

Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção

Horácio Pereira de Faria
Marcos A. Furquim Werneck
Max André dos Santos
Paulo Fleury Teixeira

Foto: Valdecir Galor/ Fotos Públicas (21/02/2015)

Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção

Horácio Pereira de Faria
Marcos A. Furquim Werneck
Max André dos Santos
Paulo Fleury Teixeira

Belo Horizonte

Nescon UFMG

2019

© 2019, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

A reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação é permitida desde que seja citada a fonte e a finalidade não seja comercial.

Os créditos deverão ser atribuídos aos respectivos autores.

Licença Creative Commons License Deed

Atribuição-Uso Não-Comercial Compartilhamento pela mesma Licença 2.5 Brasil

Você pode: copiar, distribuir, exibir e executar a obra; criar obras derivadas.

Sob as seguintes condições: atribuição - você deve dar crédito ao autor original, da forma especificada pelo autor ou licenciante; uso não comercial - você não pode utilizar esta obra com finalidades comerciais; compartilhamento pela mesma licença: se você alterar, transformar, ou criar outra obra com base nesta, você somente poderá distribuir a obra resultante sob uma licença idêntica a esta. Para cada novo uso ou distribuição, você deve deixar claro para outros os termos da licença desta obra. Qualquer uma destas condições pode ser renunciada, desde que você obtenha permissão do autor. Nada nesta licença restringe os direitos morais do autor.

Creative Commons License Deed - <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.pt>.

ATUALIZE-SE

Novos protocolos editados por autoridades sanitárias, pesquisas e experiências clínicas indicam que atualizações e revisões nas condutas clínicas são necessárias. Os autores e os editores desse curso fundamentaram-se em fontes seguras no sentido de apresentar evidências científicas atualizadas para o momento dessa publicação. Leitores são, desde já, convidados à atualização. Essas recomendações são especialmente importantes para medicamentos e protocolos de atenção à saúde.

P963 Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção /Horácio Pereira de Faria...[et al.]. -- Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2019.
91 p.: il.

Outros autores: Marcos Azeredo Furquim Werneck. Max André dos Santos. Paulo Fleury Teixeira.

ISBN: 978-85-60914-60-9

1. Atenção primária à saúde. 2. Assistência ao paciente. 3. Pessoal de saúde. 4. Saúde da família I. Werneck, Marcos Azeredo Furquim. II. Santos, Max André dos. III. Teixeira, Paulo Fleury. IV. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva.

NLM: W 84.8

CDU: 614

CRÉDITOS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro da Saúde: Ricardo Barros
Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES): Rogério Luiz Zeraik Abdalla
Secretária de Atenção à Saúde (SAS):
Francisco Figueiredo
Secretário Executivo da Universidade Aberta do SUS:
Francisco Eduardo de Campos

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Ministro da Educação: José Mendonça Bezerra Filho
Secretário de Educação Superior (SESu): Paulo Barone

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG)

Reitor: Jaime Arturo Ramírez
Vice-Reitora: Sandra Regina Goulart Almeida
Pró-Reitoria de Pós-Graduação: Denise Maria Trombert de Oliveira
Pró-Reitoria de Extensão: Benigna Maria de Oliveira
Diretor de Educação a Distância: Wagner José Corradi Barbosa
Coordenador da Universidade Aberta do Brasil na UFMG (EAD-UFMG): Eucídio Pimenta Arruda
Coordenador Universidade Aberta do SUS na UFMG:
Edison José Corrêa
Diretor da Faculdade de Medicina: Tarcizo Afonso Nunes;
Vice-diretor: Humberto José Alves
Coordenador Geral do Centro de Tecnologia Educacional em Saúde da Faculdade de Medicina da UFMG: Cláudio de Souza
Vice-Coordenação: Alaneir de Fátima dos Santos
Diretor do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva:
Francisco Eduardo de Campos
Vice-diretor: Edison José Corrêa
Coordenação técnico-científica: Raphael Augusto de Teixeira Aguiar

Coordenação Administrativo-Financeira: Mariana Lélis
Coordenadora de Design Educacional (DE): Sara Shirley Belo Lança
Gerente de Tecnologia da Informação (TI): Gustavo Storck
Gestora Acadêmica: Roberta de Paula Santos

CURSO PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE E MODELOS DE ATENÇÃO

Autores: Horácio Pereira de Faria, Marcos A. Furquim Werneck, Max André dos Santos, Paulo Fleury Teixeira
Coordenação Técnico-Científica: Edison José Corrêa

Produção

Desenvolvimento Web e Administração Moodle: Bruno Carneiro Saliba, Daniel Lopes Miranda Junior, Leonardo Pereira de Freitas, Priscila Lima
Apoio Técnico: Leonardo Aquim de Queiroz, Michel Bruno Pereira Guimarães
Designer educacional: Angela Moreira
Ilustrador: Bruno de Moraes Oliveira
Web design: Luisa Cassini
Produção audiovisual: Edgar Paiva
Diagramação: Juliana Guimarães

Secretaria editorial / Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – NESCON / UNASUS/UFMG:
(<www.nescon.medicina.ufmg.br>)
Faculdade de Medicina /Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG Av. Alfredo Balena, 190 - 7 andar
CEP 30.130-100
Belo Horizonte - MG - Brasil
Tel.: (55 31) 3409-9673
Fax: (55 31) 3409-9675
E-mail: unasusufmg@nescon.medicina.ufmg.br

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| Apresentação dos autores..... | 6 |
| Apresentação - Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção..... | 7 |
| Unidade 1 Sistemas e modelos de atenção à saúde..... | 9 |
| Apresentação..... | 10 |
| Seção 1 - Modelos e sistemas assistenciais e Rede de Atenção a Saúde..... | 11 |
| Unidade 2 Atenção Primária à saúde e a estratégia saúde da família..... | 13 |
| Apresentação..... | 14 |
| Seção 1 - Atenção Básica à Saúde..... | 15 |
| Seção 2 - Princípios e objetivos da Estratégia Saúde da Família..... | 17 |
| Seção 3 - Diretrizes operacionais da Estratégia Saúde da Família..... | 18 |
| Unidade 3 Processo de Trabalho em Saúde..... | 20 |
| Apresentação..... | 22 |
| Seção 1- Processo de Trabalho..... | 24 |
| Seção 2 - Componentes do processo de trabalho..... | 26 |
| Seção 3 - Objetivos existenciais ou sociais nos processos de trabalho..... | 28 |
| Seção 4 - Componentes do processo de trabalho em saúde..... | 30 |
| Seção 5 - Gestão do processo de trabalho da equipe de Saúde da Família..... | 39 |
| Seção 6 - Atributos de qualidade do cuidado em saúde..... | 41 |
| Unidade 4 Determinantes sociais da saúde e da doença..... | 47 |
| Apresentação..... | 48 |
| Seção 1 - O conceito de saúde..... | 49 |
| Seção 2 - Conceito de determinantes sociais da saúde..... | 52 |
| Seção 3 - Evidências da determinação social da saúde..... | 53 |
| Seção 4 - Qualidade de vida, modo de viver e condições de vida: modelos de determinação social da saúde e da doença.... | 54 |
| Concluindo a Unidade 4..... | 62 |
| Unidade 5 Coordenação do cuidado em saúde..... | 61 |
| Apresentação..... | 62 |
| Seção 1 - Coordenação do cuidado..... | 63 |
| Seção 2 - Aspectos importantes a serem considerados na coordenação do cuidado..... | 65 |
| Seção 3 - Trabalho em equipe: a coordenação do cuidado e a Equipe de Saúde da Família..... | 69 |
| Seção 4 - Trabalho em equipe..... | 71 |
| Seção 5 - O trabalho em rede..... | 75 |
| Seção 6 - O trabalho intersetorial..... | 80 |
| Seção 7 - Integralidade no trabalho da Equipe de Saúde da Família..... | 83 |
| Concluindo a disciplina..... | 85 |
| Referências..... | 87 |

Apresentação dos autores

Horácio Pereira de Faria

Médico pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Medicina Social. Mestre em Saúde Ocupacional. Professor Assistente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG. Pesquisador do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon). Membro do Núcleo de Estudos de Saúde e Paz – Departamento de Medicina Preventiva e Social e do Grupo de Estudos de Saúde do Trabalhador Rural (GESTRU).

Marcos A. Furquim Werneck

Cirurgião-dentista pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Odontologia Social pela Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Doutor em Odontologia Social/Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense. Professor Associado da Faculdade de Odontologia/UFMG. Membro da Comissão de Assessoramento à Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde.

Max André dos Santos

Médico pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Medicina Social. Pesquisador do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon). Médico regulador da Central de Internação/Belo Horizonte. Assessor da Gerência de Planejamento da Secretaria de Saúde do município de Belo Horizonte.

Paulo Fleury Teixeira

Médico pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Medicina Social. Mestre e Doutor em Filosofia com concentração na área social. Professor, pesquisador e consultor nas áreas social e de saúde pública. Pesquisador do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon).

Apresentação

Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção

Esta disciplina objetiva o aprendizado, ou atualização, sobre processo de trabalho e modelos de atenção na Atenção Primária a Saúde (APS), com foco em Saúde da Família como estratégia de reorganização da APS e de implementação do novo modelo de atenção segundo princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde expressos em nossa Constituição.

Essa disciplina tem como base duas publicações anteriores – Modelo assistencial e atenção básica à saúde (FARIA et al., 2010) e Processo de trabalho em saúde (FARIA et al., 2009), do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família.

Nesse sentido, organizamos o documento em cinco unidades:

- 1. Sistemas e modelos de atenção à saúde:** discussão sobre os modelos de atenção no Brasil, a organização das redes de atenção e a abordagem das condições agudas e crônicas.
- 2. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família:** apresentação dos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) no contexto da reorganização do serviço de saúde.
- 3. Processo de trabalho em saúde:** discussão sobre os elementos do processo de trabalho.
- 4. Determinantes sociais da saúde e da doença:** conceitos de saúde, abordando a determinação social dos indivíduos e o processo saúde-doença.
- 5. Coordenação do cuidado em saúde:** coordenação do cuidado, o trabalho em equipe, o trabalho em rede, o trabalho intersetorial.

APS e ABS

Os temas Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica à Saúde (ABS) estão sendo utilizados como similares

Ao longo do desenvolvimento desse trabalho você conhecerá uma Equipe de Saúde da Família, do bairro de Vila Formosa, do município de Curupira, denominada, a partir de agora, como Equipe Verde. Trata-se de uma equipe fictícia que estamos utilizando como recurso didático para subsidiar

os estudos e compreensão dos temas abordados, e para nos aproximar do cotidiano do trabalho das equipes de saúde da família. Será então apresentada essa equipe, sua comunidade e seu território, contemplando:

1. Aspectos gerais do município de Curupira
2. O Sistema de saúde de Curupira
3. Aspectos da comunidade de Vila Formosa
4. A Unidade Básica de Saúde da Família – UBS Vila Formosa 1
5. A Equipe Verde de Atenção à Saúde da Família, da Unidade Básica da Unidade Vila Formosa 1
6. O funcionamento da Unidade de Saúde da Família Vila Formosa
7. O dia a dia da Equipe Verde

LEITURA OBRIGATÓRIA

O MUNICÍPIO DE CURUPIRA, VILA FORMOSA E A EQUIPE VERDE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Antes de iniciarmos a abordagem teórica do tema, e para ter as informações necessárias, você deve conhecer Curupira com mais detalhes explorar as edificações e espaços.

Síntese do diagnóstico situacional. Equipe Verde de Saúde da Família de Vila Formosa - município de Curupira (SÍNTESE, 2017).

Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>

Unidade 1

Sistemas e modelos
de atenção básica à saúde

Unidade 1

Sistemas e modelos de atenção básica à saúde

Apresentação

Vamos iniciar esta unidade com uma reflexão sobre os modelos assistenciais em saúde, enfocando principalmente o contexto brasileiro. Também será discutida a proposta de constituição de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como arranjos organizativos de ações e serviços que buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Esperamos que ao final desta unidade você seja capaz de:

- Descrever a evolução dos modelos assistenciais no Brasil de forma geral e do Sistema Único de Saúde em particular;
- Identificar os princípios que caracterizam o modelo de atenção à saúde proposto para o Sistema Único de Saúde (SUS);
- Analisar o processo de implantação das Redes de Atenção à Saúde indicando os desafios a serem enfrentados.

Esperamos que você envolva sua equipe nestas reflexões e que, a partir delas, possa implementar mudanças no seu processo de trabalho no sentido de concretizar o modelo assistencial que fundamenta o SUS.

Seção 1

Modelos e sistemas assistenciais e Rede de Atenção a Saúde

Nessa seção vamos solicitar que você veja um vídeo e faça uma leitura, o que lhe dará conceitos fundamentais para essa disciplina.

ASSISTA AO VÍDEO

Modelos de atenção à Saúde: um papo com a professora Dra. Carmem Fontes Teixeira.

Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=x6d1JI-0Akk> (30min:34s).



LEITURA OBRIGATÓRIA:

Modelos Assistenciais: Sistemas, Modelos e Rede de Atenção a Saúde. Textos compilados de Eugênio Vilaça Mendes

Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4120.pdf>

Unidade 2

Atenção primária à saúde
e a estratégia saúde da família

Unidade 2

Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família

Apresentação

Nosso propósito com esta Unidade 2 é propiciar uma reflexão sobre a Atenção Básica à Saúde e sua importância para a consolidação do modelo assistencial do SUS. Neste sentido, organizamos esta Unidade para que os seguintes objetivos sejam alcançados por você:

- Descrever o processo de reorganização da Atenção Básica no Brasil a partir da Estratégia Saúde da Família;
- Discutir os princípios e as diretrizes organizativos da Estratégia Saúde da Família;
- Identificar, no processo de trabalho da equipe Saúde da Família, as ações desenvolvidas e sua relação com a operacionalização de princípios e diretrizes do SUS;
- Analisar fatores que podem facilitar ou dificultar a realização de programas, projetos ou ações resolutivas na Atenção Básica.

Esperamos que essas reflexões ajudem sua equipe na construção de um projeto de mudança do processo de trabalho e do modelo assistencial.

Seção 1

Atenção Básica à Saúde

De acordo com o Ministério da Saúde, a Atenção Básica à Saúde (ABS) constitui “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 2006, p. 12).

O exercício da ABS se dá por meio de “práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados” com a utilização de “tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações” (BRASIL, 2004, p. 12).

É no âmbito da ABS, das unidades básicas de saúde e das ações da Estratégia Saúde da Família (ESF) que se dá o **contato preferencial dos usuários com o SUS**. As ações de ABS devem considerar cada indivíduo em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural.

Na organização da ABS, um aspecto fundamental é o **conhecimento do território** como local onde acontece a construção cotidiana da vida das pessoas. Conhecer o território implica, também, conhecer sua realidade sanitária. Nesse caso, o emprego de indicadores compostos e de um censo ou cadastro disponibilizará as informações mais importantes. Juntos, devem construir um sistema de informação que permita o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações.

É no processo de conhecimento do território que se evidenciam as instituições sociais ali situadas, com as quais é possível reconhecer aliados e parceiros para os processos de integralidade e intersetorialidade, o que favorece o processo de participação social no SUS.

A atenção básica à saúde, como contato preferencial dos usuários com o SUS, constitui um nível importantíssimo do sistema. No entanto, é necessária a existência de outros níveis, de média e de alta complexidade, capazes de assegurar a integralidade da atenção.

É, pois, com base no conhecimento do território, dos problemas de saúde e da organização dos serviços que devem acontecer as ações da atenção básica.

LEITURA OBRIGATÓRIA:

O território da equipe de saúde da família (WERNECK; FARIA, 2017)

Aborda território como espaço de conflitos e situações que advêm dos interesses e das formas como que se busca, se alcança, se legitima e se exerce o poder; e as consequências diretas do alcance das políticas na organização da sociedade, sejam elas políticas econômicas, sociais ou ambientais.

Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>

UM POUCO DA HISTÓRIA

Adotada no Brasil como elemento fundamental para a organização do modelo de atenção do SUS, a Estratégia Saúde da Família teve seu início com a instituição do programa de agentes de saúde ocorrida no Ceará no final dos anos 80 e que foi concebida, entre outras coisas, para ser um elo entre a comunidade e os serviços de saúde.

Aconteceu, a princípio, em municípios com grande extensão rural e poucos recursos para realizar suas ações de saúde. Essa experiência permitiu mais veiculação de informações importantes para as ações de vigilância e para a própria organização da atenção à saúde nos municípios, favorecendo a gestão dos processos de descentralização e regionalização do SUS. Tornou-se política oficial do Ministério da Saúde em 1991, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em todo o território nacional.

Em 1994, tendo como referência as experiências desenvolvidas em países como Canadá, Cuba e Inglaterra e em função dos bons resultados obtidos com o PACS, criou-se o PSF, que instituiu uma equipe mínima e uma nova lógica para o processo de trabalho em saúde, em equipe, visando a um modelo centrado nos problemas dos indivíduos e suas famílias. O PSF significou a adoção de uma postura mais ativa dos serviços de saúde frente aos riscos e danos aos quais se viam submetidas as populações dos territórios sob sua responsabilidade.

A edição da Norma Operacional Básica do SUS nº. 01 de 1996 – NOB 96 (BRASIL, 1996) enfatizou a Atenção Básica à Saúde como eixo estruturante do modelo de atenção do SUS ao adotar o PACS/PSF como estratégia fundamental na organização das ações de atenção básica. Essa estratégia foi apoiada por meio de uma política de financiamento que, a partir de sua vigência, em 1998, criou incentivos fundamentais para o processo de sua implantação nos municípios, em todo o território nacional. (BRASIL, 1996)

Este processo não se deu de maneira uniforme nos diversos municípios em que aconteceu, nem com muita clareza por parte dos gestores, quanto ao seu papel na gestão das ações e serviços locais de saúde. Em grande parte dos municípios, essa situação se viu agravada pela tímida atuação da esfera estadual na organização dos serviços.

Seção 2

Princípios e objetivos da Estratégia Saúde da Família

Antes de entrarmos na discussão dos princípios e diretrizes que regem a Estratégia Saúde da Família, é preciso enfatizar que o modelo proposto pelo SUS toma como requisitos fundamentais à organização das ações e serviços três aspectos fundamentais:

1. O conhecimento do território.
2. O conhecimento das necessidades, problemas e demandas da população que habita esse território (riscos e danos, percebidos ou não pelas pessoas).
3. A organização das ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (aqui incluídos o processo de trabalho e as ações intersetoriais).

Atuando no espaço da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família propõe-se a potencializar a construção do modelo proposto pelo SUS, apresentando uma proposta substitutiva ao formato anterior de organização dos serviços de saúde, com dimensões técnicas, políticas e administrativas inovadoras. Assume um conceito ampliado de saúde que visa à compreensão do processo saúde/doença “na sociedade” e não apenas “no corpo” das pessoas. Elege como pontos centrais a responsabilização por um determinado território e, por meio de ações inter e multiprofissionais, busca a criação de laços de compromisso entre os profissionais e a população. Nessa perspectiva, toma a família como objeto precípua da atenção, entendida a partir do meio onde vive e das relações ali estabelecidas, destacando a história de organização de cada sociedade e as diversas estruturas sociais e culturais dela decorrentes.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como objetivo maior potencializar a reorientação do processo de trabalho e das ações que constituem o modelo de atenção proposto pelo SUS no âmbito da ABS, buscando ampliá-las e garantir-lhes mais efetividade.

São objetivos específicos da ESF: reconhecer a saúde como um direito de cidadania e resultante das condições de vida, estimular a participação da comunidade para o efetivo exercício do controle social, intervir sobre os riscos aos quais as pessoas estão expostas, estabelecer ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde, prestar, nas unidades de saúde e nos domicílios, assistência integral, contínua e humanizada às necessidades da população da área adscrita, de forma a propiciar o estabelecimento de vínculo entre equipe e usuários.

Seção 3

Diretrizes operacionais da Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família tem as seguintes diretrizes: caráter substitutivo, adscrição de clientela, visitas domiciliares, cadastramento, trabalho em equipe, composição das equipes, atribuições das equipes, que serão vistas, a seguir.

3.1 Caráter substitutivo

A Estratégia Saúde da Família (**centralização na família**) significa a proposta de implementação de uma série de ações que, em acordo com os princípios do SUS, apontem para a reorientação do modelo de atenção, em que a **ABS é a porta de entrada do sistema de saúde regionalizado e hierarquizado**, com a garantia dos direitos de acesso à informação e às **ações de atenção integral**, com **referência e contrarreferência aos demais níveis do sistema (longitudinalidade)** e com estímulo ao controle social (orientação comunitária). Isto será possível através do compromisso dos gestores e dos profissionais com a mudança proposta que implica, entre outras coisas, mudança do processo de trabalho e da postura diante dos problemas e demandas da população (**coordenação do cuidado**).

3.2 Adscrição de clientela

Significa a definição, no território de abrangência, da população sob a responsabilidade de uma equipe de Saúde da Família. Por recomendação do Ministério da Saúde, cada equipe de Saúde da Família deve responsabilizar-se por no mínimo 2.400 pessoas e no máximo 4.000.

3.3 Visitas domiciliares

A visita domiciliar é uma ação importante no sentido de promover a reorientação do modelo de atenção na medida em que inverte a lógica dos serviços de saúde que até então apresentavam postura passiva – esperar que os usuários procurassem de maneira voluntária e espontânea, as unidades de saúde. Em geral, são realizadas pelos ACS e, de forma planejada, pelos demais profissionais da equipe de Saúde da Família. As visitas significam uma forma de acolhimento.

3.4 Cadastramento

O cadastro das famílias é realizado por meio de visitas domiciliares, com a utilização de um importante instrumento, que é o Sistema de Informação.

O **e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB)** é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS AB, faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico (BRASIL, online, 2017).

O sistema possibilita a coleta de dados fundamentais ao planejamento das ações da equipe de saúde. É fundamental que o cadastro seja atualizado periodicamente em função das transformações do quadro demográfico e epidemiológico que se processam no território e também pela necessidade de se terem informações atualizadas para embasar o processo de planejamento e gestão sob responsabilidade das equipes de saúde.

3.5 Trabalho em equipe

A Estratégia Saúde da Família pressupõe o trabalho em equipe como uma forma de consolidar a proposta de mudança do modelo. No trabalho em equipe, todos os profissionais passam a ter responsabilidade sobre os problemas trazidos pelos usuários, tanto no seu planejamento como na organização da atenção. Os diferentes profissionais, que não perdem seus núcleos de conhecimento e atuação, se organizam para receber, ouvir, resolver e encaminhar os usuários, permitindo mais eficiência, eficácia e resolubilidade aos serviços das unidades de Saúde da Família.

Composição das equipes

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a chamada “equipe mínima” é composta de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Essas equipes são responsáveis pela população a elas adscrita e preferencialmente, deverão residir no município onde atuam e com dedicação mínima de 40 horas semanais.

Atribuições das equipes

As atividades das equipes devem resultar de um processo permanente de planejamento e avaliação, com base em informações sobre o território, em indicadores de saúde locais, em protocolos e na própria dinâmica interna de trabalho. É fundamental que a equipe esteja atenta aos problemas internos, externos e às diversas demandas que lhe chegam e, neste sentido, deve estar disponível para discuti-los e enfrentá-los.

LEITURAS OBRIGATÓRIAS

Para melhor compreensão da Estratégia Saúde da Família, leia os textos:
A Atenção Primária à Saúde (SHIMAZAKI, 2009).

Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3972.pdf>>

Educação permanente em saúde: um instrumento para a reorganização da atenção em saúde (GRILLO, 2012)

Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3972.pdf>>

LEITURA RECOMENDADA

Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012)
Publicação do Ministério da Saúde. 108 p.

Disponível em:

<<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. >

LEITURA RECOMENDADA

Portaria 2121 de 18 de dezembro de 2015 que altera o Anexo I da Portaria 2448 de 21 de outubro de 2011, para reforçar as ações voltadas ao controle e redução dos riscos em saúde pelas equipes de Atenção Básica

Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/portaria_2121_2015.pdf>

Unidade 3

Processo de trabalho em saúde

Unidade 3

Processo de trabalho em saúde

Apresentação

A organização e a gestão dos processos de trabalho em saúde, em especial do trabalho de uma equipe na atenção básica, constituem um dos eixos centrais da reordenação da atenção à saúde no SUS. Por isso, julgamos necessário aprofundar o nosso conhecimento sobre o processo de trabalho em geral e do processo de trabalho na atenção básica em particular. Nesta unidade abordaremos um conceito e os componentes do processo de trabalho.

Esta unidade tem como objetivo principal a discussão do processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde e como objetivos específicos:

- Identificar as especificidades do processo de trabalho em saúde no âmbito de prestação de serviços;
- Compreender as implicações dessas especificidades no trabalho das equipes de saúde;
- Compreender o papel do profissional de saúde nas especificidades do processo de trabalho em saúde.

Buscaremos identificar, articular e contextualizar os elementos do processo de trabalho na realidade da prestação de serviços de saúde e suas particularidades, refletindo, ainda, sobre o conceito de território.

Vimos que a cultura institucional é um aspecto importante a ser considerado em processos em que queremos que ocorra mudança de comportamento: é preciso compreendê-la para modificá-la. O modo como organizamos o processo de trabalho é uma expressão desta cultura e para compreendê-lo é preciso identificar: quem faz, como faz, com o que faz, por que faz e quais os resultados alcançados com o trabalho.

Nessa unidade, pretendemos que você compreenda ou consolide os seus conhecimentos sobre os elementos que compõem um processo de trabalho, tendo como referência o seu cotidiano e as possibilidades de transformá-lo, sempre que necessário.



A charge possibilita discutir o tema processo de trabalho, neste caso desenvolvido por um homem adulto (agente do processo). Para cortar a árvore (objeto sobre o qual incidirá a ação do agente) será utilizado o machado (instrumento), e será produzida uma cadeira de balanço (produto) com a finalidade de satisfazer uma necessidade (descansar com conforto). É a finalidade que rege todo o processo de trabalho e é em função dessa finalidade que se estabelecem os critérios ou parâmetros de realização do processo de trabalho.

Para você, qual a finalidade do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde na Atenção Básica?

Seção 1

Processo de trabalho

O modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, o modo como realizamos o nosso trabalho, qualquer que seja, é chamado de processo de trabalho. Dito de outra forma pode-se dizer que o trabalho, em geral, é o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade.

A reflexão crítica e contínua sobre o processo de trabalho e sua transformação é uma característica marcante da humanidade e constitui uma parte central do processo de desenvolvimento humano. O grau de dificuldade dessa reflexão aumenta com a complexidade e com a indeterminação dos processos de trabalho. Quanto mais complexo o processo de trabalho e quanto menos sistematizado ele for, mais difícil será refletir sobre ele.

Essas são características muito presentes na ABS e no PSF. Por isso, é fundamental que os profissionais aí inseridos desenvolvam habilidades para a aplicação de instrumentos que possibilitem a reflexão crítica e a transformação do seu processo de trabalho.

Em um processo de trabalho, as finalidades ou objetivos são projeções de resultados que visam a satisfazer necessidades e expectativas dos homens, conforme sua organização social, em dado momento histórico.

Os objetos a serem transformados podem ser matérias-primas ou materiais já previamente elaborados ou, ainda, certos estados ou condições pessoais ou sociais.

EXEMPLOS DE OBJETOS A SEREM TRANSFORMADOS

Transformar o minério de ferro e o carvão em aço; transformar a madeira em uma mesa; transformar um corpo/pessoa doente em um corpo/pessoa mais saudável; mudar o comportamento de uma pessoa a respeito de sua saúde; mudar o comportamento de uma comunidade a respeito do meio ambiente.

Os meios de produção ou instrumentos de trabalho podem ser máquinas, ferramentas ou equipamentos em geral, mas também, em uma visão mais ampla, podem incluir conhecimentos e habilidades.

Os homens são os agentes de todos os processos de trabalho em que se realiza a transformação de objetos ou condições para se atingir fins previamente estabelecidos.

O conceito e o esquema geral dos processos de trabalho são oriundos da economia e ganharam utilidade especial na análise de processos de trabalho específicos na ergonomia e saúde do trabalhador, na engenharia de produção e na administração.

Vamos, a partir de agora, abordar, de forma um pouco mais detalhada, cada componente do processo de trabalho.

Seção 2

Componentes do processo de trabalho

Vamos abordar nesta Seção 2 questões relacionadas ao processo de trabalho: objetivos ou finalidades, meios e condições, objeto e o agente ou sujeito.

2.1 Objetivos ou finalidades

Todo processo de trabalho é realizado para se atingir alguma(s) finalidade(s) determinada(s) previamente. Pode-se dizer, portanto, que a finalidade rege todo o processo de trabalho e é em função dessa finalidade que se estabelecem os critérios ou parâmetros de realização do processo de trabalho.

O objetivo do processo de trabalho é produzir um dado objeto ou condição que determina um produto específico. Com esse produto, por sua vez, pretende-se responder a alguma necessidade ou expectativa humana, determinadas ou condicionadas pelo desenvolvimento histórico das sociedades.

Deve-se destacar que, como todo processo de trabalho é regido pelos fins estabelecidos, a escolha e o estabelecimento desses fins ou objetivos são uma atividade de crucial importância. É aí que se localizam, mesmo que não explicitamente, as grandes questões sociais e de poder na determinação dos processos de trabalho.

Atualmente, em nossa sociedade, em quase todas as instituições, a definição das finalidades está quase completamente alienada, fora do poder de decisão dos trabalhadores que realizam as atividades produtivas diretas. Quem define as finalidades são, geralmente, grupos restritos que realizam as atividades produtivas diretas. Quem define as finalidades são, geralmente, grupos restritos que ocupam os níveis mais elevados da hierarquia institucional. Talvez, por isso, seja comum o fato das análises dos processos de trabalho omitirem esse componente – o objetivo – em seus esquemas analíticos, tratando-o como um dado externo ao próprio trabalho. Essa é, em nosso entendimento, uma visão equivocada e viciada, que pressupõe a impossibilidade de os trabalhadores deliberarem sobre o conjunto da produção social.

2.2 Meios e condições

Todo processo de trabalho é desenvolvido com o uso de meios específicos para cada condição particular. Os meios e condições de trabalho se combinam na realização do trabalho, por meio da atividade produtiva. Eles abrangem um espectro muito amplo:

- As ferramentas e estruturas físicas para o trabalho, como máquinas, equipamentos, instrumentos, edificações e o ambiente, que permitem que o trabalho se realize.

- Os conhecimentos, sistematizados ou não, e as habilidades utilizadas no processo de trabalho, comumente chamados de meios intangíveis (ou tecnologias leves, na terminologia cunhada por Merhy (2002), para a análise dos processos de trabalho em saúde).
- Por fim, podemos considerar, também, as próprias estruturas sociais, que são determinantes, por exemplo, para as relações de poder no trabalho e para a remuneração dos diversos tipos de trabalho.

2.3 Objeto

Todo processo de trabalho se realiza sobre algum objeto, com ação transformadora e com o uso de meios e em condições determinadas. Elementos físicos e biológicos, ou mesmo elementos simbólicos, assim como subjetividades ou complexos sociais, podem ser objetos nos diversos processos de trabalho.

OBSERVAÇÃO - OBJETO E OBJETIVO

O uso do termo “objeto” na análise técnica de processos de trabalho, algumas vezes, é feito no sentido do fim ou da meta do processo. Aqui utilizamos o termo “objetivo” nesse sentido e reservamos ao termo “objeto” o significado de matéria, condição ou estado sobre o qual se exerce a atividade produtiva (ação) no sentido de sua transformação.

2.4 Agente ou sujeito

Todo processo de trabalho tem um sujeito – ou conjunto de sujeitos – que executa as ações, estabelece os objetivos e as relações de adequação dos meios e condições para a transformação dos objetos.

Deve-se considerar o agente do trabalho na complexidade de sua existência real. Nos processos de trabalho em geral, muitas vezes a atividade é realizada por apenas um indivíduo, embora raramente isso ocorra em todo o processo de trabalho. Trata-se, então, de um sujeito individual exercendo uma atividade ou um conjunto dado de atividades. Frequentemente, no entanto, encontramos, nos processos de trabalho, atividades coletivas, conjuntas ou complementares de vários indivíduos. Nesse caso falamos, normalmente, em trabalho de grupo ou de equipe.

A maior parte dos processos de trabalho, individuais ou de equipe, realiza-se dentro de organizações sociais ou instituições especialmente constituídas para um determinado fim. Além disso, deve-se considerar, ainda, que todos esses sujeitos são formados e desenvolvem suas atividades em uma sociedade determinada. Assim, os objetivos, bem como os procedimentos analíticos e operacionais de adequação de meios, condições e fins, são estabelecidos e realizados em todos esses níveis (social, institucional, de equipe ou grupo e individual).

Portanto, dependendo da perspectiva de análise, o agente do trabalho pode e deve ser visto como um indivíduo, um grupo ou equipe, uma instituição ou uma sociedade.

Seção 3

Objetivos existenciais ou sociais nos processos de trabalho

Até este ponto do texto, consideramos os objetivos dos processos de trabalho sob um ângulo predominantemente técnico, da finalidade imediata do trabalho (produzir uma mesa, aplicar uma vacina, preparar uma comida, etc.). Porém, todo processo de trabalho realiza também objetivos existenciais e sociais dos sujeitos nele envolvidos, objetivos esses que podem estar claros ou não para esses sujeitos.

Em primeiro lugar, o processo de trabalho é um momento privilegiado de exercício de capacidades, de manifestação ativa dos indivíduos e, por isso, podemos dizer que a realização em si dessas individualidades é também um objetivo de todo trabalho. Dito de outra forma, desenvolver a capacidade e a possibilidade de realizar um trabalho pode ser, em si mesmo, um objetivo.

POR EXEMPLO: TRABALHO É REALIZAÇÃO PESSOAL

A capacidade que desenvolve um membro de uma equipe de saúde de organizar e conduzir uma reunião pode ser tão importante para esse sujeito quanto os resultados alcançados com essa reunião, na medida em que representou um desafio pessoal que foi superado.

Aqui se incluem potencialidades e expectativas individuais que são sempre formadas ou desenvolvidas socialmente. Mas deve-se destacar que parte não desprezível dessa realização, assim como da produtividade do trabalho, deve-se às relações interpessoais nas equipes de trabalho. Dessa interrelação também emergem objetivos diversos daqueles relacionados à realização dos produtos que tecnicamente são o fim do trabalho da equipe.

Em segundo lugar, é claro que as instituições apresentam objetivos que vão muito além da simples realização dos produtos para os quais elas são designadas. Esses objetivos variam, certamente, com o caráter das instituições em questão. Um exemplo clássico é aquele das empresas privadas dentro das relações sociais capitalistas.

Nessas condições, as instituições sempre têm como objetivo final não apenas a fabricação de um produto, mas, também, produzir certo volume ou percentual de lucro ou conquistar certa posição no mercado. A realização de seus produtos ou serviços é, de fato, meio para atingirem

tal fim. Do mesmo modo, dentro das instituições públicas por meio das quais se realizam, por exemplo, os serviços públicos de saúde e educação no Brasil, há objetivos de interesse dos representantes políticos, tais como a conquista e a manutenção de posições de poder nos diversos níveis institucionais: local, municipal, regional, estadual e nacional.

Por fim, todos esses objetivos ou expectativas individuais, grupais ou institucionais se dão numa determinada sociedade que também produz (de uma maneira ou de outra) objetivos ou expectativas, expressos, mais ou menos claramente, em padrões, valores e metas.

Nos níveis institucional e social é que se definem, também, as retribuições, as recompensas (salário, por exemplo) atribuídas aos diversos indivíduos, conforme suas posições na divisão do trabalho. Essas recompensas representam parcela significativa das condições de trabalho e, ao mesmo tempo, certamente, constituem parte dos objetivos dos agentes individuais nos processos de trabalho.

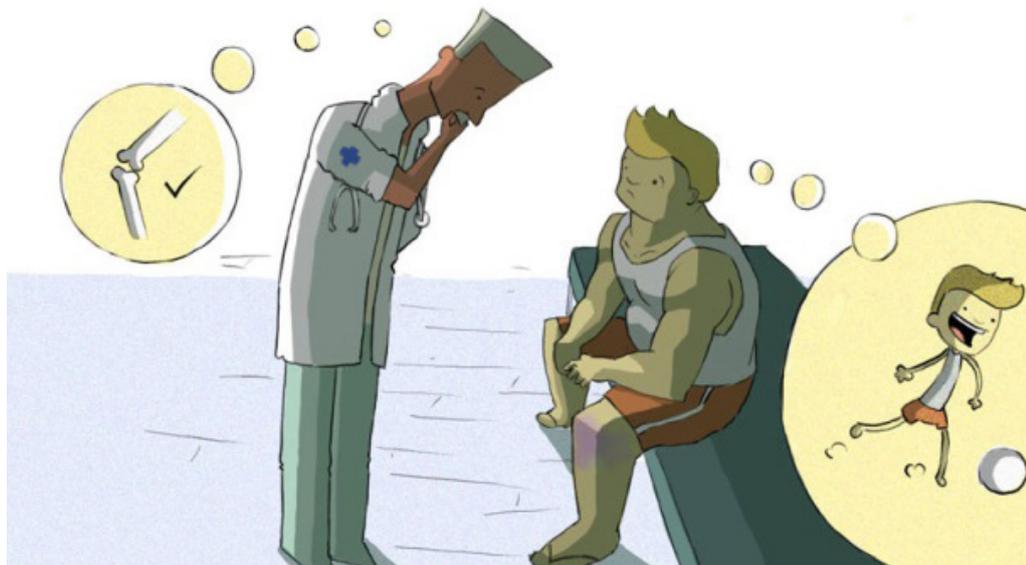
Pode-se concluir que todos os objetivos dos processos de trabalho são, portanto, estabelecidos por subjetividades ou complexos de subjetividades em diversos níveis de estruturação, que, como tal, funcionam como agentes, em sentido amplo, nos processos de trabalho (MERHY, 2002).

Seção 4

Componentes do processo de trabalho em saúde

Imerso na cultura de modelo à saúde instituído, com foco na doença, é comum que um profissional de saúde veja a situação vivenciada por uma pessoa da comunidade de uma perspectiva bem diferente da dela. Veja como esta situação está representada na charge (imagem) apresentada a seguir.

Quando atua na atenção básica, onde promover saúde tem como finalidade a melhoria da qualidade de vida das pessoas, é essencial que o profissional se coloque no lugar do outro e o ajude a ser protagonista; socialize saberes que forneçam subsídios para a tomada de decisão.



4.1 Especificidades do processo de trabalho na prestação de serviços

Em uma prestação de serviços o que se pretende como produto não é a modificação de matérias-primas ou de matérias pré-elaboradas que resultem em objetos úteis para o consumo individual ou coletivo. Essa é a imagem que mais imediatamente vem à nossa mente quando pensamos no processo de trabalho em geral, ligado à produção de bens de consumo. Por exemplo: transformar a madeira em uma mesa.

Na prestação de serviços em geral, o objetivo ou finalidade é a criação ou produção de certas condições ou estados para os indivíduos demandantes dos serviços. Por exemplo: prestar uma informação, cortar o cabelo, passar uma roupa.

Em alguns desses casos realizam-se, portanto, modificações nos próprios consumidores do serviço. Nessas situações, é preciso considerar que os consumidores do serviço são, também, sujeitos ou agentes do processo de trabalho e são, ainda, em alguma dimensão de seu ser, objetos desse mesmo processo de trabalho. Esses são os casos, por exemplo, da saúde e da educação.

Por fim, deve-se considerar que, nos processos de trabalho em geral, também os agentes são modificados pelo exercício de sua atividade produtiva e pelos resultados de sua produção. Esse fato se apresenta ainda mais intenso e diretamente na prestação de serviços, que se baseia em relações interpessoais entre o prestador de serviço e o usuário ou cliente e cujo objetivo é alguma modificação sobre esse usuário ou cliente.

O EFEITO DE MUDANÇA NO AGENTE

Ao prestarmos assistência a uma pessoa vítima de agressão, a nossa intervenção pretende provocar mudanças nessa pessoa no sentido de sua recuperação. Ao mesmo tempo, esse trabalho provoca transformações em nós mesmos. Solidarizamos com a vítima; indignamo-nos com a agressão, aprendemos cada dia com cada situação que enfrentamos como profissional e cidadão. Nesse caso, o processo de trabalho é, necessariamente, um momento privilegiado e intenso na formação da subjetividade desse usuário e cliente.

O profissional não pode estar alheio a essa dimensão de seu trabalho. Por um lado, porque ela é um de seus objetivos centrais e, por outro, porque a sua própria subjetividade também se forma e se transforma durante esse processo. A atividade produtiva é aí, então, direta e intensamente, produção de sujeitos, envolvendo os dois lados da relação: o usuário e o profissional. Assim é, como dissemos, na prestação de serviços em educação e saúde. Nesses casos, podemos dizer, portanto, que o próprio profissional é, também, de modo direto, objeto no processo de trabalho.

Esperamos ter ficado claro que o processo de trabalho na prestação de serviços se diferencia, em alguns aspectos, do processo de trabalho na produção de bens (produtos). Agora, veremos as especificidades da prestação de serviços na saúde e particularmente na Atenção Básica à Saúde.

Vamos aplicar ao processo de trabalho em atenção à saúde o esquema geral dos processos de trabalho, com a característica específica de ser uma produção de serviços e não de bens de consumo.

Entre as peculiaridades dos processos de trabalho na prestação de serviços, conforme exposto anteriormente, destacamos uma que é pertinente ao trabalho em saúde: **o usuário é o objeto no processo de trabalho, mas é também um agente**. Isso porque é em sua existência que as alterações buscadas irão ou não ocorrer. Por isso, é evidente que ele deve estar ativamente envolvido para

que elas ocorram, por exemplo, fornecendo informações ou cumprindo recomendações que implicam, muitas vezes, mudanças de hábitos de vida (parar de fumar, emagrecer, etc.). Ou seja, o objeto da ação também age.

Na prática clínica, isso quer dizer que, muitas vezes, as prescrições e orientações dos profissionais de saúde sempre passarão pelo crivo do usuário, que é, enfim, quem decidirá o que será ou não feito. Podemos dizer que este fato é:

- menos importante ou desprezível em urgências e emergências e essencial em atenção básica;
- menos presente nas doenças e eventos agudos, sendo determinante no acompanhamento de casos crônicos.

4.2 Os agentes e sujeitos

Na apresentação dos elementos do processo de trabalho, começamos pelos objetivos porque eles funcionam como projeções que dirigem toda a realização dos processos de trabalho. No entanto, vimos que esses objetivos são formulados por pessoas, grupos, instituições ou sociedades que atuam, direta ou indiretamente, sobre os processos de trabalho e, por isso, devem ser considerados como seus sujeitos ou agentes. Como primeiro passo, vamos identificar, no caso da estratégia de Saúde da Família, esses agentes.

O agente institucional: o sistema de saúde

No caso do PSF, trata-se de uma estratégia do sistema público de saúde, desenvolvida, portanto, dentro de um organismo estatal. O sistema público de saúde brasileiro é estruturado nas três esferas administrativas do estado nacional: união, estados e municípios. Todos os elementos institucionais aí envolvidos, nos diversos níveis, são agentes dos processos de trabalho do PSF, pois estabelecem objetivos para as atividades das equipes.

As equipes de Saúde da Família

As equipes de saúde formalmente constituídas são os agentes ou sujeitos grupais imediatos dos processos de trabalho em Atenção Básica à Saúde no SUS.

- Os profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família: São os agentes ou sujeitos individuais imediatos dos processos de trabalho realizados pelas equipes de Saúde da Família (eSF).
- Os indivíduos adscritos às equipes de Saúde da Família: Cada indivíduo adscrito a uma eSF é, pelo menos potencialmente, demandante de seus serviços e, também, como comentado anteriormente, objeto e sujeito imediato em sua atuação.

A sociedade

Por se tratar de componente de um sistema público de saúde, a atenção realizada pela equipe de SF atende, de um modo ou de outro, também a objetivos da população brasileira em seu conjunto,

na forma em que ela está organizada. O estado, que foi acima considerado como agente no nível institucional, tanto serve como mediador como é componente relevante da organização social e certamente também tem objetivos específicos que podem ser distintos dos objetivos sociais. Além disso, conhecimentos, técnicas, valores e padrões de comportamento que se desenvolvem na prática das equipes de SF são produzidos socialmente. Também sob esse aspecto a sociedade é agente nos processos de trabalho em saúde.

Cada ESF, por seu turno, deve também atender a objetivos que porventura sejam postos pela população local e, em muitos casos, essa mesma população, ou parcelas dela, é objeto e agente imediato nas ações desenvolvidas. Comumente, chamamos a esse subconjunto populacional (a população local) de comunidade. Deve-se destacar que, também nesse nível, conhecimentos, valores e padrões de comportamento são formados e os membros das equipes de SF com eles interagem, de um modo ou de outro.

4.3 Os objetivos e as finalidades

A pluralidade de agentes anteriormente referidos – instituições, equipes, gestores, comunidade/sociedade – define objetivos e finalidades distintos e por vezes contraditórios, conforme mostraremos a seguir.

Objetivos dos indivíduos adscritos

Os indivíduos adscritos têm como objetivo principal a resposta às suas necessidades e expectativas que são socialmente consideradas como próprias para os serviços de saúde. O alívio de suas dores e sofrimentos e a recuperação de sua capacidade psicofisiológica são demandas que os indivíduos mais frequentemente apresentam às equipes. A proteção e até a promoção de sua saúde são também demandas apresentadas aos profissionais, desde que sejam socialmente reconhecidas como apropriadas para os serviços de saúde.

Assim, a vacinação de crianças e idosos, a realização de alguns exames preventivos ou o tradicional check-up, o acompanhamento de pré-natal ou de hipertensos são demandas postas pelos indivíduos em algumas circunstâncias. Raramente veremos, no entanto, usuários requisitando práticas educacionais e atividades para a mudança de comportamentos, ou a modificação do padrão de suas relações sociais e profissionais, em função de impactos esperados em sua saúde.

Portanto, a maioria das expectativas e necessidades apresentadas pelos indivíduos aos profissionais de saúde compõe o que tradicionalmente se chama de demanda espontânea. Algumas poucas estão dentro de ações programáticas ou demanda estruturada da Atenção Básica à Saúde.

Em geral, a relação estabelecida é aquela característica da prestação de serviços, cujo critério de eficácia é, fundamentalmente, a satisfação dos usuários, ou seja, o nível de atendimento de suas expectativas. Outra característica fundamental da demanda em ABS é que parte significativa das necessidades e expectativas apresentadas pelos usuários dos serviços não se limita às condições e sofrimentos biológicos, ao contrário, é diretamente derivada de condições psicossociais.

Todos que trabalham com ABS sabem que os objetivos dos usuários para e em relação aos serviços de atenção básica implicam potenciais contradições em si mesmas (e também em relação aos objetivos institucionais do sistema de saúde, das equipes e dos profissionais envolvidos, como veremos adiante). Por um lado, estão relacionados à realização de consultas e exames e à medicalização dos problemas e, por outro, ultrapassam as possibilidades de uma solução apenas biomédica. Para a resolução dessas contradições e a superação das tensões que elas produzem, é necessário o desenvolvimento e utilização de tecnologias próprias à Atenção Básica à Saúde. Essas tecnologias devem, necessariamente:

- Considerar a necessidade de atenção e cuidado para com todas as demandas dos usuários;
- Ampliar a capacidade dos profissionais para lidar com as dimensões psíquica e social (cultural, profissional, econômica, etc.) dos indivíduos, inclusive as suas próprias, que interagem;
- Ampliar as capacidades comunicativas e gerenciais dos profissionais, necessárias para a atuação comunitária e para a organização da assistência.

Objetivos coletivos locais

A “comunidade” local, na forma real em que está estruturada, apresenta demandas correspondentes a necessidades e expectativas de grupos constituídos, formal ou informalmente, no território da equipe. Associações comunitárias, grupos de correligionários políticos com influência local, grupos religiosos e de várias outras naturezas coexistem nas áreas das equipes de SF. Esses coletivos apresentam demandas grupais ou de seus representantes, com alguma capacidade de pressão junto às equipes. Do mesmo modo que no caso dos indivíduos adscritos, essas demandas frequentemente têm o foco na assistência individual (acesso a consultas, exames, especialistas, etc.). Portanto, as potenciais contradições apresentadas na análise dos objetivos individuais também se apresentam aqui e, do mesmo modo, também aqui se apresenta a necessidade do desenvolvimento e da implantação de tecnologias próprias para a atenção básica. Essas tecnologias devem permitir tanto o diagnóstico quanto a abordagem das demandas e, principalmente, das necessidades das comunidades. No nível comunitário, destaca-se o diagnóstico local e, principalmente, a capacidade dos profissionais para identificar e lidar com as influências políticas e com as diversas redes sociais locais, ativando as suas potencialidades para ampliar a atenção às necessidades de saúde.

Objetivos institucionais

Várias dimensões institucionais se entrecruzam na composição de sistemas de saúde públicos em geral e na atenção básica em particular. Em primeiro lugar, vamos considerar os objetivos do sistema de saúde em geral, os objetivos do SUS.

Esses objetivos estão determinados constitucionalmente e nas leis orgânicas do SUS e se consolidam em suas normas operacionais e portarias técnicas. No entanto, não cabe aqui detalhar os princípios e as diretrizes do SUS, que serão objeto de texto específico na sequência desta unidade.

No contexto da análise do processo de trabalho em ABS, podemos afirmar que o objetivo geral do SUS, como de todo sistema público nacional e universal de saúde, deve ser a melhoria do nível de saúde da população do país, dentro de limites éticos e econômicos que são estabelecidos socialmente.

Esse é o objetivo central de todo sistema nacional de saúde. Tal objetivo está claramente expresso em dois relatórios de ministros da Saúde do Canadá, que são marcos fundamentais para a institucionalização da promoção da saúde (LALONDE, 1974; EPP, 1986). De acordo com Lalonde o objetivo do sistema canadense deve atender a um

[...] completo bem-estar para todos pode estar além do nosso alcance, dada a condição humana, mas muito mais pode ser feito para aumentar a liberdade de afastar-se da doença e da deficiência, bem como para promover um estado de bem-estar suficiente para atuar em um nível adequado de atividade física, mental e social, tomando em consideração a idade (LALONDE, 1974, p. 6).

Já nas palavras de Jake Epp

Nossa maior responsabilidade é garantir que a saúde dos canadenses seja preservada e ampliada, um objetivo que somente pode ser atingido se a cada um de nós puder ser garantido acesso equitativo à saúde (EPP, 1986, sp.).

Não é de se estranhar que esses objetivos estejam claros para os ministros da saúde do Canadá, já que naquele país o sistema de saúde é completamente público e de acesso universal, o que implica a responsabilização institucional do Ministério da Saúde com a saúde de toda a população.

O objetivo geral do SUS no âmbito nacional é replicado aos níveis estaduais e municipais, assim como nos distritos, áreas e microáreas das equipes de Saúde da Família, correspondendo aos diversos níveis de responsabilização do sistema com a saúde da população.

Entre as estratégias para se atingirem esses objetivos podemos destacar: a devida gestão dos recursos disponíveis; a regionalização e hierarquização dos serviços; a estruturação das redes de serviços a partir da atenção primária, que exerce função coordenadora; a adoção de diretrizes clínicas e tecnologias mais eficientes e eficazes (destacando-se as ações de prevenção e, principalmente, de promoção à saúde) em cada nível do sistema, etc.

No entanto, não se deve esquecer, também, que o sistema público de saúde é parte do estado nacional e, como tal, é organizado sob a lógica política, respondendo, portanto, também aos objetivos políticos que se apresentam em cada nível do Estado. No caso da Atenção Básica à Saúde e da equipe de Saúde da Família, em especial, dada sua forte inserção comunitária, os interesses e objetivos políticos locais e municipais têm certamente forte influência sobre a sua atuação.

Também aqui é necessário ter claro que esses objetivos podem estar em contradição com os objetivos gerais do sistema de saúde. Como apontado na análise dos objetivos coletivos locais, a capacidade de mapear e ativar as diversas influências políticas que atuam localmente, no sentido de atender às necessidades de saúde da população, é uma das habilidades que se requerem em Atenção Básica à Saúde.

Objetivos da sociedade

A sociedade, considerada um sujeito coletivo, depende das capacidades gerais dos seus indivíduos, inclusive as psicofisiológicas, para se desenvolver. A proteção e a promoção da saúde do conjunto dos indivíduos são, portanto, necessidades de toda sociedade.

No entanto, as demandas sociais para o sistema de saúde, muitas vezes, não correspondem a essa necessidade geral. Por um lado, isso ocorre porque não se tem o conhecimento necessário sobre o que realmente protege e promove a saúde da maioria dos indivíduos em uma determinada sociedade ou esse conhecimento não é suficientemente difundido. Por outro lado, isso ocorre porque as demandas sociais são apresentadas por grupos de pressão, com interesses próprios.

Os interesses de profissionais de saúde ou de grupos de prestadores de serviços, por exemplo, frequentemente são apresentados como demandas de toda a sociedade. Sob esse aspecto, merece destaque o fato de que o complexo médico-industrial, desde a formação dos profissionais e ao longo de toda a sua carreira, consegue apresentar os seus interesses como imprescindíveis para se atingirem os objetivos sociais.

Discernir o que legitimamente atende às necessidades sociais do que interessa somente aos interesses corporativos e empresariais é tarefa difícil. A própria pesquisa médica e as entidades profissionais estão, frequentemente, comprometidas com esses interesses. Apesar das dificuldades, esse discernimento é fundamental para a escolha das alternativas de menor relação custo-efetividade e que realmente atendam às necessidades da população. O acesso atualizado e a avaliação sem preconceitos das evidências advindas da epidemiologia e da clínica, da história e dos outros campos do conhecimento social são recursos que podem contribuir para tal discernimento.

Objetivos dos profissionais e das equipes de saúde

Como todas as pessoas e grupos de trabalho, os profissionais e as equipes de saúde têm seus objetivos profissionais e existenciais, suas necessidades e expectativas, de condições de trabalho e renda, de realização e desenvolvimento de suas capacidades, de reconhecimento, etc. Esses objetivos têm muita importância nos processos de trabalho e, portanto, devem ser considerados, de modo preciso, em sua gestão. Dessa forma, a constituição de uma equipe e seu funcionamento depende da interação de vários sujeitos que têm objetivos e perspectivas às vezes muito diferentes. Provavelmente, o envolvimento de um profissional que “está de passagem” pelo PSF será diferente de outro que “veste a camisa” da atenção básica.

4.4 Os meios e as condições

Os equipamentos e suplementos técnicos, as edificações das unidades de saúde e outros equipamentos sociais utilizados na ABS são condições que permitem ou não que alguns dos objetivos do trabalho em Atenção Básica à Saúde sejam atingidos. Por exemplo: ter ou não ter uma mesa ginecológica na unidade de saúde, ter ou não ter uma balança, ter ou não ter espaço para reunião, ter ou não ter condições para a realização de uma cirurgia ambulatorial, ter ou não ter acesso à base de dados dos sistemas de informação em saúde são condições que podem contribuir, pelo menos em parte, para o sucesso ou não de uma atividade, de um programa ou projeto.

Além desses meios físicos, devemos considerar, também, os conhecimentos e habilidades dos profissionais e os meios constituídos pela interação dos profissionais entre si e destes com os usuários e a comunidade como condições para a realização do trabalho.

4.5 Os objetos e os produtos

O objeto no processo de trabalho em saúde está constituído por processos ou estados sociais, psíquicos ou biológicos cuja alteração pode ter impacto positivo sobre a saúde de indivíduos, grupos de pessoas ou comunidades. Como indicado anteriormente, em se tratando de Atenção Básica à Saúde, as condições sociais e psíquicas têm muita relevância na determinação das condições de saúde e nos resultados das intervenções dos profissionais e, portanto, constituem objetos fundamentais das intervenções, requerendo, para isso capacidades, habilidades e tecnologias específicas.

Podemos concluir que, apesar de não resultar em um produto de consumo determinado, como no caso da produção industrial, nem por isso o trabalho nos serviços de saúde deixa de ter um produto definido, aqui entendido como o efeito positivo de tais alterações sobre a saúde das pessoas.

Recapitulando: componentes do processo de trabalho em saúde

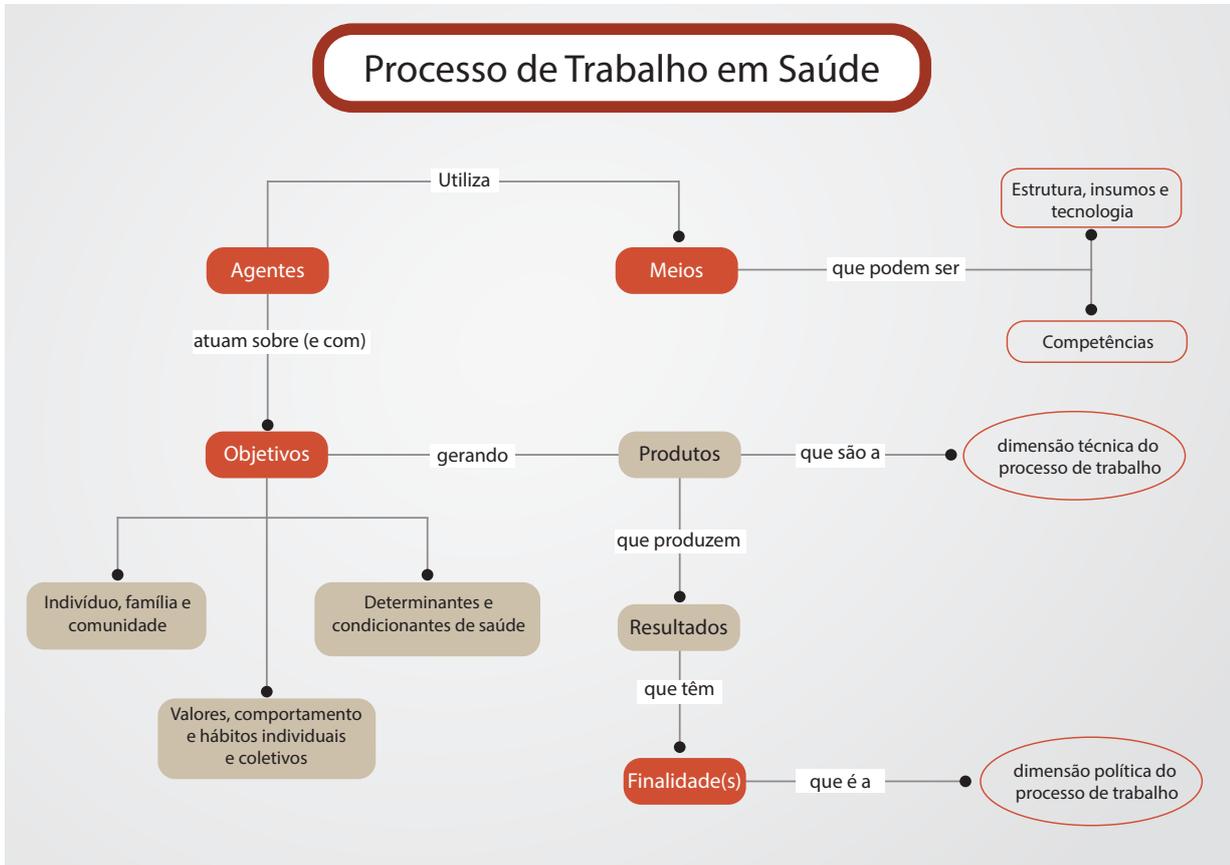
Ao retomarmos os conceitos trabalhados nesta unidade, é imprescindível compreendê-los de maneira articulada, dinâmica e contextualizada. Podemos, assim, fazer uma representação gráfica com vistas a essa compreensão (Figura 1).

Nesta representação, podemos perceber os pontos de interligação entre os diversos elementos no cotidiano da nossa atuação, permitindo-nos uma visão abrangente do processo de trabalho.

AGENTES, MEIOS, OBJETOS E FINALIDADES

Se definirmos que a finalidade do trabalho de uma organização de saúde são apenas o diagnóstico e o tratamento de agravos podemos imaginar que os produtos esperados da atuação dos agentes sejam consultas, exames, internações, etc. O objeto da intervenção será o corpo dos indivíduos “doentes”. Os agentes serão, principalmente, os profissionais de saúde; e os meios serão as estruturas de saúde (unidades de saúde), os insumos e as tecnologias que se voltam para o diagnóstico e tratamento; e as competências serão aquelas também relacionadas ao diagnóstico e tratamento.

Figura 1 - Processo de trabalho em saúde: agentes, meios, objetos e finalidades



Fonte: adaptado pelos autores

Em geral, reflexão implica a superação de concepções e práticas comuns e habituais. Na ABS, essas práticas e concepções consideradas naturais, algo que “nós temos que fazer porque todos fazem assim”, também correspondem à nossa capacitação básica, à formação que recebemos ao longo da nossa vida como profissionais e cidadãos. No entanto, a insatisfação e a frustração de grande parte dos profissionais em ABS, assim como os resultados limitados que temos obtido, nos impõem essa reflexão crítica.

Além disso, é importante frisar que os profissionais e as equipes de saúde são os protagonistas imediatos de todos os processos de trabalho em saúde; portanto, é justamente na definição dos seus processos de trabalho que se elege a que dos diversos objetivos anteriormente descritos se procura atender. Por isso é tão importante essa reflexão.

Seção 5

Gestão do processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família

Os serviços de saúde são organizações bastante complexas e um de seus maiores desafios é implantar um modelo de gestão que seja compatível com o modelo de saúde proposto e que dê mais efetividade ao sistema de saúde.

No caso da Estratégia Saúde da Família, na maior parte das situações, é a própria equipe que tem a responsabilidade de gerenciar seu processo de trabalho. Nesse modelo de organização é exigido que a equipe tivesse competência não somente técnica e política, mas também gerencial. Desta forma, é da máxima importância a discussão de um modelo de gestão que dê a essas equipes instrumentos potentes para gerenciarem seu dia-a-dia.

Segundo o modelo proposto por Matus (1993), podemos compreender a gestão em três níveis: o nível dos fatos, o nível dos sistemas e o nível das regras.

No nível dos fatos, o que vemos, de maneira geral, são equipes sobrecarregadas no seu dia-a-dia, com muita dificuldade para atender à demanda espontânea e organizar sua agenda. Raramente as ações são planejadas ou baseadas em informações sistematizadas. Também não se observa avaliação sistemática daquilo que está sendo feito e de seus resultados. A sensação que se tem é de que as ações são fragmentadas e pouco resolutivas. Com o tempo, isto pode levar a equipe ao desânimo, ao descompromisso com seu trabalho ou, até mesmo, à desistência em trabalhar na atenção básica. Para entendermos melhor essa situação, precisamos aprofundar nosso olhar para os outros dois níveis: o do sistema e das regras.

No nível do sistema, podemos considerar alguns instrumentos que são fundamentais. Para início de conversa, a equipe de Saúde da Família tem que entender sua responsabilidade gestora e se preparar para isto. É preciso que ela desenvolva capacidades para tal. Essas competências envolvem três dimensões: cognitiva, analítica e comportamental.

- A **dimensão cognitiva** diz respeito ao conhecimento de gestão e capacidade para lidar com os instrumentos gerenciais.
- A **dimensão analítica** considera a capacidade da equipe de analisar as situações e os problemas com o objetivo de propor intervenções efetivas.
- A **dimensão comportamental** é relativa à capacidade de desenvolver o comportamento exigido nas diferentes situações apresentadas. Muitas vezes é necessário que a equipe tome atitudes estratégicas e tenha capacidade de negociação para interagir com a população e com outros níveis da instituição de saúde.

Nesse sentido, é preciso que a equipe desenvolva todas essas competências. É importante também que todos os membros da equipe participem da gestão. Todos devem se envolver na organização e no planejamento das ações sem uma relação de hierarquia entre os seus membros. As decisões devem ser tomadas num processo de ampla discussão e devem ser, preferencialmente, consensuadas. Desta forma, o modelo de gestão mais adequado é a gestão colegiada.

O **nível das regras** que determina a qualidade da gestão e, portanto, da organização, é o nível dos pressupostos. Podemos falar, nesse nível, de uma cultura institucional. Para ele, existem três regras que são fundamentais e que determinam a qualidade da gestão. São elas: a regra da direcionalidade, da governabilidade e da responsabilidade.

- A **regra da direcionalidade** diz respeito à clareza que a organização tem de sua missão, ou seja, de seu papel social. É fundamental que a organização, no nosso caso, a equipe de Saúde da Família, tenha o máximo de clareza da sua missão, de suas atribuições, de suas responsabilidades para com sua clientela adstrita.
- A **regra de governabilidade** corresponde ao grau de descentralização ou de autonomia que a equipe tem para decidir e controlar os recursos necessários para o cumprimento de sua missão. Esses recursos aqui entendidos são desde recursos organizacionais (materiais, humanos, etc.) até os recursos políticos, de tomada de decisão e capacidade de mobilização da população.
- A **regra da responsabilidade**, como o próprio nome diz, corresponde ao nível de compromisso da equipe com a sua missão e com a instituição, com o projeto político e a implantação do modelo assistencial proposto. Para Matus (1993), esta é a regra mais importante das três.

Como foi dito anteriormente, essas regras estão relacionadas com a cultura institucional. Historicamente, o que vemos nas instituições de saúde é uma cultura em que as equipes locais não têm clareza de sua missão, têm pouca autonomia e, conseqüentemente, pouco compromisso com sua missão e com o projeto político proposto. Como consequência disto, todo o processo de gestão local é de baixa qualidade. Não há planejamento, há pouco uso da informação para tomada de decisão, não se avaliam os resultados alcançados, e por aí vai...

O desafio que temos é promover uma mudança de cultura, o que demora certo tempo. Se fosse possível uma mudança no nível das regras, isto determinaria uma mudança no processo de gestão local. A estratégia Saúde da Família, ao definir uma área de abrangência e responsabilizar a equipe por uma dada população, aumenta o grau de responsabilidade da equipe com sua clientela. Isto, aliada à clareza da missão e ao aumento da autonomia da equipe, pode levar a um aprimoramento do processo de gestão local e ao alcance de melhores resultados e satisfação com o trabalho.

Seção 6

Atributos de qualidade do cuidado em saúde

Julgamos importante uma nova aproximação à discussão sobre os atributos de qualidade após a discussão que fizemos sobre processo de trabalho. Isto porque, qualquer que seja a finalidade, o cuidado produzido deve ser norteado por atributos que qualifiquem todas as ações em saúde.

Quando dizemos que um objeto é melhor ou tem mais qualidade que outro, por exemplo, uma cadeira, estamos dizendo que por algum motivo ou critério, objetivo ou subjetivo, uma cadeira é melhor que outra. Para quem compra uma cadeira, a escolha envolve algum grau de subjetividade, o que faz com que dois sujeitos façam escolhas diferentes. Mas para quem produz a cadeira, principalmente numa produção em escala, é importante trabalhar com critérios mais objetivos. No caso de uma cadeira, a durabilidade, o conforto, o custo, a beleza, a adequação ao seu uso provável podem ser critérios ou atributos que vão nortear a produção de cadeiras e também a escolha de cadeiras pelo consumidor. Dessa forma, a qualidade de um objeto pode ser avaliada pela presença/ausência de atributos e da subjetividade com que julgamos a presença/ausência desses atributos no objeto, visto que esse julgamento está vinculado a expectativas, individuais ou coletivas, que construímos em relação a um determinado objeto.

E quando falamos em uma prestação de serviços, e em particular em uma prestação de serviços de saúde, o que nos faz pensar que um cuidado de saúde é melhor que outro?

Assim como no caso dos objetos, é importante identificarmos quais os critérios/atributos que vão nortear o nosso trabalho na busca da qualidade do cuidado prestado aos indivíduos, às famílias e à comunidade. Na definição desses atributos, devemos sempre ter em mente as diferentes expectativas que diferentes atores têm da prestação do cuidado. É possível que a expectativa de um gestor de saúde seja diferente da expectativa do paciente ou da comunidade ou dos profissionais de saúde. O entendimento dessas expectativas e o atendimento a elas devem estar sempre presentes no planejamento, execução e na avaliação das ações desenvolvidas pela equipe de saúde.

Os conceitos e instrumentos discutidos neste texto têm base na teoria do macro-organizações de Carlos Matus (1989). Embora seja uma teoria desenvolvida para macro-organizações, procuramos adaptá-la para unidades básicas de saúde e para equipes de Saúde da Família.

Além dos princípios e diretrizes constitucionais que devem reger os processos de atenção à saúde, alguns atributos dizem respeito à qualidade do cuidado, conforme apresentado a seguir.

6.1 Eficácia

Este atributo diz respeito à possibilidade da ação desenvolvida resultar na solução do problema para o qual a ação está dirigida. Quando alguém nos procura em um serviço de saúde com uma dor, a expectativa – teórica – é de que façamos algo que acabe com a dor. Aqui podemos encontrar algum problema com respeito às expectativas dos diferentes atores envolvidos. Para o cidadão que nos procura, o importante é acabar com a dor e, nesse caso, um tratamento sintomático pode ser, momentaneamente, “eficaz”, considerando essa expectativa. Para o profissional de saúde, a expectativa é controlar o motivo da dor e, neste caso, um tratamento sintomático certamente não será eficaz.

E qual seria a expectativa do gestor de saúde ou do prefeito? Um tratamento sintomático seria eficaz? Neste caso, é sempre importante nos perguntarmos qual é o problema que estamos tentando resolver e de quem é esse problema.

6.2 Eficiência

Este atributo refere-se à relação custo-benefício, da nossa capacidade de utilizarmos bem os recursos disponíveis e produzirmos a maior quantidade possível de ações. Por exemplo: se gastarmos pouco tempo com cada consulta, poderemos, num determinado período de tempo, produzir muitas consultas. Esta é geralmente uma expectativa muito presente entre os administradores e mesmo da população. Não importa aqui se essas consultas vão gerar o resultado esperado, qual seja o de resolver os problemas, e sim se estamos utilizando “bem” os nossos recursos, no caso, o tempo.

6.3 Efetividade

Este atributo está ligado à combinação dos dois atributos anteriores, ou seja, a eficiência e a eficácia. O que nos interessa aqui é resolver os problemas do maior número de pessoas utilizando eficientemente os recursos disponíveis. Às vezes, na busca da eficácia nos esquecemos da eficiência, e vice-versa. Por exemplo: uma equipe tem sob sua responsabilidade em torno de 400 portadores de hipertensão arterial e entre suas atividades em busca de mais eficácia do cuidado, resolve trabalhar com grupos operativos. O objetivo do trabalho, neste caso, é melhorar a informação dos portadores de hipertensão arterial sobre o seu problema, melhorar a adesão ao tratamento e fazer com que cada um adote hábitos de vida mais saudáveis. Não é muito comum observarmos, na prática das equipes, que a abrangência desse tipo de atividade seja pequena, com alguns poucos grupos funcionando e com poucas pessoas participando, muito embora consumindo um tempo de trabalho razoável da equipe com essa atividade.

6.4 Equidade

Como já dito anteriormente, este atributo é relativo à forma como distribuimos as ações que oferecemos. Aqui devemos considerar que os problemas e necessidades de saúde têm distribuição desigual na sociedade, fruto da distribuição e da ação também desigual dos seus determinantes e condicionantes. Buscar a equidade implica conhecer as situações de risco e vulnerabilidade e distribuir as ações em função desse diagnóstico.

6.5 Oportunidade

Este atributo relaciona-se ao momento em que oferecemos o cuidado, ou seja, se ele acontece no momento em que é necessário. Uma situação, infelizmente bastante comum, é propiciarmos um tratamento quando sua eficácia já está comprometida. A demora entre o diagnóstico ou a suspeita diagnóstica e o início do tratamento, como costuma acontecer, por exemplo, no câncer de mama, compromete a possibilidade de sucesso do tratamento; ou a demora no início de tratamento de algumas infecções levando a quadro de septicemias; ou a demora em se indicar ou realizar uma cirurgia. São exemplos em que a efetividade da ação é comprometida por não acontecer no momento oportuno. Um cuidado não oportuno quase sempre é pouco eficiente e pouco eficaz.

6.6 Continuidade

Este atributo refere-se à forma como o cuidado iniciado em um nível assistencial se articula e continua em outros níveis assistenciais em função das necessidades do usuário. Não adianta apenas fazermos o diagnóstico de câncer de mama na atenção básica se não conseguimos atendimento ao nosso paciente em outros níveis do sistema de saúde para iniciar o tratamento o mais precocemente possível. Essa integração entre os níveis assistenciais e dentro de cada nível assistencial constitui uma linha de atenção fundamental para que o cuidado seja oportuno e eficaz.

6.7 Acessibilidade

Este atributo diz respeito à dificuldade ou facilidade de se ter acesso a uma ação de saúde. Muitas vezes, barreiras de naturezas diversas (administrativas, geográficas, entre outras) dificultam ou mesmo impedem o acesso das pessoas a uma ação de saúde, como, por exemplo, quando centralizamos o atendimento ou quando limitamos o atendimento a determinados dias e/ou horários.

6.8 Aceitabilidade

Este atributo está relacionado com a aceitação de uma determinada ação pela população. Informa sobre a adaptação da ação às expectativas e valores individuais e coletivos. Hoje ações voltadas para o diagnóstico do câncer de mama e colo uterino são mais aceitas, entretanto, as ações voltadas para o diagnóstico precoce do câncer de próstata não são bem aceitas.

6.9 Otimidade

Este atributo está ligado ao custo/benefício de uma ação. Devemos sempre estar refletindo se é correto e desejável continuarmos investindo esforços e recursos em uma atividade se o seu retorno já não é tão significativo.

6.10 Legitimidade

Este atributo é relativo à representação social de uma ação. Hoje as ações de vacinação estão legitimadas porque se entende que trazem um benefício para toda a comunidade e por isso são bem aceitas pela população

6.11 Ética

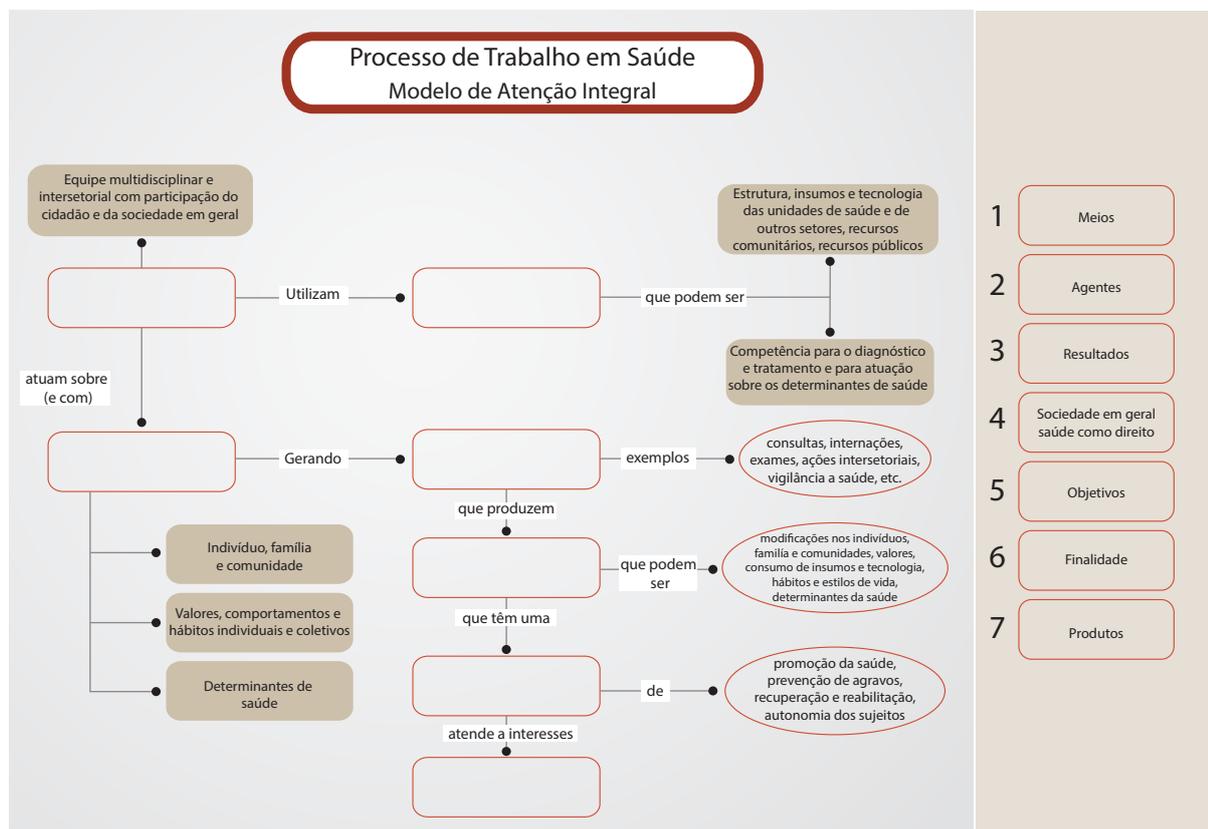
Na busca da qualidade do cuidado, além dos atributos anteriormente considerados, temos que avaliar ainda se o cuidado prestado pela equipe é eticamente adequado.

Uma análise de todos esses atributos nos permite avaliar até que ponto as ações que desenvolvemos e o cuidado que proporcionamos satisfaz as expectativas dos diferentes atores envolvidos na prestação de serviços de saúde, até que ponto está conseguindo resolver os problemas e até que ponto estamos utilizando adequadamente os poucos e preciosos recursos disponíveis.

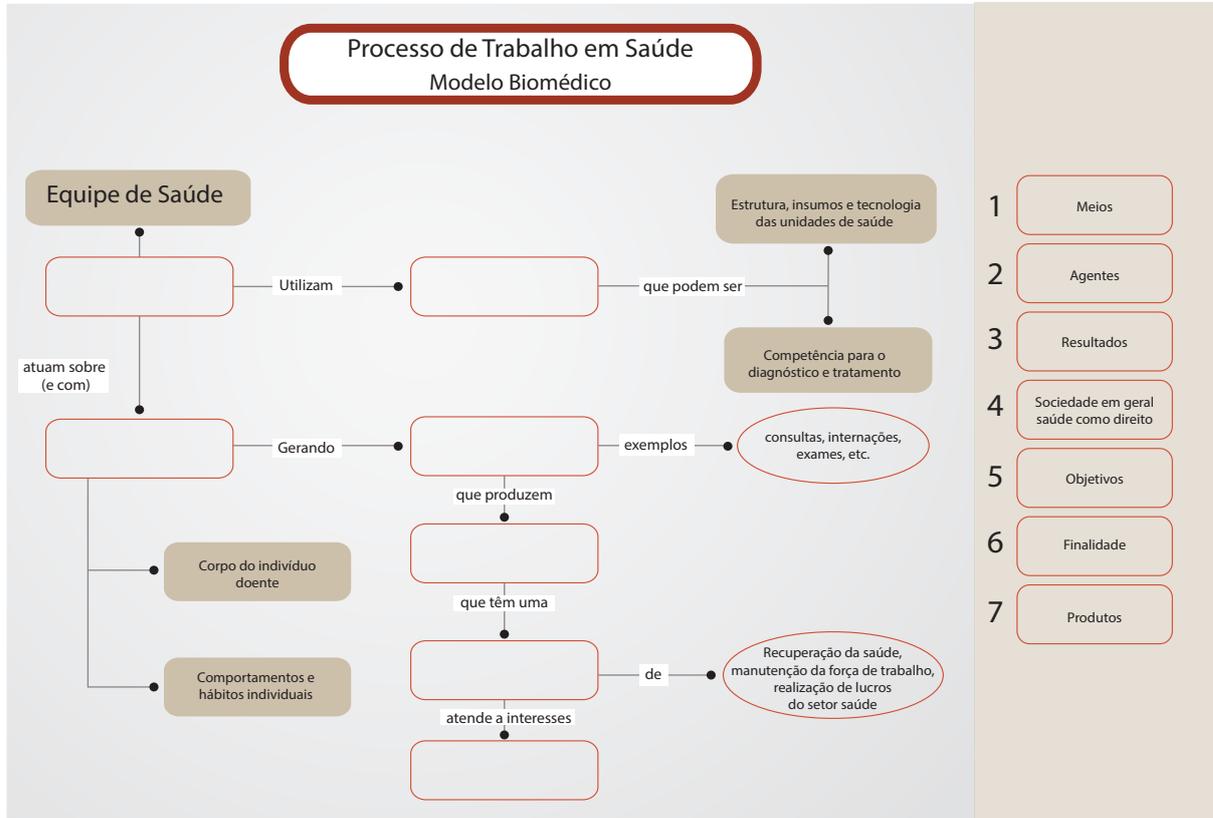
ATIVIDADES AUTOINSTRUCIONAIS

Nessas atividades você vai ser desafiado a entrar num jogo conceitual. Para realizar as atividades você deve direcionar os blocos laterais de forma a preencher as lacunas do mapa conceitual.

ATIVIDADE AUTOINSTRUCIONAL 1



ATIVIDADE AUTOINSTRUCIONAL 2



PARÂMETROS DE CORREÇÃO DAS ATIVIDADES AUTOINSTRUCIONAIS

Atividade 1: Numerando-se a coluna da direita de 1 a 7, a coluna da esquerda deverá ser preenchida com números 2 e 5 e a coluna do meio com números 1, 7, 3, 6, 4.

Atividade 2: Numerando-se a coluna da direita de 1 a 7, a coluna da esquerda deverá ser preenchida com números 5 e 3 e a coluna do meio com números 2, 6, 1, 4, 7.

Unidade 4

Determinantes sociais da
saúde e da doença

Unidade 4

Determinantes sociais da saúde e da doença

Apresentação

Nesta unidade, vamos aprofundar a discussão sobre como a saúde e a doença de cada indivíduo e dos diferentes grupos sociais são “produzidas”, ou seja, como são determinadas a saúde e a doença. Como explicar as diferenças tão marcantes no estado de saúde dos diferentes grupos sociais ou dentro de um mesmo grupo social?



Ao tratarmos destas questões, esperamos que elas permitam que você seja capaz de:

- Conceituar saúde.
- Explicar o conceito de determinantes sociais da saúde e das doenças.
- Discutir as evidências da determinação social da saúde.
- Relacionar a qualidade de vida de uma população com seu modo de viver e suas condições de vida.

Iniciamos esta discussão com uma reflexão sobre conceitos de saúde e a nossa própria “determinação” ou, dito de outra forma, o que explica as trajetórias das pessoas individualmente e dos diferentes grupos sociais.

Seção 1

O conceito de saúde

A saúde é entendida como um meio, um recurso para a vida das pessoas. Essa é uma definição muito difundida no campo da promoção da saúde, aproxima-se do uso corrente do termo. Ela permite a clara distinção da saúde em relação aos outros recursos e condições da realização da vida humana, determinando o seu espaço nos objetivos de vida das pessoas.

A definição tradicional da saúde é puramente negativa, pois nela a saúde é considerada como simples ausência de doenças. Essa definição, tão contestada, como um componente de uma visão restritiva, puramente biológica e médica da questão da saúde, certamente não se aplica a uma análise da determinação social da saúde. Ao contrário, por princípio, trata-se de uma antidefinição, que nega qualquer perspectiva analítica ao tema da saúde e reduz, efetivamente, toda questão à compreensão e tratamento das doenças e lesões.

Outra definição também já tradicional é aquela da Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1946, que considera a saúde um estado de perfeito bem-estar biopsicossocial. Essa é uma concepção positiva de saúde, embora tenha alguns inconvenientes.

Em primeiro lugar, a indeterminação, a incapacidade de especificar o objeto que pretende definir; em segundo lugar, estreitamente relacionado com o primeiro inconveniente, encontra-se o fato de se postular a saúde como um estado, uma condição ideal de plenitude, que seria o objetivo final, praticamente inatingível, da existência, da vida de todas as pessoas. Ora, certamente, não é este o sentido concreto que, na vida cotidiana, atribuímos ao termo saúde.

Uma terceira definição, que tem conquistado progressivamente mais espaço no setor saúde, entende que a saúde é um meio, um recurso para a vida das pessoas. Essa também é uma definição positiva que, no entanto, não incorre nos vícios da definição anterior. Esta terceira definição, muito difundida no campo da promoção da saúde, aproxima-se do uso corrente do termo. Ela permite a clara distinção da saúde em relação aos outros recursos e condições da realização da vida humana, determinando o seu espaço nos objetivos de vida das pessoas.

As duas definições positivas de saúde a que nos referimos aqui estão no texto fundante da promoção da saúde: o relatório da Primeira Conferência Internacional de Promoção de Saúde, organizada pela Organização Pan-Americana de Saúde em 1986, a Carta de Ottawa.

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (CARTA, 1986, p. 1).

Concebendo-se a saúde como um meio, como uma condição para a realização da vida, tem-se necessariamente que distinguir a saúde da totalidade da vida e, portanto, do conjunto dos objetivos da vida dos homens. A vida humana, obviamente, estabelece objetivos que não se restringem à saúde e que se mostram superiores à saúde na escala de valores. Esse fato se manifesta claramente quando a vida individual e a saúde são postas em risco devido à realização desses outros valores (sejam eles valores éticos universais, como o bem comum, ou valores relativos à família, ao amor, ao trabalho, à pátria, ao prazer ou outros). As atitudes realizadas em função desses valores se justificam por si mesmas, como expressões práticas de uma determinada postura social e cultural e não por seu resultado para a saúde dos praticantes.

Pode-se concluir, portanto, que, ao considerar-se a saúde um meio para a vida ou para a realização dos indivíduos na vida, certamente não se pode confundi-la com a totalidade da realização de cada um e, portanto, impõe-se uma restrição ao conceito de saúde que não se encontra na definição da OMS. Desse modo, a saúde é tomada como um dos elementos da qualidade de vida e uma das condições objetivas para o desenvolvimento humano, e não como o seu conjunto.

Sob esse ponto de vista, deve-se identificar saúde como vitalidade psíquico-fisiológica, isto é, como capacidade psicofisiológica para exercício ativo de cada indivíduo para a sua realização na vida.

Saúde, capacidade psicobiológica, é, certamente, uma condição parcial para a realização dos indivíduos na vida, uma condição que, ao mesmo tempo, abrange e é condicionada pelas determinações de sua existência como ser biológico. Implícita ou explicitamente, esta definição é aquela objetivamente adotada quando se busca avaliar as condições de saúde de certo universo humano ou o impacto sobre a saúde de uma dada intervenção (planos, projetos, programas, protocolos etc.). De fato, os conceitos e as medidas tanto de saúde autorreferida como aqueles de “expectativa de vida” ou “anos de vida saudáveis” ou, ainda, os seus correlatos negativos, os coeficientes de mortalidade e incapacidade, todos esses se referem, sem qualquer dúvida, à vitalidade, à capacidade psicofisiológica dos indivíduos.

Como vimos no tópico sobre a determinação social dos indivíduos, além da saúde, outras condições são necessárias para a realização dos indivíduos. Trata-se, em síntese, dos meios que a sociedade propicia, permite e determina para eles se desenvolverem e se realizarem. Há aqui o campo dos meios físicos, dos meios materiais e o campo dos meios intangíveis ou espirituais, por exemplo,

a educação, o respeito, o afeto, a atenção que os indivíduos, de acordo com suas posições no ordenamento social, reciprocamente se dão. Essas condições, essencialmente sociais, são, por sua vez, determinantes centrais das condições de saúde dos indivíduos.

Entende-se que, nesse amplo escopo, no complexo dinâmico do desenvolvimento humano, o campo institucional da saúde – o setor saúde – tem como objetivo específico a promoção, a proteção e a recuperação da vitalidade psicofisiológica. Essa é a sua responsabilidade institucional. Mas, com isso, não se restringe novamente a atuação do setor saúde ao campo biológico ou biopsíquico?

Claro que não. O que se obtém com essa delimitação do conceito de saúde não é a eliminação das dimensões sociais de seu universo de interesse teórico e do campo de sua prática. Ao contrário, essa delimitação explicita o compromisso do setor saúde e o seu objetivo específico na análise e intervenção social. Com essa delimitação é possível que a abordagem do social no setor saúde se torne mais objetiva, operacionalizável e eficaz.

Seção 2

Conceito de determinantes sociais da saúde

É consenso no pensamento social contemporâneo que os indivíduos são determinados por sua posição na sociedade. E o que define suas possibilidades e forma as características das existências individuais no curso de suas vidas são: os meios materiais e espirituais, a capacidade de realizações a que os indivíduos têm acesso e sua teia de relações sociais. As condições sociais são, efetivamente, base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é uma base da própria saúde. Isso se comprova pelo fato de que, ao retrocedermos nas séries causais dos principais grupos patológicos, daqueles que têm mais magnitude e transcendência nas diversas sociedades, encontramos, entre os determinantes finais, com muito peso, as condições sociais de vida.

Mas a determinação social da saúde não está circunscrita aos males provenientes da exposição aos riscos de dano fisiológico que caracterizam a pobreza ou à proteção contra esses riscos que caracterizam os estratos sociais medianos e de elevada renda. Não, há um campo de determinantes sociais sobre a saúde mais sutil, porém igualmente intenso. Trata-se do campo comumente chamado de determinantes psicossociais.

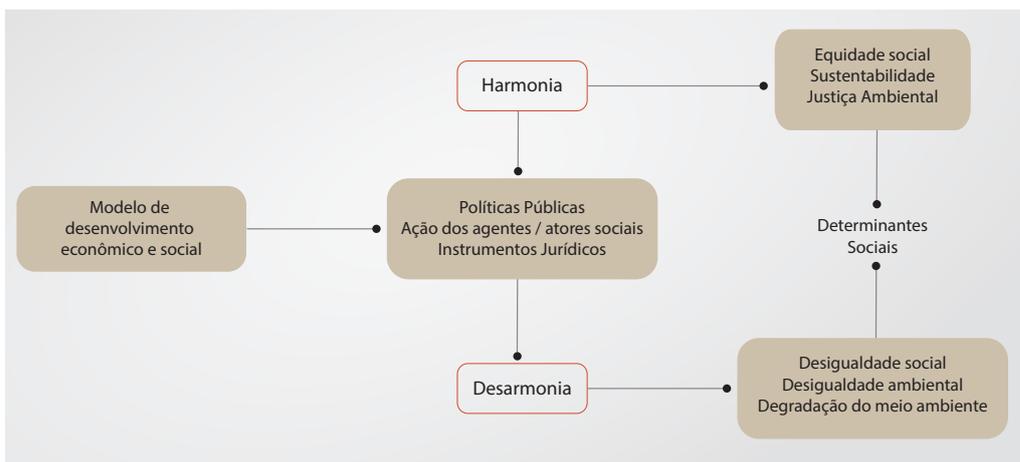
Seção 3

Evidências da determinação social da saúde

Afirmamos que há um consenso quanto à determinação social dos indivíduos no campo da teoria social. Esse consenso é, no entanto, quebrado por uma linha de pensamento que tem muita penetração no pensamento social e também na cultura médica. Trata-se da concepção liberal da economia e da sociedade, que pretende que as atitudes e os comportamentos individuais sejam fundamentalmente frutos da escolha individual e que, em última instância, as bases da personalidade e do comportamento dos indivíduos sejam determinadas pela natureza.

No campo da saúde, essa visão naturalista e individualista da vida e dos comportamentos individuais encontra grande sintonia com a abordagem exclusivamente biológica dos problemas de saúde. A questão é muito diferente quando se trata das doenças e agravos não transmissíveis, que são os principais problemas de saúde no mundo contemporâneo. Nesse caso, as evidências são de que as condições sociais atuam preponderantemente por mediação psíquica, isto é, por seu efeito sobre as emoções pessoais no curso da vida; e a qualidade e o caráter das interações sociais estão diretamente implicados nessa determinação.

Figura 2 - Relações entre modelo de desenvolvimento econômico e social e políticas e ações públicas, para determinação social da saúde



Fonte: organizado pelos autores

Seção 4

Qualidade de vida, modo de viver e condições de vida: modelos de determinação social da saúde e da doença

4.1 A determinação social dos indivíduos

É consenso no pensamento social contemporâneo que os indivíduos são determinados por sua posição na sociedade. Todos reconhecemos que os meios materiais e espirituais para o desenvolvimento e a realização de capacidades a que os indivíduos têm acesso no curso de suas vidas, assim como a teia de relações peculiar nas quais cada indivíduo realiza a sua existência, definem as possibilidades e formam as características das existências individuais.

Essa determinação atravessa todas as dimensões da vida social. Pode-se considerá-la desde o nível mais amplo, em que encontramos as relações econômicas e macrosociais que hoje são, certamente, definidas no plano mundial.

Um exemplo claro e evidente dessa determinação macrosocial sobre a vida das pessoas é a acentuada diferença entre as possibilidades de desenvolvimento e realização pessoal para as populações dos diversos países. Para comprovar isso, basta você considerar, por um instante, o nível de proteção social que se tem nos países nórdicos como um extremo e na África subsaariana, como outro. É razoável supor que os níveis de saúde e de violência social geral, nessas diferentes sociedades, sejam determinados por aquela diferença no nível de proteção social.

É possível que algumas pessoas não se deem por satisfeitas com esse exemplo. Algumas podem atribuir essa diversidade nas condutas a diferenças naturais dos indivíduos que compõem as diferentes populações. A história tem comprovado o contrário. Como exemplo, podemos citar o fato de que as populações migrantes, com o tempo, adquirem características comportamentais próximas da cultura para onde migraram e isso é tão mais intenso quanto maior for a interação que estabelecem com essa nova cultura. No entanto, muitos podem ser reconfortados com a justificativa naturalista, porque ela nos desvia da crítica social.

Porém, o próximo exemplo é ainda mais marcante e nele a determinação social surge mais diretamente evidente. Esse exemplo está nas crises econômicas que, aqui e ali, acometem um ou vários países.

Na grande crise mundial que, em 1997/98, atingiu em cheio países do Sudeste asiático, a Rússia e o Brasil, a Indonésia viu a renda de mais de 30 milhões de pessoas caírem abaixo da linha da

pobreza e mais de 14 milhões de pessoas serem lançadas no desemprego em poucos meses. Não é difícil conceber o quanto isso representou em aumento de desespero, de violência em todos os níveis, de sofrimento e morte para essa população.

O preço em qualidade de vida cobrado pela crise financeira na Indonésia não foi plenamente computado nem divulgado e acredita-se que tenha sido parcialmente mitigado por pacotes de ajuda internacional, no bojo de importantes mudanças políticas, com a deposição do presidente do país. Para mais informações, ver:

- <http://www.unctad.org/en/docs/poedmm135.en.pdf>
- <http://www.medact.org/content/health/documents/poverty/Simms%20and%20Rowson%20-%20Reassessment%20of%20health%20effects%20Indonesia.pdf>

De todo modo, é mais que evidente que as grandes crises sociais cobram preço altíssimo em qualidade e duração da vida das pessoas. Esse fato está perfeitamente documentado nas crises que ocorreram nos vários países do Leste europeu com o fim do sistema soviético. A expectativa de vida aos 15 anos caiu na Rússia e na antiga União Soviética lentamente, desde a metade da década de 70, e drasticamente a partir dos anos 90 até o ano 2000. No total foram perdidos, em média, sete anos de vida para os homens e três para as mulheres (MARMOT, 2004).

As possibilidades para o desenvolvimento e a realização de capacidades individuais, as expectativas, os valores e o próprio caráter das pessoas são, de fato, profundamente marcados pela estrutura econômico-social geral que – acentuamos mais uma vez – é progressivamente mundial. Os padrões éticos em geral, o nível de competitividade entre as pessoas, os padrões e perfis mais gerais de consumo, etc. são certamente delineados nesse nível macrossocial.

COMPORTAMENTOS DIVERSOS

Como, então, há tanta diversidade de comportamentos dentro das mesmas condições estruturais da sociedade?

Ocorre, **em primeiro lugar**, que as grandes estruturas econômicas da sociedade podem conviver com uma relativa diversidade e independência de padrões culturais. É possível, por exemplo, como vemos hoje, a estrutura capitalista desenvolver-se em culturas democráticas e com tradição de respeito aos direitos civis, assim como em culturas de padrão autoritário e até mesmo patriarcal.

Em **segundo lugar**, as grandes estruturas econômico-sociais vão se fazer presentes na vida das pessoas, determinando-lhes o modo de ser por uma série de mediações, de dimensões intermediárias, particulares, até a composição das condições de existência cotidiana de cada indivíduo. As condições materiais das diversas famílias e indivíduos numa mesma classe ou grupo social se aproximam bastante, mas alguma diferença está sempre presente, dadas as características próprias de cada família ou indivíduo, como a existência de algum patrimônio deixado por gerações anteriores. Do mesmo modo, as características culturais das pessoas numa classe ou grupo social tendem a certa homogeneidade, distinguindo as de outras classes e

grupos sociais. Os valores éticos, os gostos estéticos, as características das relações interpessoais (as relações amorosas e as relações entre adultos e crianças, por exemplo) têm traços comuns que marcam grupos sociais distintos. Porém, assim como nas condições materiais, as diferenças são também marcantes, dependendo da história particular de cada subgrupo pessoal, de cada família, de cada indivíduo.

Por fim, a última mediação na determinação da vida de cada indivíduo é o próprio indivíduo. Em seu patrimônio material e espiritual e nas condições reais de sua vida, os indivíduos sempre têm a possibilidade de fazer escolhas, que constituem um elemento característico de seu comportamento. Essas escolhas, aliadas ao comprometimento individual e coletivo que daí pode derivar, são momentos críticos para a transformação da própria estrutura social e dos padrões de relações e valores que conformam uma dada sociedade.

Até aqui tratamos da determinação social dos indivíduos em geral, mas o nosso objeto é a determinação social da saúde. Cabe, portanto, perguntar: a determinação social da saúde tem mecanismos próprios, peculiares ou pode ser entendida como a determinação geral dos indivíduos? Os mecanismos da determinação social da saúde são os mesmos da determinação social dos gostos estéticos ou dos valores éticos, por exemplo, ou são diversos destes?

Ao tratarmos da determinação social da saúde, torna-se obrigatória uma clara definição do que entendemos por saúde, sob pena de não se saber do que se está falando. Esse entendimento é importante para o esclarecimento dos mecanismos pelos quais essa determinação se dá e, portanto, também como ela pode ser modificada, transformada.

4.2 Os determinantes sociais da saúde

Examinando-se a determinação social dos indivíduos e especificando-se o que é a saúde, não é preciso muito esforço para compreender a determinação social da saúde.

No curso de nossa vida nos desenvolvemos – recebemos, reproduzimos e criamos meios de realização – e nos realizamos, de uma maneira ou de outra. O indivíduo, de acordo com sua posição no ordenamento social, tem acesso aos meios produzidos e disponibilizados pela humanidade, realizando suas potências naturais dentro das condições e possibilidades do meio social em que vive, assim como também realiza potências que são de origem essencialmente social. A realização de cada um constitui, por sua vez, momento ativo do desenvolvimento humano genérico. No seu desenvolvimento, os indivíduos organizam e transformam grupos humanos nos mais diversos níveis e, também, a própria humanidade. Então, por fim, para os próprios indivíduos, que são concentrações vivas e pontos de interação da rede social, a transformação da sociedade resulta em novas condições de ser, novas condições de sua existência, inclusive psicofisiológica.

As condições sociais são, efetivamente, base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é uma base da própria saúde. Isso se comprova pelo fato de que, ao retrocedermos nas séries causais dos principais grupos patológicos, daqueles

que têm mais magnitude e transcendência nas diversas sociedades, encontramos, entre os determinantes finais, com muito peso, as condições sociais de vida.

As condições de habitação e as condições ambientais do peridomicílio, a existência de restrições no acesso à alimentação e a outros bens fundamentais para a reprodução da vida, as características físicas das atividades realizadas no trabalho, assim como as condições do ambiente em que se realiza o trabalho podem implicar uma série de riscos à saúde que, em geral, estão além da possibilidade de controle por parte dos indivíduos. Essas condições são essencialmente determinadas pela posição dos indivíduos na hierarquia social e na divisão social do trabalho e da renda.

Localiza-se aí um campo da determinação social da saúde que podemos chamar, genericamente, de físico ou ambiental. É mais do que evidente o grande diferencial de risco ambiental ou físico a que estão submetidos os indivíduos conforme a sua posição social. Esse gradiente social se manifesta na comparação entre países e, no interior dos países, na comparação entre os diversos estratos sociais. A exposição a agentes biológicos, químicos ou físicos danosos, a deficiência nutricional, o desgaste físico generalizado ou o esforço repetitivo no trabalho são características das condições sociais de pobreza ou miséria que ainda acometem a maior parte da população mundial. Além da maior exposição a riscos, a vulnerabilidade das populações carentes é ampliada pela deficiência no acesso à educação e aos serviços de saúde, o que reduz a sua capacidade de lidar com esses riscos.

Mas a determinação social da saúde não está circunscrita aos males provenientes da exposição aos riscos de dano fisiológico que caracterizam a pobreza ou à proteção contra esses riscos que caracterizam os estratos sociais medianos e de elevada renda. Não, há um campo de determinantes sociais sobre a saúde mais sutil, porém igualmente intenso. Trata-se do campo comumente chamado de determinantes psicossociais.

O grau de reconhecimento, o nível de autonomia e de segurança, assim como o balanço entre esforço e recompensa e entre expectativas, realizações e frustrações que os indivíduos obtêm no curso de suas vidas são igualmente determinantes de suas condições de saúde. De fato, esse campo da determinação social da saúde é cada vez mais relevante, estando na base da série causal dos principais problemas de saúde da atualidade, no mundo em geral e mesmo nos países de renda média e baixa, em particular.

Em relatório de 2005, a OMS postula que, no mundo em geral e nos países de média e baixa renda em particular, ao se considerar o impacto na mortalidade, os três principais problemas de saúde são, em ordem decrescente: doenças cardiovasculares, câncer e traumas; já ao se considerar o impacto sobre a perda de anos de vida saudáveis, os três principais problemas de saúde, também em ordem decrescente, são: doença mental, trauma e doença cardiovascular (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005). É sabido que fatores psicossociais têm muito peso nas cadeias causais de todos esses problemas.

4.3 Evidências da determinação social da saúde

Afirmamos anteriormente que há um consenso quanto à determinação social dos indivíduos no campo da teoria social. Esse consenso é, no entanto, quebrado por uma linha de pensamento que tem muita penetração no pensamento social e também na cultura médica. Trata-se da concepção liberal da economia e da sociedade, que pretende que as atitudes e os comportamentos individuais sejam fundamentalmente frutos da escolha individual e que, em última instância, as bases da personalidade e do comportamento dos indivíduos sejam determinadas pela natureza.

No campo da saúde, essa visão naturalista e individualista da vida e dos comportamentos individuais encontra grande sintonia com a abordagem exclusivamente biológica dos problemas de saúde. Por um lado, esses problemas são reduzidos a fenômenos de base puramente natural, doenças cuja explicação só pode ser encontrada na determinação genética e em sua expressão fenotípica, condicionada pelo ambiente físico e pelos comportamentos individuais. Por outro lado, esses comportamentos são tratados como objeto de uma escolha individual que se pretende ser essencialmente livre, independentemente de determinantes sociais.

A doutrina da medicina baseada em evidências, capturada por esse foco exclusivo, não é capaz de reconhecer os determinantes sociais subjacentes aos principais problemas de saúde mundiais. As pesquisas para a determinação dos fatores de risco para problemas, como as neoplasias e as doenças cardiovasculares, quase sempre tratam esses determinantes sociais apenas como fatores de confusão (confounders).

Pearce (1996), um pesquisador neozelandês, mostra que significativo número de estudos sobre fatores de risco para diversos cânceres identifica a pobreza ou classe social baixa como fator de risco para a neoplasia, mas esses estudos tratam esse fator como mero confounder.

No entanto, a determinação social da saúde encontra as mais amplas evidências, seja na análise histórica, seja nos próprios padrões da pesquisa epidemiológica contemporânea. Obviamente, em qualquer caso, não se trata de negar a determinação genética das condições de saúde, mas de precisar o seu peso em face dos determinantes comportamentais e sociais.

São várias as evidências históricas de graves problemas de saúde que foram controlados ou mesmo desapareceram com a modificação das condições sociais de vida das populações, antes ou independentemente do acesso dessas populações a recursos médicos terapêuticos ou preventivos contra o problema. Caso bem estudado e documentado é o da tuberculose que, nos países desenvolvidos, teve a sua incidência drasticamente reduzida muito antes da descoberta e do início do uso dos primeiros tuberculostáticos, devido às melhorias das condições de habitação, nutrição e trabalho das massas que ocorreram nesses países a partir da segunda metade do século XIX -- ver, por exemplo, Mckeown (1976).

Esse exemplo, no entanto, refere-se àquele conjunto de determinantes sociais da saúde que denominamos físicos ou ambientais e que estão, de modo geral, vinculados às condições de pobreza e miséria. A alteração das condições da saúde em razão da alteração dessas condições ambientais, embora seja devida à mudança das relações sociais, ainda pode ser analisada no marco exclusivamente biológico e naturalista, que compreende o indivíduo isolado em sua relação com o meio.

A questão é muito diferente quando se trata das doenças e agravos não transmissíveis, que são os principais problemas de saúde no mundo contemporâneo. Nesse caso, as evidências são de que as condições sociais atuam preponderantemente por mediação psíquica, isto é, por seu efeito sobre as emoções pessoais no curso da vida; e a qualidade e o caráter das interações sociais estão diretamente implicados nessa determinação.

O conjunto mais rico de evidências nesse sentido tem sido trazido por longos e amplos estudos de coorte sobre os funcionários públicos do Reino Unido, conhecidos como estudos Whitehall I e II.

O achado mais importante e consistente desses estudos é a existência de um gradiente no nível de saúde, medido pela expectativa de vida e pela incidência de doenças e eventos cardiovasculares, acompanhando rigorosamente o gradiente social. A expectativa de vida cresce e a incidência dos eventos cardiovasculares cai à medida que se eleva o nível hierárquico das categorias profissionais. A incidência de depressão também acompanha o mesmo gradiente social e é um forte preditor para suicídio, assim como para doença cardíaca. Esses resultados são corroborados por estudos realizados nos Estados Unidos e em outros países.

A correlação entre nível de saúde e condições sociais se manifesta também quando se considera não a posição dos indivíduos na hierarquia social, mas o seu nível educacional ou o nível social de seus pais.

Por outro lado, a correlação também se apresenta quando se consideram marcadores bioquímicos de risco cardiovascular, como o nível sérico de colesterol, triglicérides, glicose ou de fibrinogênio.

Do mesmo modo, os fatores de risco tradicionais, relacionados às doenças cardiovasculares, como o tabagismo, a obesidade central (medida pela relação cintura/quadril), o sedentarismo, a limitação nas relações pessoais, atribuídos ao comportamento de livre escolha individual, também acompanham o mesmo gradiente. Contudo, os estudos Whitehall mostram que esses fatores de risco respondem por apenas 30% do gradiente social em mortalidade.

Ora, se não são os chamados comportamentos de risco que podem explicar o gradiente social da mortalidade e do risco cardiovascular, o que poderia, então? Alguns dados ajudam a encontrar a pista para obtermos a resposta.

Os mesmos gradientes de mortalidade e de aterosclerose acompanham a hierarquia social também em primatas. Estudos em babuínos revelam também que os marcadores bioquímicos de estresse acompanham o mesmo gradiente de hierarquia social, sendo piores nos níveis mais baixos e melhorando progressivamente até o mais alto nível hierárquico. Essa correlação entre indicadores de estresse e nível hierárquico também é encontrada em crianças de 10 anos de idade, considerando-se o nível social de seus pais.

Além disso, tanto os estudos Whitehall como um conjunto de outros estudos de coorte enfatizam correlação negativa entre o nível de controle sobre as condições de trabalho e a doença coronariana ou a doença cardíaca em geral ou, ainda, com as desordens psiquiátricas menores e sintomas depressivos. À medida que cresce o nível de controle no trabalho, a incidência desses problemas se reduz.

Esse conjunto de dados, proveniente dos estudos Whitehall e outros, está consolidado nas obras de Michael Marmot e sintetizado em Wilkinson e Marmot (2003).

Concluindo a Unidade 4

Parece razoável concluir, portanto, que fatores psicossociais como o nível de reconhecimento, autonomia e segurança, o balanço entre esforço e recompensa, entre demandas e controle, entre expectativas, realizações e frustrações que os indivíduos conseguem ter forte impacto sobre o seu nível de saúde. Assim como a rede social que eles constroem durante a sua vida. Dessa forma, pode-se concluir que a qualidade e o padrão das relações sociais constituem um elemento com ampla e inquestionável determinação sobre a saúde. Essa determinação realiza-se predominantemente pela mediação psíquica, sendo a via do estresse crônico o mecanismo de ação mais conhecido para essa determinação.

VEJA O VÍDEO

Reaprendendo a olhar (REAPRENDENDO, 2011).

São apresentadas as diferentes formas de pensar saúde, como promover a saúde, o modelo biomédico e a determinação social da doença. Seus objetivos, neste estudo, são os de refletir sobre a influência das relações sociais na constituição dos modelos de saúde e sobre as diferentes formas de pensar o processo saúde-doença (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2011).

Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=qnugCPV6m2o>

LEITURAS COMPLEMENTARES

O conceito de condições de saúde.

Este texto construído com base no agrupamento de partes literalmente extraídas do livro: MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012 (MENDES, 2002).

Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3936.pdf>

Cartas de promoção da saúde

Reúne os documentos de referência resultantes do processo de discussão e construção coletiva sobre os conceitos fundamentais abordados no contexto da Promoção da Saúde, realizado em várias partes do mundo. A Carta de Ottawa e a Declaração do México estão sendo publicadas na íntegra. Os demais documentos (Declaração de Alma-Ata, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundswall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses) foram compilados.

Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf

Unidade 5

Coordenação do cuidado
em saúde

Unidade 5

Coordenação do cuidado em saúde

Apresentação

A complexidade dos problemas de saúde, sejam eles individuais ou coletivos, exige, para o seu enfrentamento o aporte de diferentes competências, estruturas e tecnologias que, geralmente, se encontram distribuídas em diferentes pontos de uma rede de atenção organizada em diferentes arranjos e possibilidades. A organização dessa rede depende de múltiplos fatores, entre os quais o modelo de atenção, o papel e o escopo de ação relacionado a cada ponto da rede, a forma como se dá o financiamento das ações de saúde, a disponibilidade de recursos etc. A complexidade do enfrentamento dos problemas determina, também, uma divisão técnica do trabalho e por consequência a necessidade de uma competente coordenação dos trabalhos parciais.

Nessa unidade propomos uma discussão sobre coordenação do cuidado, trabalho em equipe, rede de atenção e trabalho intersetorial.

Seção 1

Coordenação do cuidado

Coordenação, continuidade e integração do cuidado são termos que se referem à ideia de articulação da atenção que recebe uma pessoa/comunidade a partir de diferentes pontos da rede de atenção com o propósito de solucionar problemas de uma forma eficiente e eficaz.

Segundo Almeida (2010, p. 5)

[...] a coordenação dos cuidados pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum.

Ainda segundo a autora

[...] a busca de melhor coordenação dos cuidados vem recebendo ampla atenção nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) e países da União Europeia (UE). Entre as razões estão o reconhecimento da fragmentação na oferta dos serviços de saúde em parte causada pela especialização da prática médica, que contribui para que o paciente transite por diferentes prestadores ao longo de um mesmo episódio de doença, e o crescimento da prevalência de doenças crônicas, que exigem maior contato com os serviços de saúde e outros equipamentos da rede de apoio social em um contexto de pressão por otimização das relações custo--efetividade (ALMEIDA, 2010, p. 4).

Hoje, o desafio de prover o cuidado de forma coordenada está colocado para todos os sistemas de saúde e constitui uma prioridade para os gestores e profissionais de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde espanhol na publicação “Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España”:

Los sistemas occidentales de salud y sociales se enfrentan a una serie de desafíos como resultado principalmente de los retos demográficos y los nuevos patrones epidemiológicos (envejecimiento de población y aumento de enfermedades crónicas) que requieren un nuevo modus operandi , apuntándose la necesidad de trabajo en equipo multidisciplinar (ESPAÑA, 2011, p. 27).

O livro, considerando o postulado da Comissão Europeia-2008 destaca:

La coordinación en los cuidados como elemento esencial para asegurar un continuo asistencial y proporcionar, por tanto, un mayor nivel de calidad y eficiencia en el uso de los recursos (ESPAÑA, 2011, p. 31).

A publicação aponta a situação em alguns países europeus em relação à questão da coordenação do cuidado:

- Áustria e Suíça: A atenção está orientada para o hospital que resulta em um excesso de serviços hospitalares e falta de serviços comunitários e cuidados de longo prazo apesar de esta ser uma necessidade da população;
- Reino Unido: Algumas iniciativas de coordenação do cuidado estão voltadas para o estabelecimento de serviços de cuidados intermediários, a criação de associações de cuidados, o desenvolvimento de procedimentos únicos de avaliação e estímulos financeiros que incentivam a colaboração interdisciplinar;
- Reino Unido, Países Baixos e Países Nórdicos: criação do gestor de casos que se responsabiliza pela coordenação do cuidado de forma geral. Na Alemanha, França, Itália e Áustria também existe o gestor de casos para situações específicas;
- As experiências de coordenação do cuidado levantadas reforçam a importância do cuidado centrado na pessoa em que o paciente é o centro das ações conjuntas e coordenadas dos serviços de saúde;
- A maior parte dos países europeus introduziram equipes multidisciplinares de avaliação e organismos responsáveis por guiar os pacientes pelos diferentes serviços;
- Nos Países Baixos equipes multidisciplinares de avaliação regional decidem o tipo de atenção e apoio que o paciente necessita e que tem direito;
- No Reino Unido, equipes de avaliação e reabilitação comunitárias (Community Assessment and Rehabilitation Teams - CART) e, na França, os Centros locais de informação e de coordenação – (Centres Locaux d’Information et de Coordination - CLIC) realizam funções similares.

Seção 2

Aspectos importantes a serem considerados na coordenação do cuidado

Para uma adequada coordenação do cuidado algumas questões devem ser consideradas no sentido de adequar o cuidado às necessidades do paciente e articular o trabalho de profissionais de diferentes pontos de atenção da rede. Segundo o Libro Blanco (ESPAÑA, 2011) podemos listar:

2.1 Enfoque com base no paciente

A coordenação adequada do cuidado depende de um bom conhecimento do paciente e de suas necessidades para que possamos adequar o cuidado a essas necessidades.

LEITURA OBRIGATÓRIA

Leia o texto “Atenção centrada na pessoa” (SANTOS; OLIVEIRA, 2003).

Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4094.pdf>

2.2 Estruturas de coordenação do cuidado

A coordenação dos cuidados é facilitada quando existem estruturas responsáveis por promover a coordenação. A criação da figura do gestor de casos facilita a relação do paciente com o sistema de saúde. O êxito destas estruturas depende da participação ativa de todos os profissionais envolvidos no cuidado.

2.3 Sistemas de informação

O apoio de sistemas de informação tem possibilitado o acesso e a gestão de dados e o seguimento dos casos. O uso de tecnologias de informação e comunicação (TIC) tem constituído em uma importante ferramenta na medida em que facilita a comunicação e relação entre o paciente/profissional, profissional/profissional e paciente/paciente. Para o êxito dessas tecnologias é importante definir objetivos e critérios para sua utilização.

2.4 Existência de equipes multiprofissionais

A abordagem das necessidades de cada indivíduo requer o aporte de várias competências e do trabalho em equipe para dar uma resposta efetiva ao paciente. Neste sentido é fundamental que os papéis e responsabilidades de cada membro da equipe estejam claramente definidos para garantir a continuidade do cuidado. A avaliação multidimensional faz parte do processo de modernização dos sistemas de saúde em vários países, como, por exemplo, na Alemanha, Itália, França, Países Baixos, Reino Unido e Dinamarca. Ela tem sido incorporada na prática sem muitas dificuldades, contam com boa aceitação e ajudam a envolver diferentes profissionais e melhorar a comunicação entre eles.

2.5 Gestão do desempenho

A avaliação da prestação do cuidado é fundamental no processo de melhoria da qualidade dos serviços de saúde. É importante se definir e utilizar indicadores que monitorem e avaliem a prestação do cuidado e o alcance dos resultados.

2.6 Modelo de atenção

Uma dificuldade importante em relação à coordenação do cuidado é que de uma maneira geral tentamos responder aos problemas crônicos, cada vez mais prevalentes, da mesma forma que respondemos aos problemas agudos. A superação passa por novos desenhos organizativos do sistema de saúde com a valorização do cuidado centrado no paciente e do papel da atenção primária como regulador do cuidado.

Sem a coordenação do cuidado é difícil alcançar objetivos

Para melhoria e continuidade do cuidado, equidade, eficácia e eficiência é importante pensarmos, de forma articulada, a coordenação horizontal – entre profissionais e prestadores de um mesmo nível assistencial, e a coordenação vertical – entre diferentes níveis assistenciais e entre setores distintos – saúde, educação, saneamento, ambiente, redes sociais etc.

2.7 Tipos de coordenação

Segundo Reid, Haggerty e Mckendry (2002), podemos identificar três possibilidades de coordenação:

- 1. Continuidade da informação:** disponibilidade, utilização e interpretação dos eventos relacionados ao problema necessários para a atenção apropriada em um determinado momento.
- 2. Coordenação da gestão:** provisão da atenção adequada, no tempo e local, na busca da eficiência e eficácia do cuidado.
- 3. Continuidade de relação ou longitudinalidade:** interação do paciente com o provedor do cuidado ao longo do tempo.

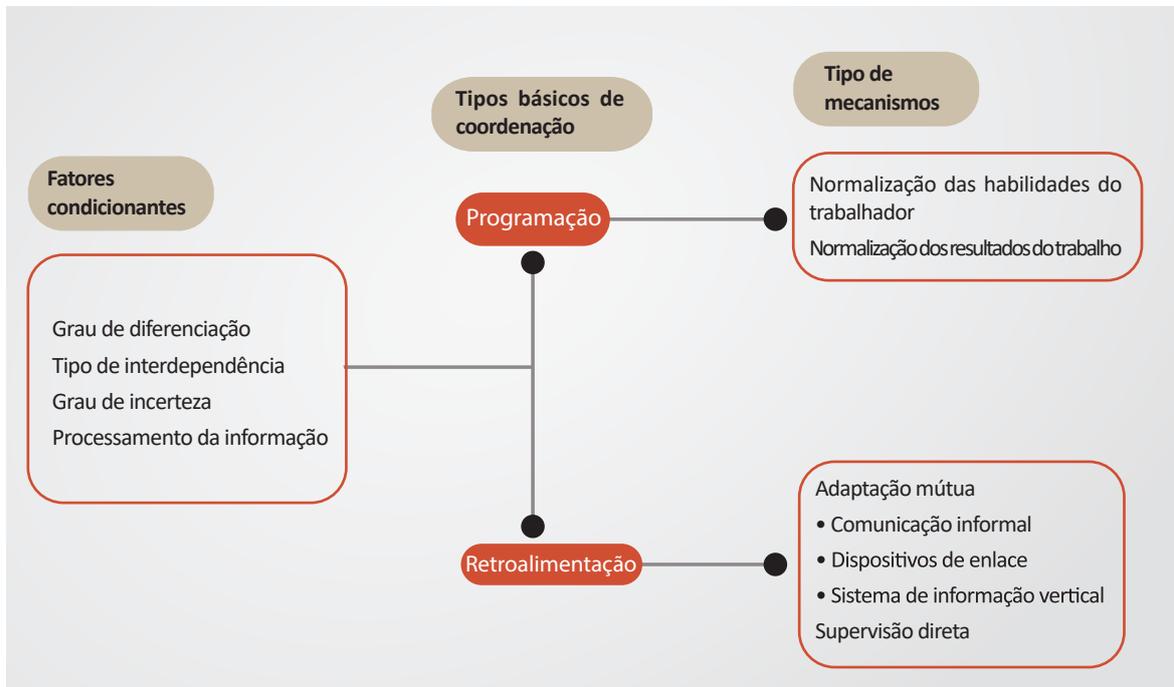
A busca por formas mais adequadas da coordenação do cuidado constitui um desafio permanente para a gestão da saúde em particular e da própria teoria organizacional. No caso da saúde podemos identificar uma interdependência dos serviços e dos profissionais no desenvolvimento das atividades em diferentes espaços. Reid; Haggerty e Mckendry (2002) identificam três tipos de interdependência:

1. **Compartida:** os serviços contribuem em separado para o resultado final mantendo sua identidade. Neste tipo de interdependência os profissionais de diferentes serviços intervêm de maneira paralela com papéis definidos.
2. **Sequencial:** a realização de uma tarefa depende de outra tarefa que deve ser realizada anteriormente. É o caso em que o paciente é transferido de um serviço para outro.
3. **Recíproca:** aportes simultâneos de vários “serviços”. É o caso onde existe a participação de uma equipe multiprofissional.

2.8 Mecanismos de coordenação do cuidado

Nuñez; Lorenzo e Navarrete (2006, p. 487) apresentam o seguinte esquema teórico para classificação dos mecanismos de coordenação para atividades interdependentes.

Figura 3 – Marco teórico para a classificação dos mecanismos de coordenação



Fonte: Mintzberg *et al.* (1990); Nuñez; Lorenzo e Navarrete (2006, p. 487), adaptado pelos autores

Nuñez; Lorenzo e Navarrete (2006) apresentam dois tipos básicos de coordenação: a programação e a retroalimentação. A utilização de um ou outro tipo de coordenação depende de alguns fatores condicionantes:

- Grau de diferenciação da tarefa
- Tipo de interdependência
- Processamento da informação

Grau de incerteza

Os autores definem “incerteza” como a diferença entre a quantidade de informação necessária para desenvolver adequadamente uma tarefa e a informação disponível. Quanto maior o grau de diferenciação da tarefa e o grau de interdependência, maior a necessidade de processar informações. A incerteza diminui a capacidade de planejar e tomar decisões.

Programação

Mecanismo mais indicado quando a interdependência é sequencial e com baixa incerteza. Nessa situação se parametriza e define trabalho, estabelecendo previamente responsabilidades, competências e estruturas necessárias ao desenvolvimento da tarefa além dos resultados do trabalho. Mintzberg *et al.* (1990) citam como mecanismos associados à coordenação por programação a normatização dos processos de trabalho, das competências requeridas e dos resultados do trabalho.

Retroalimentação

Segundo Mintzberg *et al.* (1990), quando a incerteza é maior devido a grande diferenciação/especialização das atividades ou quando se tem que processar um grande número de informações tornando difícil a programação, a coordenação é realizada pela troca de informações.

A partir do esquema proposto pelo autor é possível pontuar alguns aspectos e condições necessárias à coordenação do cuidado:

- Papel estratégico da informação como um fator importante para diminuir a incerteza.
- Importância da informatização de processos e de acessibilidade à informação como, por exemplo, os prontuários eletrônicos em rede.
- Importância de guias e protocolos para estabelecer parâmetros e responsabilidades dos diferentes pontos de atenção da rede e dos profissionais que trabalham em cada ponto da rede.
- Alguns aspectos relacionados aos mecanismos de coordenação podem ser utilizados para definir alguns pontos no processo de contratualização dos profissionais de saúde.

Seção 3

Trabalho em equipe: a coordenação do cuidado e a Equipe de Saúde da Família

A coordenação adequada do cuidado é uma condição fundamental para a qualificação do cuidado prestado à população da área de abrangência da equipe de saúde da família. Embora esta tarefa não seja exclusiva da equipe é inegável que ela tem uma parcela importante de responsabilidade. Neste sentido é fundamental que algumas questões sejam tratadas adequadamente. Entre elas podemos citar:

3.1 Comunicação interna da equipe

Qualquer informação importante sobre a condição do paciente pode definir, em alguma medida, o sucesso ou fracasso do cuidado prestado pela equipe. Por isso, as comunicações entre os membros da equipe, orais ou escritas, devem ser claras e oportunas e é função de todos os membros da equipe.

O que a sua equipe tem feito para melhorar a comunicação interna?

3.2 Comunicação entre a equipe e o paciente

Como vimos, o paciente não é apenas o objeto do trabalho da equipe de saúde, ele também é sujeito do processo do cuidado, sendo capaz de modificar o desenvolvimento de uma dada situação. Neste sentido a equipe deve estabelecer um diálogo horizontal com o paciente onde ele não apenas ouve recomendações e conselhos, mas também expressa opiniões, escolhas, temores e dúvidas que devem ser considerados pela equipe.

3.3 Comunicação externa da equipe

Aqui talvez resida a maior dificuldade da coordenação do cuidado, pois envolve a comunicação entre equipes diferentes, que normalmente trabalham em espaços diferentes e com culturas diferentes, e porque não, com protocolos diferentes e com um nível de comunicação que deixa muito a desejar. Assim a definição de um caminho consensuado para a solução do problema do paciente nem sempre é fácil. Às vezes o que se vê em relação a essa questão é que cada equipe/profissional cuida do “seu pedaço” e não tenta estabelecer uma comunicação com outras equipes/profissionais para saber como anda os “outros pedaços”.

No dia a dia das equipes de saúde da família, é muito comum uma queixa sobre a falta de contrarreferência por parte da atenção especializada e também o reconhecimento do efeito

negativo desse fato sobre a continuidade do cuidado e, por consequência, sobre a própria qualidade do cuidado. Podemos também constatar uma insatisfação com essa situação e, em muitos casos, certa inércia em relação a ela. Trata-se de uma insatisfação que não se transforma em uma ação. Um desafio para sair dessa “inércia” é construir uma agenda de discussão dessa questão que envolva profissionais de diferentes pontos da rede e a gestão, construindo espaços de discussão com o objetivo de “afinar” os objetivos do trabalho e obter uma melhor coordenação do cuidado. Estamos atrasados em relação a esse tema.

Seção 4

Trabalho em equipe

O trabalho da equipe de Saúde da Família deve tomar como referência a concepção de equipe que os profissionais têm e sua forma de funcionamento.

O TRABALHO EM EQUIPE

Os conceitos a seguir expostos têm como referência o capítulo “O trabalho em equipe” (PIANCASTELLI; FARIA; SILVEIRA, 2008), da publicação “Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2008).

4.1 A concepção de equipe e o processo de trabalho

A coordenação do cuidado, necessária para aumentar a possibilidade de sucesso do nosso trabalho, passa por uma reflexão sobre como atuamos enquanto equipe de saúde, como funcionamos como uma rede de atenção e como nos relacionamos com outros “nós” da rede, e como nos relacionamos com outras instancias externas ao Sistema de Saúde e com a própria comunidade objeto de nosso trabalho para solucionarmos os problemas de saúde – individuais e coletivos. Como referido no texto anterior existe uma interdependência das diferentes ações executadas por diferentes profissionais no interior de uma equipe ou entre os nós de uma rede de atenção. Para iniciar nossa discussão sobre os temas referidos anteriormente começaremos pela discussão sobre o trabalho em equipe.

A concepção de equipe está vinculada à de processo de trabalho e se sujeita às transformações pelas quais este vem passando ao longo do tempo. Neste sentido, sem quisermos apontar todos os motivos que justificam a existência desta forma de exercer o trabalho, diríamos que a ideia de equipe advém:

- Da necessidade histórica do homem de somar esforços para alcançar objetivos que, isoladamente não seriam alcançados ou os seriam de forma mais trabalhosa ou inadequada; e
- Da imposição que o desenvolvimento e a complexidade do mundo moderno têm imposto ao processo de produção, gerando relações de dependência e/ou complementaridade de conhecimentos e habilidades para o alcance dos objetivos.

Hoje, mais do que nunca, o trabalho em equipe tem sido incentivado em praticamente todas as áreas da atividade humana. Vários autores destacam as vantagens do trabalho em equipe sobre o trabalho individual. Apesar deste reconhecimento, constatamos, na prática, muitas dificuldades

em realizar o trabalho em equipe. Em parte, isto se deve às diferentes percepções do que seja uma equipe de trabalho. Vejamos algumas definições de equipe:

“Conjunto ou grupo de pessoas que se aplicam a uma tarefa ou trabalho”. De acordo com este conceito, para ser uma equipe basta que as pessoas trabalhem numa mesma tarefa. Não importa, neste caso, o significado/objetivo que o trabalho tem para cada um, nem como as pessoas se relacionam neste trabalho.

“Conjunto ou grupo de pessoas que partilham de um mesmo objetivo”. Neste conceito o fundamental é que as pessoas tenham o mesmo objetivo, não importando como cada um pretende alcançá-lo. É como uma equipe de futebol amador em que os jogadores têm o mesmo objetivo (ganhar o jogo), mas que não têm um “esquema tático” para vencê-lo.

“Conjunto ou grupo de pessoas que ao desenvolver uma tarefa ou trabalho, almejam um objetivo único, obtido através do consenso/ negociação”. Esse conceito amplia o anterior na medida em que o objetivo do trabalho não é definido externamente ao grupo ou por parte dos seus componentes. O objetivo é resultante da discussão/negociação entre todos os membros da equipe e não de uma imposição externa ou de apenas de um dos membros da equipe.

“Conjunto ou grupo de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras por meio de uma missão, de objetivos comuns – obtidos pela negociação entre os membros da equipe – e de um plano de trabalho e mecanismos de coordenação bem definidos”. Neste conceito se reconhece a diversidade de conhecimentos e habilidades entre os membros da equipe, que se complementam e enriquecem o trabalho como um todo, contribuindo desta maneira para que a equipe tenha mais chances de atingir seu objetivo. E mais, o grupo tem um projeto de como alcançá-lo.

E, atualmente, tem-se agregado, ainda, a ideia de que no desenvolvimento do processo de trabalho e na busca para alcançar seus objetivos, os componentes da equipe deverão criar as condições necessárias ao crescimento individual e do grupo.

4.2 O funcionamento da equipe

Quando nos referimos a um determinado tipo de trabalho como sendo o de equipe, é necessário que tenhamos claro que não há como conceber equipe como algo que se passa à margem do processo de trabalho.

O funcionamento das equipes pode apresentar diferenças significativas em função do tipo de trabalho que está sendo executado. Este, por sua vez, determina os conhecimentos e habilidades necessários para o seu desenvolvimento, e a necessidade de uma coordenação e de um plano de trabalho ora mais, ora menos flexíveis. Tomemos, a título de exemplo, dois tipos de equipe: o time de futebol e uma orquestra sinfônica.

O time de futebol

Os componentes desta equipe têm objetivos comuns - marcar gols, vencer jogos e ganhar campeonatos -, habilidades diferentes (o goleiro, o beque, o atacante), têm uma coordenação (o técnico) e um plano de trabalho (o esquema tático). Quando observamos atentamente o seu funcionamento, percebemos alguns detalhes que a fazem um tipo de equipe bastante singular, senão vejamos:

- Embora as habilidades e até as características físicas de um beque sejam diferentes, se comparadas às de um atacante, nada impede, no entanto, que o beque marque gols e vice-versa, nem que o atacante ajude no trabalho da defesa e até substitua o goleiro. Sob este aspecto podemos dizer que existe certa inespecificidade no trabalho dos jogadores.
- Trabalho do técnico (coordenação) no momento de uma partida pode ser prescindido, sem que isto signifique necessariamente o fracasso da equipe. Temos vários exemplos onde o técnico não estava presente (tinha sido expulso) e o time ganhou a partida. Observamos ainda que, no decorrer de uma partida de futebol, alguns jogadores podem assumir a coordenação da equipe na execução de uma tarefa específica, como por exemplo: organizar a defesa quando o time está sendo atacado, comandar o ataque, preparar uma jogada, etc..
- Plano de trabalho é bastante flexível e pode mudar de acordo com as circunstâncias, sem que isto implique na derrota da equipe. Aliás, é justamente esta flexibilidade que permite ao time adaptar-se a uma nova realidade, no transcorrer de uma partida, como por exemplo, quando da expulsão de um dos seus jogadores ou quando se faz necessário assegurar um resultado que seja considerado satisfatório.

A orquestra sinfônica

Os componentes desta equipe têm um objetivo comum - executar uma sinfonia -, têm conhecimentos e habilidades diferentes (o pianista, o violinista, o clarinetista), têm uma coordenação (o maestro) e um plano de trabalho (as partituras). Características dessa equipe:

- Diferentemente do time de futebol, na execução de uma sinfonia o pianista jamais fará o trabalho do violinista ou vice-versa. Podemos dizer que existe uma alta especificidade no trabalho dos músicos, ou seja, o pianista tocará piano e o violinista tocará violino.
- O trabalho do maestro é fundamental. Por mais competentes que sejam os músicos, individualmente, sem a coordenação do maestro a equipe não conseguirá alcançar o seu objetivo de executar uma sinfonia.
- O plano de trabalho é rígido. Um músico jamais poderá substituir sua partitura durante a execução de uma sinfonia.

Estes quatro elementos – (a) objetivos, (b) conhecimentos e (c) habilidades dos membros da equipe, (d) coordenação do trabalho e plano de trabalho – sempre estarão presentes e determinando o funcionamento dos diferentes tipos de equipes.

Como um grupo se torna uma equipe?

No mundo de hoje podemos identificar vários tipos de grupos trabalhando nas mais diferentes situações. Alguns conseguem se tornar equipes e outros permanecem apenas como grupos. Uma questão surge desta constatação: quais são os elementos fundamentais que marcam esta diferença e o que devemos considerar para construirmos uma equipe de trabalho? Podemos identificar alguns elementos para a transformação de um grupo de trabalhadores em uma equipe:

- O grupo conseguir vislumbrar vantagens do trabalho em equipe - complementaridade, interdependência e sinergismo das ações - em relação ao trabalho isolado, individual.
- A disposição de compartilhar objetivos, decisões, responsabilidades e também resultados.
- A necessidade de se definir com clareza dos objetivos e resultados - individuais e do grupo - a serem alcançados.
- A importância de se construir, em conjunto, um plano de trabalho e de se definir as responsabilidades de cada membro do grupo, para se alcançar os objetivos.
- A necessidade da avaliação constante dos processos e dos resultados.
- A percepção de que o fracasso de um pode significar o fracasso de todos e que o sucesso de um é fundamental para o sucesso da equipe.
- A importância de se garantir a educação permanente de todos os membros da equipe.
- A necessidade de se aprimorar as relações interpessoais e de se valorizar a comunicação entre os membros da equipe.
- A disposição das pessoas em ouvir e considerar as experiências e saberes de cada membro do grupo. O trabalho em equipe não implica em eliminar as diferenças existentes entre seus membros (sociais, culturais, etc.) e sim trabalhar estas diferenças.

E, finalmente, é fundamental que os objetivos e resultados definidos se constituam em desafios constantes para o grupo, algo que instigue cada integrante. Fazer de um grupo de trabalhadores uma equipe de trabalho é realmente um grande desafio. Esse desafio passa pelo aprendizado coletivo da necessidade de uma comunicação aberta, de uma prática democrática que permita o exercício pleno das capacidades individuais e uma atuação mais criativa e saudável de cada sujeito, evitando, assim, a cristalização de posições, a rotulação e a deterioração das relações interpessoais. Desta forma, o grupo poderá buscar seus objetivos, responsabilizando-se, solidariamente, pelos sucessos e fracassos.

Seção 5

O trabalho em rede

No texto anterior vimos os desafios para o trabalho em equipe. Vimos também, no texto sobre a coordenação do cuidado, a importância da articulação entre diferentes pontos da atenção para proporcionar uma atenção integral e resolutiva. Vamos agora discutir o trabalho numa rede de atenção e do trabalho intersetorial.

5.1 O que é uma rede de Atenção à Saúde?

A palavra rede (do latim *retis*) é bem antiga e vem significando entrelaçamento de fios com aberturas regulares que formam uma espécie de tecido. A partir da noção de entrelaçamento, malha e estrutura reticulada, a palavra rede foi ganhando novos significados ao longo dos tempos, passando a ser empregada em diferentes situações.

Segundo Castells (2000), redes são estruturas abertas capazes de expandir de forma ilimitada, integrando novos nós, desde que consigam comunicar-se dentro da rede. Ou seja, desde que compartilhem os mesmos códigos de comunicação (por exemplo, valores ou objetivos de desempenho). Uma estrutura social com base em redes é um sistema aberto altamente dinâmico suscetível de inovação sem ameaças ao seu equilíbrio.

O autor destaca ainda o caráter democrático das redes e de desconcentração de poder contrapondo aos tipos tradicionais de organizações sociais que, normalmente, tem um organograma verticalizado. Segundo o autor a morfologia da rede é uma fonte de drástica reorganização das relações de poder.

REDE: UM CONJUNTO DE NÓS INTERLIGADOS

Uma maneira mais simplificada e genérica de definir uma rede seria: um conjunto de nós interligados. Bons exemplos de rede são a internet e a rede de pesca. Para que uma rede funcione bem e cumpra seus objetivos é importante que os nós e as ligações sejam fortes. Se isso não acontece a rede perde sua função. Numa rede de pesca em que as ligações entre os nós se rompem cria-se um buraco por onde o peixe escapa. Na word wide web (www), por melhor que sejam os computadores, se não temos um bom provedor com uma velocidade adequada teremos dificuldades para explorar todos os benefícios da rede – (como por exemplo, baixar arquivos, enviar imagens e assistir um vídeo etc.), ou quando o “sinal cai” perdemos o contato com os outros pontos da rede. Por outro lado também não adianta um bom provedor com uma boa velocidade se softwares e hardwares do computador não forem adequados.

“Uma boa rede necessita de nós e ligações fortes”

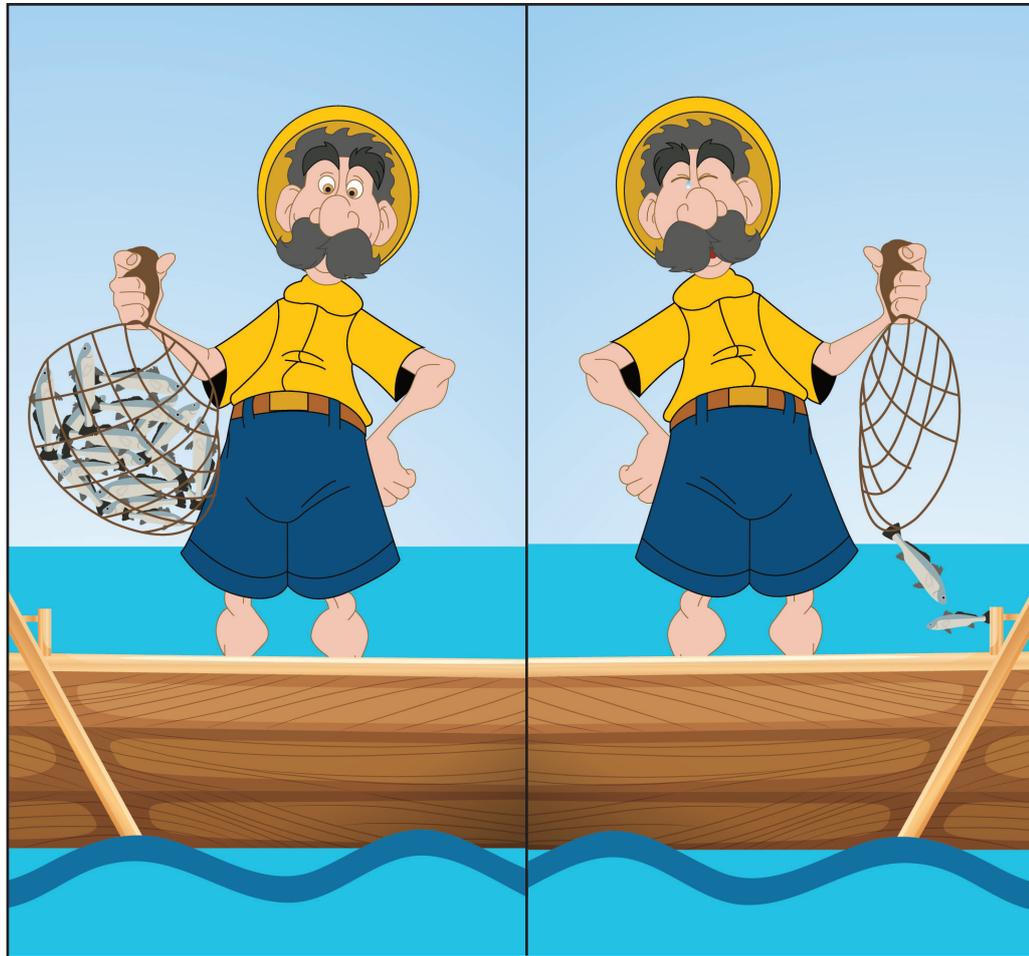


Ilustração: Juliana Guimarães CCS Medicina | UFMG

Segundo a portaria nº 4.279, de 30/12/2010 do Ministério da Saúde do Brasil

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passam pela construção permanente nos territórios, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde. (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010) (BRASIL, 2010).

Nesta definição existe uma ligação clara entre a rede e a integralidade do cuidado, mas poderíamos também associar a ideia de rede com alguns atributos da qualidade do cuidado como a acessibilidade, a oportunidade, a eficácia e a eficiência. Ou seja, uma rede de cuidado que funcione adequadamente não somente garante a integralidade do cuidado, mas a própria qualidade do cuidado.

VEJA O VÍDEO

Integralidade, modelo de atenção e trabalho em saúde.

Produzido pelo Centro Brasileiro de Educação em Saúde CEBES, 2013. Depoimento da professora Ana Maria Costa na reunião de junho de 2013 do Conselho Nacional de Saúde. Vídeo (22min:20s).

Disponível em:

<<https://www.youtube.com/watch?v=t-rRQkZgD8M>>

5.2 Como fortalecer a rede de cuidados?

Fortalecer uma rede significa cuidar e fortalecer os seus nós e suas ligações. Para fortalecer os nós, é importante que as pessoas que trabalham em um nó – por exemplo, na APS – cuidem dele cumprindo o que se espera desse nó com eficiência e eficácia. É fundamental que planejem e programem suas ações, que monitorem o desenvolvimento das ações e avaliem os seus resultados, que cuidem da estrutura desse nó e utilizem os recursos disponíveis de forma apropriada. Para tanto, é fundamental que cada membro da equipe esteja bem preparado – ou que se prepare – para desenvolver as ações necessárias e que tenha os meios para que isso ocorra.

Não adianta somente expandir a atenção primária se também não expandirmos a atenção de média e alta complexidade. Mas também não adianta expandirmos a atenção primária, de média e de alta complexidade se o diálogo entre esses pontos de atenção for ruim. Temos que cuidar dos nós e cuidar igualmente de suas ligações. Na maior parte das redes a ligação entre os seus nós é mediada pelos recursos da comunicação e da informação e, aí, temos que pensar na qualidade dessa comunicação e das informações que transmitimos e recebemos. E temos que cuidar da qualidade da informação interna – entre os profissionais que trabalham no nó, e externa, entre os diferentes nós da rede.

5.3 Como cuidar da comunicação interna?

A comunicação entre os membros de uma equipe de saúde da família, por exemplo, pressupõe a utilização de mecanismos formais e informais de comunicação e de repasse e recuperação de informação, que podem ser:

- Conversa de corredor.
- Mural de notícias.
- Reuniões de equipe para programação e planejamento de ações, discussão de casos etc.
- Atas de reunião de equipe. É fundamental que a equipe registre o que foi discutido, as conclusões da discussão e quando pertinente às responsabilidades de cada membro da equipe em uma ação que ficou definida na reunião.

- Registro de informações em formulários. O registro no prontuário além de registrar dados sobre a situação do paciente é uma memória e uma forma de comunicar a outros profissionais as impressões sobre o paciente a cada momento - além de ser um documento que pode ser utilizado em um processo jurídico. **Uma letra ilegível não registra nem comunica.** Um prontuário em que os aspectos fundamentais para o entendimento da situação do paciente são omitidos não ajuda no seguimento do caso.
- Processos de educação permanente, etc.

5.4 Como cuidar da comunicação externa? Com quem queremos/devemos nos comunicar?

Como referido anteriormente, a complexidade dos problemas de saúde que lidamos exigem, para o seu enfrentamento, o aporte de diferentes estruturas, recursos e competências que se encontram dispersos e que necessitamos acionar com certa frequência para dar uma resposta adequada aos problemas que nos são apresentados. Em várias situações acionamos esses recursos através de mecanismos de comunicação sejam eles, ofícios, relatórios, telefone, e-mails, vídeo conferências ou reuniões presenciais.

De qualquer forma as relações acontecem pela comunicação que deve ser de boa qualidade para termos sucessos em nossos objetivos. Se quisermos melhorar a adesão do paciente às nossas sugestões é fundamental que ele as entenda para fazer a sua escolha de aderir ou não.

Em nosso dia-a-dia podemos comunicar com diferentes atores e instituições como os pacientes, suas famílias, a comunidade do território onde trabalhamos, com outros pontos da rede de atenção à saúde, com outros setores da administração pública, com a rede social etc. Em cada situação temos que nos comunicar tentando fortalecer os elos de uma grande rede, aliás, uma rede de redes.

Em nossa comunicação externa criamos expectativas em relação aos atores com os quais nos relacionamos e, com alguma frequência ficamos frustrados por não termos o retorno esperado. Isso acontece, por exemplo, quando referenciamos um paciente para a atenção especializada e não recebemos o relatório de contra referência. Percebemos nesse exemplo uma disfunção da rede.

Outro exemplo: na atenção primária atendemos um caso de intoxicação de origem ocupacional ou algum problema de notificação obrigatória e não fazemos a notificação do caso. Sem tomar conhecimento do problema a Vigilância deixa de atuar não realizando as ações necessárias para a identificação de outros casos e tomando as medidas preventivas e de controle pertinentes. É outro exemplo de uma rede disfuncional. Quando perguntamos por que não se fez a notificação é comum ouvir a resposta; “dá muito trabalho”. Não seria o mesmo trabalho que esperamos do especialista para fazer um relatório de contra referência?

Mas é claro que não resolvemos a questão de uma rede de cuidados somente melhorando a comunicação entre os seus nós. É preciso qualificar as estruturas e processos de trabalho dos diferentes nós da rede e, uma questão fundamental, que nos responsabilizemos solidariamente como o cuidado de cada paciente e cidadão. Desta forma poderemos alcançar melhores resultados e satisfação com o nosso trabalho.

Seção 6

O trabalho intersetorial

Se observarmos o panorama do mundo atual, é relativamente fácil constatar uma desarmonia entre o desenvolvimento social, o desenvolvimento econômico e o cuidado com o nosso ambiente. Essa desarmonia guarda uma relação muito próxima com os modelos de desenvolvimento econômico e social adotados na grande maioria dos países e, de maneira mais significativa, nos países que orbitam a periferia do chamado bloco do primeiro mundo. Entre as explicações para esse fato, podemos identificar, por um lado, o grande peso que o desenvolvimento econômico tem nas agendas de governo em detrimento do desenvolvimento social e da questão ambiental e, por outro lado, a fragilidade dos mecanismos e instrumentos de que a sociedade dispõe para se contrapor a todo um conjunto de fatores – políticos, jurídicos, ideológicos, culturais etc., que possibilitam a primazia do econômico sobre o social e o ambiental.

Construir a harmonia entre o econômico, o social e o ambiental constitui um grande desafio, é uma tarefa de várias gerações e contempla uma série de riscos. Enfrentar os interesses de grandes corporações econômicas, em algumas realidades é quase um ato suicida. Mas as repercussões dessa desarmonia repercutem sobre a qualidade de vida e de saúde das populações e estão aí, no nosso dia-a-dia, batendo à porta dos nossos consultórios e centros de saúde, em que estamos como técnicos ou como cidadãos que precisam saber lidar com elas. E é neste ponto que a questão da intersectorialidade ganha importância e sentido prático.

Difícilmente poderemos lidar, por exemplo, com a questão dos acidentes e doenças profissionais atuando no âmbito do setor saúde de forma isolada ou apenas no âmbito do Ministério Saúde ou do Trabalho ou da Previdência e Assistência Social ou ainda no interior dos Sindicatos de Trabalhadores. E mais, se restringirmos nossas ações ao que é “próprio” de cada instituição e não conseguirmos, de alguma forma, participar da construção da agenda para um desenvolvimento mais harmônico, ou tentar atuar de forma mais efetiva sobre as consequências dessa desarmonia, os resultados práticos do nosso trabalho estarão sempre aquém do desejável e teremos, ainda considerando o nosso exemplo dos acidentes de trabalho, a continuidade dessa epidemia, por vezes “invisível”, de acidentes, doenças e mortes, que afeta milhares de pessoas a cada dia, todos os anos.

6.1 Conceito de intersectorialidade

O conceito de intersectorialidade diz respeito à “construção de interfaces entre setores e instituições governamentais (e não governamentais), visando o enfrentamento de problemas sociais complexos, que ultrapassem a alçada de um só setor de governo ou área da Política Pública” (MONNERAT; SOUZA, 2011, p. 42).

6.2 Intersectorialidade no trabalho da equipe de saúde

O senso comum nos indica que a possibilidade de sucesso de nossas intervenções aumenta quando direcionamos nossos recursos e somamos nossas competências no enfrentamento dos problemas que a realidade nos apresenta. A prática, no entanto, com frequência nos aponta caminhos diferentes, onde a dispersão de recursos, ações isoladas e fragmentadas têm sido a tônica do trabalho intra e interinstitucional. Falar sobre o trabalho colaborativo, em equipe, intersectorial, em rede, interdisciplinar ou sobre transversalidade é muito mais fácil do que aplicar esses conceitos no nosso dia a dia.

PARA REFLETIR

Quais são as dificuldades de construirmos uma prática institucional de maior colaboração?



6.3 Intersectorialidade nas relações institucionais

Na resposta a essa questão podemos identificar macro fatores que têm relação com a forma e modelos que orientam a formação, a organização e a ação do Estado e da sociedade. A título de exemplo, podemos analisar a forma como são construídas as articulações políticas na luta pelo poder – federal, estadual ou municipal, em nosso país. Diferentemente de outros países, a composição das alianças parece não levar em consideração a carta programa de cada partido que deveria, em tese, refletir a ideia de sociedade que o partido defende. Ao chegarem ao poder, se percebe pouca coerência entre as propostas de ação dos diferentes ministérios e secretarias, inviabilizando, desde o poder mais central, qualquer possibilidade de articulação de esforços na solução dos problemas.

Como exemplo prático dessa falta de coerência podemos citar a regulamentação da produção e utilização de agrotóxicos em nosso país. Via de regra, os ministérios da Agricultura e Indústria, Comercio Exterior e Serviços são mais permissivos com a produção e utilização de agrotóxicos – alguns já proibidos entre outros países –, e a posição do Ministério da Saúde, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é, normalmente mais cautelosa e restritiva.

Essa forma de ação fragmentada, quando não conflituosa, é reproduzida nos níveis mais periféricos da gestão e contamina as unidades que de fato executam as ações como, por exemplo, os centros de saúde, as escolas etc.

Outros fatores que explicam a dificuldade de articulação de esforços intersetoriais na solução dos problemas e balizam o trabalho do nosso dia-a-dia estão relacionados à nossa cultura, modelos e paradigmas de referência e processos mentais que nos levam à inércia frente aos problemas. O raciocínio construído é mais ou menos assim: “a minha questão em relação à desnutrição é orientar quanto à alimentação mais adequada. Se as pessoas não dispõem de recursos para tal, isso é problema da assistência social”. Ou então: “se o trabalhador tem uma intoxicação profissional, devo diagnosticá-la e tratá-la”. O problema de avaliar as condições de trabalho é da Vigilância ou do Ministério de Trabalho.

Assim poderíamos dar vários exemplos. De algum modo vamo-nos condicionando ao que culturalmente construímos como função própria de nossa área de atuação, o nosso pedaço do todo. Dessa forma nos isolamos e refutamos, no nosso dia a dia, o dito popular de que “a união faz a força”. E sempre podemos justificar nossa postura pelo nosso despreparo ou pela pressão da agenda que consome o nosso tempo.

Atuar intersetorialmente é um grande desafio para as equipes de saúde da família que passa, por exemplo, por conhecer a comunidade onde a equipe atua e identificar seus possíveis parceiros.

Pode ser uma boa estratégia para o trabalho intersetorial a equipe desenvolver projetos com seus parceiros mais próximos e, posteriormente, expandi-lo para outros parceiros. Nesse sentido parcerias com as escolas, centro de referência de assistência social (CRAS), sindicatos, associações, grupos religiosos podem ser um bom começo.

E sempre temos que estar preparados para as resistências, na medida em que o trabalho intersetorial vai contra o *modus operandi* das instituições. O trabalho intersetorial envolve o estabelecimento de pactos entre instituições com culturas diferentes, o que implica mecanismos de coordenação mais transparentes, uma boa qualidade de comunicação e tempo e trabalho. Mas somente assim podemos lograr objetivos que isoladamente a equipe teria dificuldades para alcançar.

Seção 7

Integralidade no trabalho da Equipe de Saúde da Família

VEJA OS VÍDEOS

Para melhor entendimento desse conceito, você deve ter assistido ao vídeo “Integralidade, modelo de atenção e trabalho em saúde” (INTEGRALIDADE, 2013).

Veja, também, o vídeo :

Determinantes Sociais de Saúde (DETERMINANTES, 2013)
Depoimento de Alberto Pellegrini Filho, Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), 2013. Vídeo (8min:44s)

Disponível em:

<<https://www.youtube.com/watch?v=bVmc-gngyVI>>

LEITURA OBRIGATÓRIA

O conceito de condições de saúde.

Este texto construído com base no agrupamento de partes literalmente extraídas do livro de Eugênio Vilaça Mendes (MENDES, 2012), O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.

Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3936.pdf>>

Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção

Concluindo a disciplina

Concluindo a disciplina

Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção

Sob o tema da disciplina foram abordados os aspectos relativos a Sistemas e modelos de atenção à saúde, Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família, Processo de Trabalho em Saúde, Determinantes sociais da saúde e da doença e a Coordenação do cuidado em saúde.

Foi solicitada a leitura de um documento, obrigatório para ampliar o conhecimento da Equipe de Saúde da Família (Equipe Verde), do bairro de Vila Formosa, do município de Curupira. As informações colocadas guardam muita relação com o cotidiano do trabalho das equipes de saúde da família, inclusive a sua, profissional de saúde.

A seguir, a primeira atividade solicitou a descrição de aspectos ligados a seu município, o sistema municipal de saúde, sua área/comunidade de atuação, sua Unidade Básica de Saúde da Família, a Equipe de Atenção à Saúde da Família, o funcionamento da Unidade de Saúde da Família da Equipe e o dia a dia da Equipe. Seu arquivo, revisto por seu tutor na **Atividade 4 da disciplina iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso será parte da INTRODUÇÃO (itens 1 a 7) de seu TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC).**

Os textos, vídeos, quadros, atividades, trabalhos de referência citados e disponíveis deverão ser a base para o estudo atual proposto, bem como para futuras revisões que você necessitar, para atualização, ou para processos de educação permanente com sua equipe de trabalho, ou em processos educativos com a comunidade.

Referências

Referências

ALMEIDA P. F. **Estratégias de coordenação de cuidados:** fortalecimento da atenção primária à saúde e integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2010/doutorado/trabalho_pattyalmeida_mh_d.pdf.

BARRETO, M. R. N. **A medicina luso-brasileira:** instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808–1851). 2005. 257 f. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0277.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, **PORTARIA Nº 2.203**, de 5 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto anexo a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB – SUS**, 96. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.444**, de 28 dez. 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada por meio do programa saúde da família. Diário Oficial da União, Brasília, 29 dez. 2000, seção 1. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1721.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 267**, de 6 mar. 2001. Brasília, 2001. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF). Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1725.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira**. Brasília: Editora MS, 2004 a. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1518.pdf>.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Recursos humanos:** um desafio do tamanho do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2004b. (CONASS Documenta; 4). Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2255.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_ab_portugues.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.4279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, online, 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf.

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 Básica. – Brasília: 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

CARTA de Ottawa. **Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde**. Ottawa, novembro de 1986. Ottawa: Organização Mundial da Saúde, 1986. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf.

CASTELLS, M. A sociedade em rede. São Paulo: Paz e Terra, 2000. In: Organização Pan-Americana da Saúde. **Gestão de Redes na OPAS/OMS Brasil: Conceitos, Práticas e Lições Aprendidas**. Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília, 2008.

EPP, J. **Achieving health for all: a framework for health promotion**. Ottawa: Health of Canadians, 1986. Disponível em: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/1986-frame-plan-promotion/index-eng.php>.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. **Determinantes sociais de saúde**. Depoimento de Alberto Pellegrini Filho, (ENSP/Fiocruz), 2013. Vídeo (8min:44s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=bVmc-gngyVI>.

ESPAÑA. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. **Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España**. 2011. Disponível em: http://www.msssi.gob.es/novedades/docs/Libro_Blanco_CCS_15_12_11.pdf.

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modelo_assistencial_e_atencao_basica_a_saude/3

FARIA, H. P. et al. **Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2ed. Belo Horizonte, 2010. 67p. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Processo_de_trabalho_em_saude_2/3

GRILLO, M. J. C. **Educação permanente em saúde**: um instrumento para a reorganização da atenção em saúde. Belo Horizonte: Nescon, 2012. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3708.pdf>

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**. Canada: Ministry of Health of Canada, 1974. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

MARMOT, M. **The status syndrome**: how social standing affects our health and longevity. New York: Temes Books, 2004.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde**: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MCKEOWN, T. **The role of medicine**: dream, mirage or nemesis? London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976.

MENDES, E. V. **O conceito de condições de saúde**. Nescon/UFMG, 2012. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3936.pdf>

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. 385p.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo. HUCITEC; 2002. 189 p. Disponível (resenha) em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/23.pdf>.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. **Modelos Assistenciais**: Sistemas, Modelos e Rede de Atenção a Saúde [textos compilados por Eugênio Vilaça Mendes]. Belo Horizonte, 2013. 11 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4120.pdf>

MINTZBERG, H. **La estructura de las organizaciones**. Barcelona: Ariel; 1990. Disponível em: <http://www.jvazquezasociados.com.ar/files/estructuradelasorgs.pdf>

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Da seguridade social à intersectorialidade: Reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **R. Katál**. Florianópolis, v. 14(1), 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v14n1/v14n1a05>.

NÚCLEO de Educação em Saúde Coletiva (Nescon/UFMG). **O município de Curupira**, Vila Formosa e a Equipe Verde de Saúde da Família. Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família. Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>.

NUNES, E. D. A sociologia da saúde nos Estados Unidos, Grã-Bretanha e França: Panorama geral. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100007.

NUÑEZ, R.T.; LORENZO, I. V.; NAVARRETE, M. L. V. **La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas**. *Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut*, Consorci Hospitalari de Catalunya. , *Gac Sanit*. 2006; 20(6):485-95. Barcelona, España. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv20n6/revision.pdf>

OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/Im-previdencia-social-60-anos-hist%C3%B3ria.pdf>.

OLIVEIRA, V. C. **Comunicação, informação e ação social**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: OPAS, p.65-74, 2000.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Prevenção de doenças crônicas**: um investimento vital. Geneve: WHO Global Report, 2005. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1852.pdf>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família**. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva UFMG. Belo Horizonte, 2008. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0210.pdf>

PEARCE, N. Traditional epidemiology, modern epidemiology, and public health. **American Journal of Public Health**, v. 86, n.5, p.678-683, 1996. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1505.pdf>.

PIANCASTELLI, C. H; FARIA, H. P.; SILVEIRA, M. R. **O trabalho em equipe**. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva UFMG. Belo Horizonte, 2008. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2199.pdf> .

REID, R.; HAGGERTY, J.; MCKENDRY, R. **Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare**. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002. Disponível em: http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_e.pdf.

RIVERA, F.J.U. (Org.) **Planejamento e programação em saúde**: um enfoque estratégico. São Paulo: Hucitec, 1989.

SANTOS, M. A.; OLIVEIRA, A. C. D. **Atenção centrada na pessoa**. Belo Horizonte: Nescon, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4094.pdf>.

SANTOS, M. **Por uma geografia nova**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1990. 236p.

SHIMAZAKI, M. E. A Atenção Primária à Saúde. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Plano Diretor da APS**. Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3972.pdf>.

SÍNTESE do diagnóstico situacional. Equipe Verde de Saúde da Família de Vila Formosa - município de Curupira. Belo Horizonte. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. UFMG 2007. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2149.pdf>.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. **Modelos de atenção à Saúde**: um papo com a professora Dra. Carmem Fontes Teixeira Produção: Instituto de Saúde Coletiva /. Salvador, UFBA, 2013. Vídeo (30min:34s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=x6d1JI-0Akk>.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Reaprendendo a olhar**. Produção do Núcleo UNASUS, 2011. Vídeo (6min:53s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=qnugCPV6m2o>.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P. **O território da equipe de saúde da família**. Nescon – UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>.

WILKINSON, R.; MARMOT, M. (eds). **Social determinants of health: the solid facts**. 2 ed. WHO Library, 2003. Disponível em: <http://www.euro.who.int/document/e81384.pdf>.



SGTES



MINISTÉRIO DA SAÚDE

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

