ensino e Pesquisa na Estratégia de Saúde da Família: o PET Saúde da FMB, Unesp. Rev. Bras. Educ. Méd., v.36, n.1, p.92-101, 2012.

¹⁰ Manoel, Cássia Marisa. A experiência multiprofissional e interdisciplinar da interação universidade-serviços-comunidade: o olhar e o trabalho do professor tutor / Cássia Marisa Manoel. - Botucatu: [s.n.], 2012. Tese (doutorado)- Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

¹¹ CUNHA, M.I. Ensino e pesquisa como mediação da formação do professor do Ensino Superior. In: MOROSINI, M.C. (Org.). Professor do ensino superior: identidade, docência e formação. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, 2000. 80p.

¹² Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial Nº 1.802 de 26 de agosto de 2008 instituiu o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Foram lançados a partir de 2008 os seguintes editais: Edital Nº 12 de 03 de setembro de 2008 e Edital Nº18 de 16 de setembro de 2009, ênfase a Estratégia de Saúde da Família; Edital Nº 07, de 03 de março de 2010 e Edital Nº 28 de 22 de novembro de 2012, ênfase na Vigilância em Saúde; Edital conjunto Nº 27 de 17 de setembro de 2010, direcionada a Atenção em Saúde Mental, Crack, Álcool e outras Drogas; Edital Nº 24 de 15 de dezembro de 2011 (pró-pet-saúde);e Edital 14 de 8 de março de 2013, ênfase nas Redes de Atenção a Saúde; Edital Nº 13, de 28 de setembro de 2015, ênfase na mudança da graduação para integração ensino serviço.

Ministério da Saúde) selecionados na FMB. No caso, os grupos Pet-Saúde são integrados ao desenvolvimento curricular e os projetos tem possibilitado avanços nas reformas curriculares, com a construção de espaços de educação permanente, onde a perspectiva acadêmica amplia-se ao olhar do trabalho vivo em saúde e a perspectiva do serviço amplia-se, diante das possibilidades de construir processos de cuidado mais atentos as reais necessidades dos usuários do SUS. Nas experiências dos projetos está presente a articulações entre os diferentes atores na busca de soluções para problemas e situações de ensino, aprendizagem e cuidado.

No encontro dos diferentes atores envolvidos nos projetos, tutores, estudantes, preceptores, gestores e usuários, ocorrem tensionamentos próprios dos processos de cuidado nos territórios, com ricas oportunidades de revelar as complexas teias das relações que podem resultar em novos saberes, novas práticas e na construção de caminhos que promovam a integralidade, a equidade e o acesso, além de apontar rumos para a desejada mudança nos currículos dos cursos da área da saúde. Na visão de um aluno bolsista: *“...Espero que possa esclarecer um pouco a respeito da minha participação no PET-Saúde! Faço parte do grupo PET-Saúde Meio Ambiente, de modo que abordamos projetos de temas relacionados ao Meio Ambiente e sua influência no processo saúde-doença, buscando e espalhando conhecimentos que muitas vezes não são abordados com aprofundamento na graduação. Somos alunos da Medicina e da Enfermagem da FMB. Já realizamos pesquisas sobre o descarte do lixo, reciclagem e atualmente focamos nossas atividades num projeto de cestas agroecológicas em que uma cooperativa de agricultores local quis nossa parceria...Também já realizamos um projeto de Cinema Ambiental em escolas públicas no qual buscamos levar um pouco do que estudamos a alunos do Ensino Médio, propondo discussões e debates a respeito dos entraves ambientais em nossa realidade, como o abuso da utilização de agrotóxicos, o descarte incorreto do lixo, a poluição, o consumismo exagerado etc. Fizemos um inquérito com a população de Botucatu a respeito do descarte do lixo, de modo a denunciarmos a urgente necessidade de existir um esquema eficaz de coleta seletiva em toda a cidade...”*

Tem-se procurado maior aproximação do campo das humanidades na formação de profissionais de saúde, com o trabalho com narrativas como instrumento educacional que pode provocar mudanças na forma como estudantes compreendem a si mesmo e aos outros. Ao construir narrativas, surge abertura para compreender o sofrimento, o significado

do processo saúde-doença, a necessidade de ampliar a autonomia dos sujeitos frente ao cuidado e reflexão sobre estratégias de produção de saúde que considerem a realidade do outro e sua relação com serviços de saúde. Entrar nesse campo da medicina narrativa, como pesquisadores, professores e profissionais da saúde, tem significado apostar na ampliação da visão sobre o cuidado, qualificando a atenção à saúde que valoriza a relação entre humanos. As narrativas são assumidas como relatos em meio aos quais, através da linguagem, os sujeitos significam a si próprios e a suas práticas e experiências nomeadas, definidas e relatadas. (MAUÉS, 2008¹³). Nas palavras de uma estudante:

“A visita domiciliar foi a vivência que mais me marcou e gerou reflexões na disciplina IUSC. Quando tive o primeiro encontro com a mãe e o bebê que eu iria acompanhar, sinceramente, fiquei muito assustada. A mãe tinha apenas 13 anos de idade, era maltratada pelo pai da criança (que sempre usou drogas), e o bebê nasceu prematuro. Toda essa situação... Na minha realidade, nunca tinha me deparado com um quadro... Depois desse caso, comecei a refletir sobre as limitações da família, as necessidades, os conselhos que seriam adequados; enfim sobre minha conduta. Então percebi o quanto meu auxílio era importante... A minha simples presença... Uma breve conversa, gerava uma mudança, um ânimo...

Dessa forma, conheci uma realidade diversa de qualquer outra que eu imaginava. Tive a oportunidade de aprender a me adequar às situações, a encarar o problema e saber conviver ... Eu precisei acreditar que uma criança de 13 anos cuidaria bem de outra criança recém-nascida, participando ativamente desse processo. Essa é uma experiência que levarei para vida toda, pois foi quando realmente eu aprendi o que a medicina no seu geral engloba. Deixei de ter uma visão simplista e superficial da minha profissão e conheci na prática até onde eu posso e devo chegar. Portanto, minha visão de mundo atual, com certeza, é muito diferente daquela vaga noção juvenil que eu tinha anteriormente”. (Estudante – 1º ano, 2009)

Entendemos que as narrativas ajudam os estudantes a problematizar a produção de suas próprias posições de sujeitos e os modos de sociabilidade que construíram nas contradições de suas trajetórias (CUNHA, 1997¹⁴),

¹³ MAUÉS, Josenilda. Pesquisa e ensino no trabalho com narrativas. Revista Ambiente educação, volume 1, número 1, Jan/Julho 2008.

¹⁴ CUNHA, Maria Isabel da. CONTA-ME AGORA!: AS NARRATIVAS COMO ALTERNATIVAS PEDAGÓGICAS NA PESQUISA E NO ENSINO. Rev. Fac. Educ. [online]. 1997, vol.23.

alem de permitir uma ampliação do diálogo e da escuta¹⁵ da população usuária dos serviços.

A experiência acumulada nesses 13 anos de trabalho de integração ensino, serviço e comunidade, a partir da implantação do IUSC, sugere amadurecimento das bases estruturantes das ações em desenvolvimento e as principais mudanças que se propõem referem-se à valorização do trabalho em rede, a necessidade de compreensão da especificidade e da complexidade do trabalho na APS e sua interação com os outros níveis de atenção da rede e do desenvolvimento de uma interação que valorize a voz de todos os sujeitos envolvidos no processo do cuidado à saúde.

Em 2013, fui trabalhar como Coordenadora de Ações Estratégicas da Educação na Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no Ministério da Saúde (MS). Não tenho como expressar a oportunidade de poder participar de um projeto federal voltado à mudança nas graduações da saúde articulado a qualificação e maior integração com o SUS. Chego ao MS, em momento efervescência e de coragem política, em meio a execução do PROVAB (Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica), com quase 4 mil médicos aderindo ao programa, prestando serviços de atenção primária à população de cerca de 1.400 municípios brasileiros. Na sequência, a implantação do Programa Mais Médicos, iniciado em 2013, como parte de um pacto pela melhoria do atendimento aos usuários do SUS, prevê mais investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar médicos para regiões onde há escassez e ausência de profissionais, para atuarem na APS de municípios com maior vulnerabilidade social e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). A iniciativa prediz também a expansão do número de vagas de medicina e de residência médica, além do aprimoramento da formação médica no Brasil.

Ambos os programas atuam de forma articulada com as políticas de saúde e estratégias de formação e fixação desses profissionais, de acordo com as necessidades do SUS. Considero as duas propostas dois marcos para mudanças que se fazem necessárias no Brasil. Reconheço que não tem faltado críticas e tensões, principalmente por parte das corporações médicas e dos conselhos de medicina que não conseguem reconhecer a falta de profissionais médicos no país. Pergunto: Se o Reino Unido tem 40% de seus mé-

¹⁵ Charon R. Narrative Medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust. JAMA. 2001;286(15):1897.

dicos estrangeiros, por que o Brasil não pode realizar este projeto? Sair do microcosmo e ver e viver um pouco mais de perto a noção do que se pode fazer é realmente um processo único. Politização a cada dia, reconhecendo contradições, avanços e dificuldades enfrentadas no complexo campo da formação na saúde e sua relação com o sistema público de saúde de nosso país.

Volto a Botucatu em 2015. Assumo a gestão do Centro de Saúde Escola. Com uma equipe de profissionais extremamente qualificados para o exercício da atenção primária e encontro um serviço extremamente fragilizado. O CSE segue, como uma proposta de integração ensino, serviço e comunidade, como uma parceria da Universidade com o serviço municipal, com o desenvolvimento de ações de ensino, extensão e pesquisa na atenção básica, com grandes desafios em relação ao modelo tecnológico que se faz presente e as possibilidades de qualificar a APS.

Na FMB, professores se debruçam sobre uma nova reforma curricular. Algumas etapas já estão definidas, é necessário um trabalho de continuidade e ruptura. Sordi e Silva (2010)¹⁶ colocam que, “postos em situação de reflexão, os estudantes aprendem, a partir de sua própria prática de trabalho, a problematizar a natureza dos problemas, compreender os nós críticos como condicionantes, construir explicações..., saberes e valores, ajudando a construir os pactos que organizam as ações sobre a realidade de modo mais profissional”. Considero, como outros autores, que as reformas propostas devam ser guiadas por uma aprendizagem transformadora¹⁷. A formação médica precisa estar inserida no mundo real, na prática dos serviços na rede de atenção, no contato com o paciente, com a comunidade, comprometida com demandas sociais que possam interrogar os caminhos do desenvolvimento da medicina tecnológica, a fragmentação do cuidado e a mercantilização do trabalho na saúde.

Vivemos hoje tempos difíceis, vivemos tempos de luta pela sobrevivência do Sistema Único de Saúde (SUS) como um projeto político e democrático num cenário econômico neoliberal, com a forte sensação de um colapso da área pública e profunda dificuldade na continuidade de políticas sociais. A construção do SUS, pela Constituição Federal de 1988, aconteceu em uma conjuntura de disputa ideológica, reorganizando relações entre Estado e sociedade com

¹⁶ SORDI, M.R.L.; SILVA, M.M. O uso de portfólios na pedagogia universitária: uma experiência em cursos de enfermagem. *Interface- Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.35, p. 943-953, 2010.

¹⁷ FRENK, J et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in a interdependent world. *www.thelancet.com* Vol 376 December 4, 2010.

bases marcadas pela presença do neoliberalismo por um lado e por outro pela luta por uma reforma democrática do Estado, pressuposto dos formuladores do SUS¹⁸. O modelo de reforma do Estado introduzido na institucionalização do SUS tem conseguido manter uma coalizão reformadora orgânica e atuante e também se sustenta ao conseguir avançar com base na legislação existente¹⁹. Em pouco mais de 25 anos de existência, “o (SUS) ampliou o acesso à assistência à saúde para grande parte da população brasileira, antes excluída ou dependente da ação de instituições assistenciais e filantrópicas”²⁰.

O subfinanciamento do SUS limita sua capacidade de investimento na ampliação da sua universalização, assim como sucateia estruturas públicas, ao mesmo tempo impedindo a melhora da gestão dos serviços e justificando a sua privatização²¹. Como nos aponta BORGES et. al. (2012:63) não basta o SUS estar implantado, seu maior desafio “passa a ter um sentido maior, porque pressupõe a reforma do Estado em direção a uma nova institucionalidade nas questões de seguridade social”²².

Em que pese tantos conflitos, avanços e desafios, tenho, nesses mais de 30 anos como professora da Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp, enorme prazer em atuar na graduação e considero o convívio com os estudantes uma enorme fonte de energia. Os estudantes fazem entender que trabalhar em educação médica é acreditar nos seus sujeitos: estudantes, docentes, profissionais e população. Não é possível mudar o ensino por decreto, não é possível importar modelos sem a devida discussão sobre a aplicabilidade à realidade específica da instituição.

Com certeza, esta luta e esta insistência no poder das instituições públicas de qualidade não é só da FMB, não é só das Universidades, só dos gestores e profissionais dos serviços, dos estudantes, da população brasilei-

¹⁸ Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):301-6.

¹⁹ Fleury S. Reforma do Estado, seguridade social e saúde no Brasil. In: Matta GC, Lima JCF, organizadores. *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 49-87.

²⁰ IPEA. *Políticas sociais: acompanhamento e análise*. Brasília, Ipea, v. 17, n. 17, 2009. *Vinte Anos da Constituição Federal*.

²¹ Paim JS. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: Matta GC, Lima JCF, organizadores. *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 91-122.

²² Borges, FT. et al. *Anatomia da privatização neoliberal do SUS : o papel das organizações sociais*. São Paulo, SP : Cultura Acadêmica, 2012.

ra. Com certeza, fazemos parte de um movimento muito maior. As vezes, o movimento inovador no microinstitucional pode ser tão importante quanto o movimento do todo institucional, pois ele pode contaminar em diferentes espaços e momentos, e trazer à mobilização (Leite, 1999)²³. Assim vamos indo, acreditando que podemos atuar para organizar rupturas, construir processos coletivos e impulsionar movimentos mais amplos de mudanças na formação médica, superando o paradigma vigente e promovendo uma formação mais crítica e significativa de profissionais da saúde.

“Nunca a vida foi tão atual como hoje: por um triz é o futuro”.

Clarice Lispector

Eliana Goldfarb Cyrino

*Departamento de Medicina Preventiva da
Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) da UNESP*

²³ LEITE, D. (org.) Pedagogia universitária: conhecimento, ética e política no ensino superior. Porto Alegre: Ed. Universidade/ UFRGS, 1999.

A DISCIPLINA ATENÇÃO À SAÚDE DA COMUNIDADE I NA PERSPECTIVA DE UM EGRESSO DA FMRP-USP

Quando iniciei minha graduação, eu entendia a Medicina como um conjunto de conhecimentos sobre o funcionamento do corpo humano e suas desordens, tendo por base exclusiva o referencial teórico das Ciências Biológicas. De modo análogo, minha visão de saúde limitava-se à esfera assistencial em âmbito individualizado e fragmentário, visão essa amparada em minha experiência de vida pessoal e familiar, restrita ao universo dos planos privados de saúde – dentro da qual a ideia de SUS aparecia longínqua, ligada sobremaneira à publicidade negativa da mídia tradicional.

No primeiro ano da graduação, a quase totalidade das disciplinas cursadas vinha corroborar esses conceitos prévios, afinal o corpo humano era-nos dissecado, em todas as suas dimensões, sob os múltiplos enfoques compartimentalizados e estanques da Anatomia, Biologia Molecular e Celular, Bioquímica, Genética... E essas, diziam-nos, eram as bases primordiais para nossa prática médica futura.

Em meio à tamanha profusão de conhecimentos densos e dispersos, havia uma disciplina cuja proposta claramente se diferenciava das demais: Atenção à Saúde da Comunidade I, mais conhecida pela abreviatura ASC I. Diferente tanto na forma quanto no conteúdo. No primeiro caso, porque a maioria de suas atividades implicava sair dos muros da Universidade em direção às unidades de saúde localizadas nos territórios onde as pessoas vivem, trabalham, relacionam-se, e, a partir delas, conhecer esses territórios em seus vários aspectos – físicos, geográficos, sociais, econômicos. Conhecimento ironicamente reduzido por muitos alunos a “contar postes nas ruas”, mas que conferia o necessário sentido prático e estruturante aos conceitos teóricos debatidos durante os seminários ao longo do ano.

Tais conceitos constituíam um conteúdo igualmente diverso do que predominava nas outras disciplinas. Discutíamos a saúde como um processo contínuo socialmente determinado, para o qual tão relevante quanto entender os mecanismos de reparo do DNA era conhecer a infraestrutura de saneamento de um território ou os recursos de apoio comunitário à disposição de seus moradores. Da mesma forma, éramos introduzidos a uma visão integrada e coletiva da saúde, que fundamentava a organização de um sistema público universal garantidor de direitos e da cidadania.

Com a ASC I, portanto, abria-se uma nova perspectiva no meu entendimento da Medicina. Talvez àquela época eu não soubesse dimensionar sua importância, em razão do peso aparentemente muito maior do enfoque biomédico, por um lado, e das dificuldades inerentes a uma disciplina nova e em construção como era a ASC I, por outro. Ainda assim, no decorrer da graduação e, em especial, ao iniciar as atividades de prática médica, essa perspectiva assumiu uma centralidade incontornável na minha formação – e, ousado dizer, o mesmo deveria ser válido para todas/os as/os minhas/meus colegas –, pois a partir dela, pude configurar meu fazer profissional como instrumento político (aqui entendido em sua acepção ampla, e não restrito à esfera partidária) de transformação da realidade, a única abordagem, independentemente da especialidade ou do nível de atenção em que se trabalhe, capaz de trazer impactos positivos à saúde da população de maneira efetiva e eficiente.

Iago da Silva Caires

*Médico Residente em Medicina de Família e
Comunidade, HCFMRP-USP*



FUNPEC-Editora

Editor Chefe

Prof. Dr. Francisco A. Moura Duarte

Editor Associado

Prof. Dr. David De Jong

**Coordenador de Produção Gráfica,
Diagramação e Capa**

Edmundo Cruz Canado

Ilustração da Capa

Gilco Augusto Forster

R. Floriano Peixoto, 2444 – Alto da Boa Vista

14025-220 Ribeirão Preto, SP

Tel.: (16) 3620-1251 · Fax: (16) 3621-1991

<http://www.funpeceditora.com.br/>

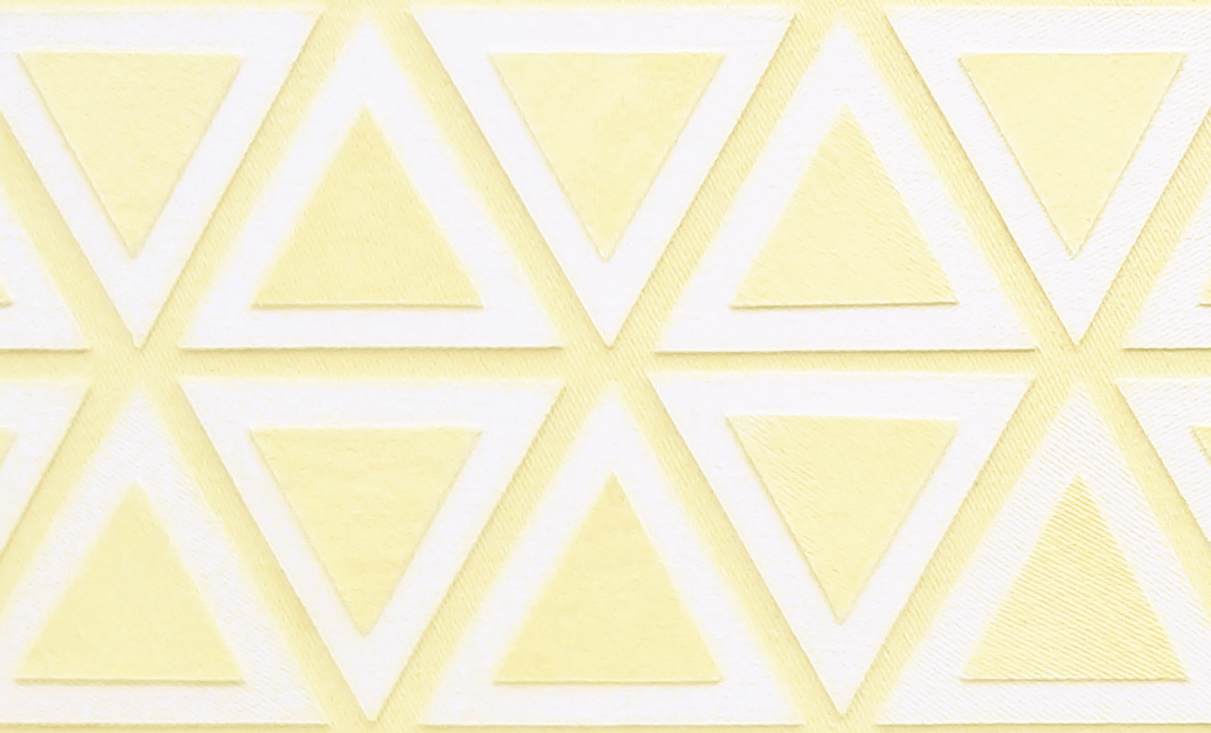
livros@funpecrp.com.br - editoracao@funpecrp.com.br

Este livro foi impresso pela **Paym Gráfica e Editora Ltda.** para

FUNPEC-Editora em outubro de 2017.

A fonte utilizada no texto foi Calibri no corpo 11

e o papel do miolo é Off Set 75g/m².



ISBN 978-85-7747-138-6



9 788577 471386



FUNPEC-Editora

www.funpeceditora.com.br