

Unidade 2

Atenção Básica em Saúde

Atenção Básica em Saúde

OBJETIVO DA APRENDIZAGEM

Nesta Unidade abordaremos o conceito de Atenção Básica à Saúde (ABS) e os atributos que o sustentam. Também apresentaremos a estratégia de implementação da Atenção Básica no Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF).

1. Atenção Básica à Saúde (ABS)

Antes de qualquer descrição sistemática da Estratégia Saúde da Família, seria prudente categorizar o conceito em que essa atividade se localiza, a ABS. O termo é uma tradução habitual do que a língua inglesa chamou de *Primary Care*. Entretanto, parece que nem Atenção Básica da Saúde, nem Atenção Primária da Saúde expressam a essência do significado. Atenção Ampliada da Saúde, Atenção Integral da Saúde, também são expressões que não caracterizam fielmente seus sentidos. Claro que não há consenso. Mas, sobretudo, por respeito à forma como o MS tem tratado o assunto, assumiremos, a ABS como expressão do que desenvolveremos a seguir.

A imagem de ABS está intrinsecamente relacionada com aqueles princípios que entendem saúde-doença como processo determinado socialmente. Não nega os condicionantes ecológico-ambientais, mas entende-os como hierarquicamente subjugados à forma como nossa sociedade se organiza. Tão pouco nega os desencadeadores etiológicos, mas situam-nos como componentes dos condicionantes e esses como servis do determinante social.

Vale ressaltar que existem diferentes formas de pensar ABS. Existe, por exemplo, a ABS seletiva que se caracteriza basicamente por programas de impacto a comunidades específicas. Um exemplo poderia ser o Programa de Terapia de Reidratação Oral em região com alta mortalidade por doença diarreica. Também seria considerada ABS seletiva um programa de Saúde Indígena. Outra forma de ver a ABS é como um nível de atenção à saúde. Em geral nível eleito como o primeiro contato dos indivíduos com o sistema de saúde que resolve um elevado número de problemas de saúde com aporte tecnológico ínfimo, centrado no atendimento clínico, ou seja, centrado nas doenças mais comuns, no indivíduo e na figura do médico (ABS Clássica).



A construção da ABS que se pretende com o SUS não se afina com nenhum desses dois modelos. Estamos nesse momento assumindo integralmente os princípios da terceira forma de se conceber a ABS, assumida como estratégia de organização/orientação do sistema ao que definiremos ABS ampliada, orientada à comunidade.

Que fique bem claro, também, que, quando nos referimos à comunidade, estamos assumindo que nela há famílias e nessas famílias existem pessoas. Comunidade tem vida, pulsa. Esse posicionamento, apesar de ser político, tem uma base epistemológica, e está profundamente relacionado com uma visão de mundo e, conseqüentemente, com uma concepção saúde-doença.

Unidade 2

Existem várias opções teóricas que poderiam ser usadas como pontos de partida para definir os princípios da ABS. Mas, aqui, estamos falando da ABS ampliada, orientada à comunidade.

De acordo com o Ministério da Saúde a Atenção Básica é considerada a porta de entrada preferencial do SUS. Possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre um papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e efetivação da integralidade (BRASIL, 2017).

A ABS no Brasil se orienta pelos princípios (BRASIL, 2012):

- Universalidade;
- Acessibilidade e coordenação;
- Vínculo e continuidade,
- Integralidade;
- Responsabilização;
- Humanização;
- Equidade;
- Participação social.

Vamos pautar nossa explanação no princípio de que a ABS está orientada para a comunidade e a ela deve ser servil. Nesse contexto, a ABS entende usuário não como um ser individual, mas inserido num contexto familiar e em uma comunidade. A expressão comunidade carrega em seus sentidos estruturas complexas como a cultura e suas representações: grupos sociais, etnias, religiões, saberes, identidades, micropoderes, modos de vida, relações no trabalho, formas particulares de organização, distribuição de renda, educação, características ambientais, entre outros.

Cabe à equipe de ABS a adscrição dos usuários e a sistematização do conhecimento da prevalência dos problemas comunitários e do arsenal que a comunidade dispõe para seus enfrentamentos. A aplicação de métodos epidemiológicos favorece o reconhecimento dos problemas comunitários, bem como suas relações causais e de determinação, colaborando com o planejamento local de saúde.

A participação democrática dos usuários do sistema nos processos decisórios, como nos Conselhos Municipais de Saúde, Conselhos Locais de Saúde (CLS), Assembleias, reuniões com os usuários, entre outros, são categorias que insinuem a participação social, premissas da orientação comunitária de uma ABS ampliada. Mas, seria a participação nos conselhos locais de saúde a única forma de participação social?



É importante que se diga que a simples elaboração de um CLS não assegura a construção de uma nova cidadania, mas podemos entender o seu papel como algo mais significativo do que ser unicamente um instrumento regulador. O CLS deve ser visto como um potente instrumento de planejamento, de ouvidoria, de corresponsabilização e de democracia participativa.

2. Atributos da ABS

A autora Barbara Starfield (2004) conceituou a ABS a partir da sistematização dos seus quatro **atributos**: Primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

a) Primeiro Contato

Os serviços de primeiro contato do usuário com o sistema de saúde são conhecidos como “porta de entrada”, e pressupõem a *acessibilidade e uso do sistema*. Ou seja, a porta de entrada deve garantir o acesso facilitado ao serviço a cada novo problema de saúde.

Atributo – É aquilo que é próprio ou peculiar de alguma coisa, que confere propriedade, qualidade. Símbolo.

A acessibilidade deve ser inerente à organização dos sistemas de saúde, *já que a sua ausência* faz com que a população não obtenha atenção adequada, ou que ela seja adiada, acarretando prejuízos à saúde e gastos adicionais (STARFIELD, 2004).

A ABS deve ser acessível a todos. Universalidade é a garantia legal, o direito à atenção à saúde, já acessibilidade é a facilitação dos fluxos ao direito da universalidade.

De acordo com Starfield (2004) a maximização do acesso para uma fonte de atenção primária é um ponto muito importante. Vários estudos indicam que há muitas vantagens quando a primeira consulta é realizada por profissionais com abordagem generalista, tais como: melhores resultados na resolução dos problemas de saúde da população, menores custos para o sistema, menor incidência de doenças iatrogênicas e resultados falsos positivos.

Partindo-se do princípio da Universalidade, espera-se que a ABS seja a porta de entrada do SUS. A partir da adscrição do usuário é possível fazer o acompanhamento de suas demandas de saúde e situações de agravos. A ideia de porta de entrada funciona como uma referência de cuidado para o usuário. É na sua comunidade, na sua Unidade Básica de Saúde (UBS), na sua equipe de saúde, que ele busca “abrigo” quando precisa. Essa referência é necessária, mesmo porque o usuário não conhece os fluxos do sistema de saúde.

b) A longitudinalidade

A longitudinalidade, que muitas vezes é inapropriadamente chamada de continuidade, refere-se ao conjunto de mecanismos estabelecidos e necessários no cuidado à população de referência durante o período em que está sob responsabilidade da ABS, que dá uma dimensão de transversalidade na relação entre a equipe de saúde e o usuário do sistema.

Melhor dizendo, longitudinalidade implica em uma relação de corresponsabilização de atenção aos indivíduos em seus ciclos de vida (eixo temporal), quer seja na proteção e promoção da saúde, ou no tratamento de suas demandas clínicas (eixo processo saúde-doença).

Unidade 2

Conforme Starfield (2004), “a essência da longitudinalidade é uma relação pessoal ao longo do tempo, independente do tipo de problemas de saúde ou até mesmo da presença de um problema de saúde, entre um paciente e uma equipe de saúde”. Essa relação, por consequência, gera vínculo, responsabilização, confiança e otimização da resolubilidade.



Você pode estar se perguntando: longitudinalidade, vínculo, segmento em certo espaço de tempo? Como resolver isso se as relações trabalhistas na ESF são tão frágeis e a rotatividade é tão grande? Para um profissional de saúde se estabelecer em uma comunidade, além de gostar muito do que faz e entender que aquela opção profissional tem relação com a concepção de mundo que ele carrega, deve ter uma relação trabalhista que implique vínculos fortes e um bom salário, além de boas condições logísticas de trabalho.

c) Integralidade

A integralidade é o principal eixo do modelo de atenção pautado na ABS ampliada, conforme já discutido. Ela exige que a ABS reconheça a variedade completa das necessidades relacionadas à saúde dos indivíduos e disponibilize os recursos necessários para abordá-las (STARFIELD, 2004).

A ABS deve ser o ponto de entrada para atenção à saúde individual, da responsabilização continuada e é o nível de atenção que permite melhor interpretar os problemas apresentados num contexto histórico e meio social (STARFIELD, 2004).

Dessa forma, entende-se que as unidades de ABS devem se organizar para que o usuário receba todos os tipos de serviços de saúde que precisar, mesmo que não possam ser oferecidos dentro dela, incluindo os encaminhamentos para os níveis de média e alta complexidade.

d) Coordenação do Cuidado

A coordenação do cuidado, tratada por Starfield (2004) como sinônimo de integração, pode ser definida como a articulação entre os diversos profissionais, 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 (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012).

A essência da coordenação do cuidado é a disponibilização de informações a respeito dos problemas e serviços anteriores e o reconhecimento da mesma, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento. Ou seja, ela requer alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais ou por parte dos prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas (STARFIELD, 2004).

Um problema de saúde detectado em consultas anteriores ou numa consulta com especialistas deveria ser avaliado nas consultas subsequentes. Esse acompanhamento será facilitado se o usuário for atendido diversas vezes pelo mesmo profissional ou se houver um prontuário médico que esclareça o problema (STARFIELD, 2004). Portanto cabe à equipe da ABS à qual o indivíduo está adscrito, a responsabilidade dessa coordenação.

3. ABS: Por quê? Para quê?

Existem estudos que concluem que países com desenvolvimento econômico semelhantes podem ter indicadores sanitários diferenciados, sustentado-se na premissa de ter ou não um Sistema Nacional de Saúde baseado na ABS. Outros resultados também são encontrados: menor gasto per capita em saúde; maior grau de satisfação do usuário; menor quantidade de medicamentos consumidos.

Pesquisas mostram que quanto maior a proporção de médicos de ABS por população, melhores são as chances de vida, independentemente do efeito de outros fatores de influência como a renda per capita (STARFIELD, 2004, p. 533).

Observa-se que, apesar da importância do determinante social e dos condicionantes ecológico-ambientais no desencadeamento nos processos de adoecimento, a ABS pode dar uma resposta satisfatória aos indicadores de saúde.

A ABS pode promover (BRASIL, 2012):

- **Menor taxa de mortalidade pós-natal.**
- **Melhor sobrevivência à meningite bacteriana.**
- **Menores taxas de hospitalização por complicações por diabetes.**
- **Menores índices de gravidez na adolescência.**
- **Maior cobertura vacinal.**
- **Maior expectativa de vida.**
- **Maior disponibilidade de tratamento efetivo.**

Entende-se, assim, que os argumentos para organizar um Sistema Nacional de Saúde baseado na ABS são convincentes. E o que o Brasil tem a ver com isso? E a Estratégia Saúde da Família? Veremos no próximo tópico.

4. Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família é a opção operacional de implantação e consolidação da Atenção Básica no Brasil, no âmbito do SUS. Inicialmente foi criado em 1994 e chamado de Programa Saúde da Família (PSF). O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi antecessor do Programa de Saúde da Família (PSF), lançado em 1991 para se configurar no cenário nacional como um potencial integrador da política pública governamental. Houve nesse período a multiplicação das equipes no Brasil, tendo as premissas do SUS como base, juntamente aos princípios de Atenção Básica/Saúde da Família, que deveria contemplar: o trabalho com promoção da saúde, acolhimento, visitas domiciliares, trabalho em equipes multidisciplinares, educação em saúde, alta resolubilidade. É o SUS rumo à universalidade e à equidade (BRASIL, 1997).

Unidade 2

Para que se possa exercer a **equidade**, é preciso que existam ambientes favoráveis, acesso a informação, acesso a experiências e habilidades na vida, assim como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. O contrário de equidade é iniquidade, e as iniquidades no campo da saúde têm raízes nas desigualdades existentes na sociedade.

No vocabulário do SUS, equidade diz respeito aos meios necessários para se alcançar a igualdade, estando relacionada com a ideia de justiça social. Condições para que todas as pessoas tenham acesso aos direitos que lhes são garantidos.

Idealizado para atender ao princípio da equidade, com indicativo de implantação em regiões bolsões de

pobreza, com atividades voltadas às mulheres, gestantes e crianças, nos moldes da APS seletiva, o PSF aos poucos foi mudando de configuração. Deixou de ter as limitações de um programa focal, setorial e expandiu limites, mudou a forma de ver o cuidado em saúde, reorganizou a Atenção Básica e consolidou os princípios do SUS, portanto não poderia mais ser assumido como um programa. Por esse motivo, o Ministério da Saúde promoveu a mudança de programa para estratégia, com todas as implicações que essa mudança abrange. Em um documento de 1997, o PSF passou a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 1997).

Em 2006, o Ministério da Saúde aprovou a primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica mediante a Portaria nº 648, de 28 de março. Em 2011, a PNAB 2006 foi atualizada pela Portaria Ministerial GM/MS nº 2488, de 2011, que lançou inovações, mantendo a essência do documento anterior e reafirmando o significado da ABS. Já em 2017, a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, disposta no anexo XXII da Portaria de Consolidação nº2 de 28 de setembro de 2017, revogou a PNAB 2011 trazendo consigo importantes mudanças para o ESF. Através desse documento, o Ministério da Saúde define a Atenção Básica como:

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

Para que possa cumprir com o seu papel, a Atenção Básica precisa ter alta resolubilidade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Para tal, é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, com isso fortalecendo o planejamento ascendente (BRASIL, 2017).

A PNAB (2017) define as modalidades de equipes de profissionais de saúde, responsáveis por desenvolver as atividades no âmbito da ABS no país:

Unidade 2

1. Equipe de saúde da família (eSF);
2. Equipe da Atenção Básica (eAB);
3. Equipes de Saúde bucal (eSB);
4. Núcleo Ampliado à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB);
5. Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas.

Equipe de Saúde da família (eSF) e Equipe de Atenção Básica (eAB)

As **Equipes de Saúde da Família (eSF)** são a estratégia prioritária de atenção à saúde, com o objetivo de fazer a reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017).

As eSF deverão ser compostas minimamente por: médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Poderão também compor as equipes o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

Para as eSF há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde. Dessa forma, os profissionais da eSF poderão estar vinculados a apenas uma equipe de Saúde da Família, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) vigente.

A PNAB 2017, prevê também uma segunda modalidade de equipe chamada **Equipe da Atenção Básica (eAB)**, que possui o mesmo status e responsabilidades das eSF.

As eAB deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem e a gestão municipal poderá compor as eAB de acordo com características e necessidades do município.

A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais. A distribuição da carga horária dos profissionais é uma responsabilidade do gestor municipal, que deve realizá-la considerando o perfil demográfico e epidemiológico local. O quadro 5 faz uma comparação entre a composição das equipes e a carga horária das eSF e eAB.

Unidade 2

Quadro 5. Composição e carga horária dos profissionais que compõem as eSF e eAB.

eSF	eAB
Composição mínima: Médico Enfermeiro Auxiliar e/ou técnico de enfermagem Agente comunitário de saúde (ACS) Carga horária dos profissionais: Quarenta horas semanais para todos os profissionais de saúde, ou seja, vinculação em apenas uma eSF no SCNES.	Composição mínima: Médico Enfermeiro Auxiliar e/ou técnico de enfermagem Carga horária dos profissionais: Carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 horas, com no máximo de três profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais.

Fonte: BRASIL, 2017.

A PNAB recomenda que a população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) seja de 2.000 a 3.500 pessoas, dentro do seu território de atuação, essa proporção é muito importante a fim de garantir o cumprimento dos princípios e diretrizes da Atenção Básica.

Além dessa faixa populacional, conforme as vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, o gestor municipal pode, conjuntamente com os profissionais que atuam na Atenção Básica e o Conselho Municipal ou Local de Saúde, definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado. Fica estipulado que a proporção entre o número de equipes e a população adscrita não deve ser superior a 1 equipe para 2000 habitantes.

Em relação aos ACS, ressalta-se que ele é obrigatório nas eES. Suas atividades devem ser planejadas a partir das necessidades do território, de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos. Em áreas de dispersão territorial, **áreas de risco** e **vulnerabilidade social** recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2017).

Risco: Para a epidemiologia, significa a probabilidade de ocorrência de uma doença, agravo, óbito, condição relacionada à saúde em uma população ou grupo durante um período de tempo determinado. Tem caráter analítico (NICHATA et al., 2008).

Vulnerabilidade: Está relacionada a aspectos individuais e coletivos relacionados a maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menos disponibilidade de recursos para sua proteção (NICHATA et al., 2008; JANCZURA, 2012).

Unidade 2

Equipe de saúde bucal (eSB)

Modalidade de equipe que pode atuar na Atenção Básica, composta por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal. AS eSBs devem ser sempre vinculadas uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), devendo compartilhar a gestão e o processo de trabalho, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito.

Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

O NASF-AB é uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde complementares a aqueles que compõem as equipes atuantes na Atenção Básica. É formado por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde que devem atuar com base no território e de maneira integrada com eSF e eAB, para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) a esses profissionais (BRASIL, 2017).

Atualmente, podem ser implantados NASF-AB nas Modalidades Federais I, II e III, com uma composição que deve ser definida – dentre as categorias profissionais permitidas – a partir da realidade sanitária dos territórios a que estarão vinculados, bem como da consideração das principais dificuldades vivenciadas pelas equipes de SF em seu cotidiano de trabalho, conforme representado no quadro 6.

Quadro 6. Modalidades dos NASF-AB.

Modalidade	Número de equipes vinculadas	Somatória das Cargas Horárias Profissionais*
NASF 1	5 a 9 eSF e/ou eAB para populações específicas (Equipe consultório na rua, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 80h de carga horária semanal.
NASF 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (Equipe consultório na rua, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal
NASF 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (Equipe consultório na rua, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal.

*Nenhum profissional pode ter carga horária menor que 20 horas;

Fonte: BRASIL, 2017.

Cada núcleo deve ter sua composição definida pela gestão municipal a partir de um elenco de profissões da área da saúde, diferindo das equipes eSF e eAB que tem composição fixa. São elas: Assistente social; profissional de Educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2017).

Unidade 2

Equipes de Atenção Básica para populações específicas

Todos os profissionais do SUS, especialmente da Atenção Básica, são responsáveis pela atenção à saúde de populações que apresentem vulnerabilidades sociais específicas e, por consequência, necessidades de saúde diferenciadas. Porém, em algumas realidades, ainda é possível e necessário dispor, de equipes adicionais para realizar as ações de saúde, no âmbito da atenção Básica, às populações específicas (BRASIL, 2017):

- Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR);
- Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF);
- Equipe de Consultório na Rua (eCR);
- Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP).

SAIBA MAIS

Acesse a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, no anexo XXII e conheça nova Política Nacional de Atenção Básica.

[Clique aqui](#)

Unidade 2

Atribuições dos profissionais na Atenção Básica

Dentre as atribuições comuns a todos os profissionais que atuam na Atenção Básica podemos citar (BRASIL, 2017):

- Participar do processo de territorialização e cadastramento das famílias.
- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita;
- Realizar reuniões de equipes para planejar, monitorar e avaliar as ações em saúde, visando à readequação do processo de trabalho.
- Realizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos, procedendo a primeira avaliação técnica (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade), conforme previstas nas prioridades e protocolos da gestão local.
- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local.
- Manter a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde.
- Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica.
- Realizar ações de educação popular e educação permanente.
- Mobilizar a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social.
- Potencializar ações interdisciplinares e intersetoriais.

É importante que você pense na realidade da área territorial de abrangência de sua UBS e compare com as diretrizes e os parâmetros de organização da ESF preconizados na PNAB 2017, buscando refletir sobre as fragilidades presentes no seu cotidiano e as potencialidades possíveis de serem acionadas para a transformação dessa realidade.

SAIBA MAIS

No site do MS, você pode encontrar, além das atribuições comuns à equipe, aquelas relativas a cada categoria profissional e as novas portarias relacionadas à AB. A leitura é fundamental para que você cumpra efetivamente a sua parte. Vá lá! Acesse: [Clique aqui](#)

RESUMO

Com este estudo, esperamos propiciar a reflexão sobre a evolução das políticas públicas no Brasil, especialmente a construção do SUS e a identificação da ABS como atual organização do sistema de saúde.



Contextualizando o conhecimento:

Você conhece seus usuários como pessoas ou somente como alguém com um problema de saúde? Quando o problema de seu usuário é identificado, você garante a resolução do mesmo na ABS ou fornece informações necessárias (faladas ou escritas) para a coordenação do cuidado pelos demais serviços?

SUGESTÃO DE LEITURA

STARFIELD, B. **Atenção primária e sua relação com a saúde. Brasília:** UNESCO - Ministério da Saúde, 2004.



CONCLUSÃO DO CURSO

Parabéns! Você concluiu o curso “A concepção de saúde e a organização da AB”!

Neste curso discutimos as concepções de saúde-doença possíveis que embasam as práticas sanitárias contemporâneas. Entendemos que qualquer ação em saúde está diretamente relacionada com uma concepção de saúde.

Conhecemos quatro concepções que orientam diferentes maneiras de fazer saúde:

- O modelo higienista-preventivista (multicausalidade),
- O modelo social (determinação social do processo saúde-doença),
- O modelo biológico (unicausalidade)
- O modelo pautado na integralidade (ações integrais em saúde).

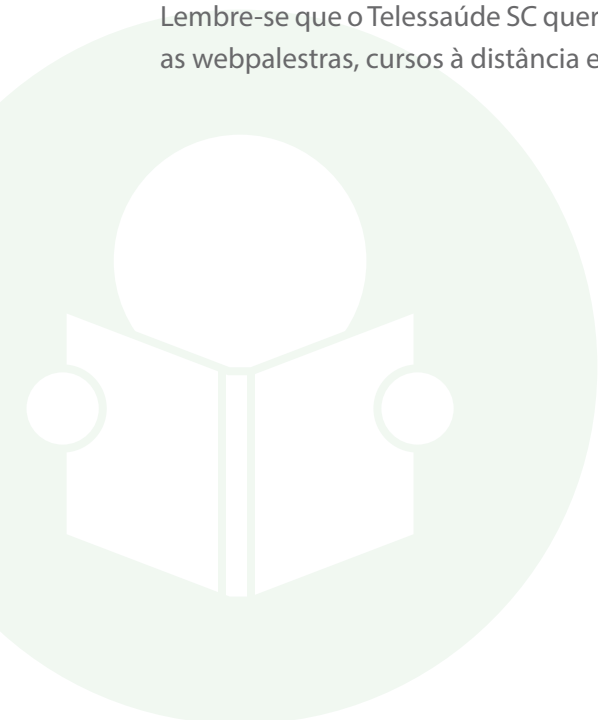
Concluimos que o modelo pautado na integralidade é o mais adequado à concepção de saúde e os princípios preconizados pelo SUS.

A Atenção Básica é apontada como uma estratégia de organização do SUS a partir do modelo pautado na integralidade.

Discutimos também os atributos da Atenção Básica (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado), bem como as vantagens de se estruturar um sistema nacional de saúde tendo como eixo a ABS nessa perspectiva.

Esperamos que você tenha gostado do curso e que as reflexões que fizemos juntos aqui possam te auxiliar a repensar e qualificar seu trabalho no SUS.

Lembre-se que o Telessaúde SC quer apoiá-lo neste desafio e que, para isso, oferta diversos serviços como as webpalestras, cursos à distância e as teleconsultorias.



Referências Bibliográficas

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**. v. 36, n. 94, p. 375-391, set. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: Conass, 2011. 534 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 153 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. **Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Brasília, 28 set. 2017. Anexo XXII.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36 p.

CUTOLO, L. R. A. **Estilo de Pensamento em Educação Médica: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC**. 2001. 227 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Educação, Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

CUTOLO, L. R. A. **Introdução temática à APS. Unidade 2**. [Recurso eletrônico]/ Universidade Federal de Santa Catarina, Telessaúde SC, Florianópolis : UFSC, 2009.

CUTULO, R. L. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, v. 35, n. 4, p.16-24, 2006.

CZERESINA D.; FREITAS, C. M. (Org). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.39-53.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: Do império ao desenvolvimento populista. In: Giovanella, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.743-752, 2009.

JANCZURA, R. Risco ou vulnerabilidade social? **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p.301-308, ago./dez. 2012.

LOBATO L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: Origens, componentes e dinâmica In: Giovanella, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 107-140.

MAEYAMA, M. A.; CUTOLO, L. R. A. As concepções de saúde e suas ações consequentes. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v.39, n.1, p.89-96, 2010.

MATUS, C. **O Plano como Aposta. São Paulo em perspectiva**. v.5, n.4, p.28-42 out/dez. 1991. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v05n04/v05n04_07.pdf

MENDES, E. V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

NICHIATA, L. Y. I. et al. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto**, v. 16, n. 5, p. 923-928, set./out. 2008.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde. In: Giovanella, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p.71-88, 1999.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Unesco Brasil, 2004. 726 p.

UNICEF-BRASIL. **Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. 1979.

VERDI, M., DA ROS, M., CUTOLO, L. R. **Saúde e sociedade** [Recurso eletrônico]/ Universidade Aberta do SUS, Florianópolis: UFSC, 2010.