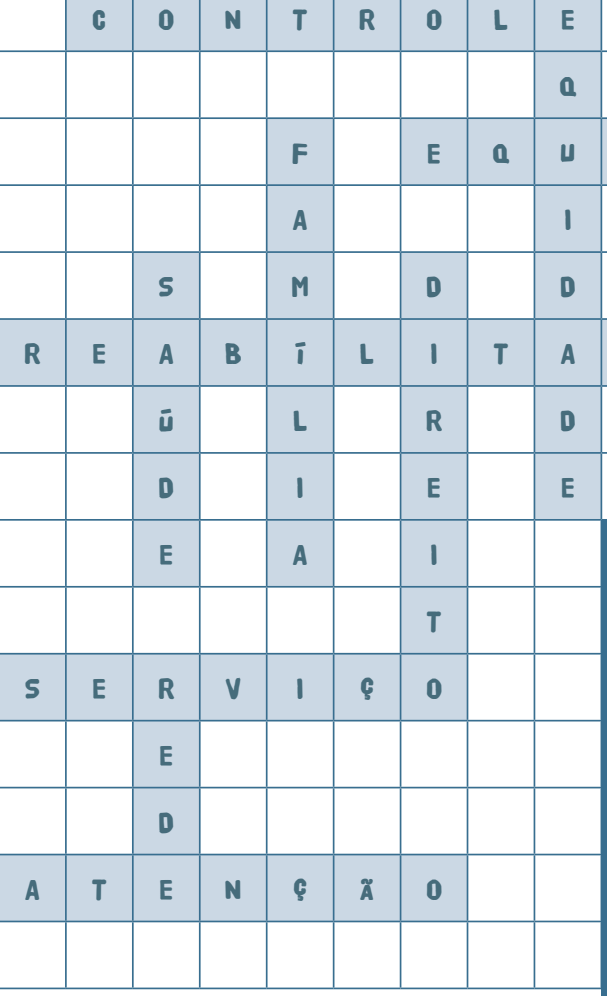

Modelo assistencial e atenção básica à saúde

Horácio Pereira de Faria
Ivan Batista Coelho
Marcos Azeredo Furquim Werneck
Max André dos Santos

Universidade Federal de Minas Gerais

NESCON
núcleo de educação em saúde coletiva
FACULDADE DE MEDICINA - UFMG

2ª Edição

Modelo assistencial e atenção básica à saúde

Horácio Pereira de Faria
Ivan Batista Coelho
Marcos Azeredo Furquim Werneck
Max André dos Santos

Belo Horizonte
Nescon UFMG
Editora Coopmed
2010

2ª edição

© 2010, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG (Nescon)

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.

Universidade Federal de Minas Gerais
Reitor: Ronaldo Tadêu Pena
Vice-Reitora: Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitoria de Pós-Graduação
Pró-Reitora: Elizabeth Ribeiro da Silva

Pró-Reitoria de Extensão
Pró-Reitora: Ângela Imaculada Loureiro de Freitas Dalben
Pró-Reitora Adjunta: Paula Cambraia de Mendonça Vianna

Centro de Apoio à Educação a Distância (CAED) e UAB/UFMG
Coordenadora: Ione Maria Ferreira de Oliveira

Cátedra da UNESCO de Educação a Distância
Coordenadora: Rosilene Horta Tavares

Escola de Enfermagem
Diretora: Marília Alves
Vice-Diretora: Andréa Gazzinelli Corrêa de Oliveira

Faculdade de Educação
Diretora: Antônia Vitória Soares Aranha
Vice-Diretor: Orlando Gomes de Aguiar Júnior

Faculdade de Medicina
Diretor: Francisco José Penna
Vice-Diretor: Tarcizo Afonso Nunes

Faculdade de Odontologia
Diretor: Evandro Neves Abdo
Vice-Diretora: Andréa Maria Duarte Vargas

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina / UFMG (Nescon)
Coordenador em exercício: Edison José Corrêa

COOPMED

Produção Editorial
Editora Coopmed
Diretor Editorial: Victor Hugo de Melo

Projeto Gráfico
Marco Severo, Rachel Barreto e Romero Ronconi

Revisão de prova
Zirlene Lemos

M689 Modelo assistencial e atenção básica à saúde / Horácio Pereira de Faria [et al.] 2. ed. --Belo Horizonte: Nescon/UFMG,Coopmed, 2010.
68 p. : il., 22x27cm.

Público a que se destina: Profissionais da saúde ligados à estratégia da Saúde da Família.

Elaborado por: Horácio Pereira de Faria; Ivan Batista Coelho; Marcos Azeredo Furquim Werneck; Max André dos Santos.
ISBN: 978-85-7825-030-0

1.Assistência à Saúde. 2.Atenção Primária à Saúde. 3. Saúde da Família. 4. Sistemas de Saúde. 5.Atenção Básica à Saúde. 6. Educação Médica. I. Faria, Horácio Pereira de. II. Coelho, Ivan Batista. III. Werneck, Marcos Azeredo Furquim. IV. Santos, Max André dos. V. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina /UFMG (Nescon).

NLM: WA 308
CDU: 614-058-8

A produção deste material didático recebeu apoio financeiro do BNDES

Sumário

Apresentação dos autores **4**

Apresentação - Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família - Programa Ágora **5**

Apresentação da Unidade Didática I **6**

Introdução ao módulo **12**

Seção 1 | Modelo assistencial em saúde **13**

Parte 1 | O que é um modelo? 15
Parte 2 | Os modelos assistenciais em saúde 19
Parte 3 | Os modelos assistenciais no Brasil 27

Seção 2 | Atenção Básica à Saúde e a estratégia de Saúde da Família **33**

Parte 1 | Atenção Básica à Saúde 35
Parte 2 | A estratégia de Saúde da Família 38
Parte 3 | O trabalho da equipe de Saúde da Família e a mudança do modelo assistencial 47

Seção 3 | Gestão do trabalho na equipe de Saúde da Família **51**

Parte 1 | Qualidade na prestação do cuidado em saúde 53
Parte 2 | Gestão do trabalho da equipe de Saúde da Família 58

Referências **61**

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).

Ivan Batista Coelho

Médico pela Faculdade de Medicina da UFMG. Especialista em Medicina Social. Mestre em Saúde Pública Faculdade de Medicina da UFMG. Pesquisador do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - Nescon. Professor convidado do Curso de Gestão em Atenção Básica do Departamento de Medicina Preventiva/Unicamp. Coordenador de Controle e Qualidade de Serviços de Saúde da Fundação de Seguridade Social/GEAP.

Marcos Azeredo Furquim Werneck

Cirurgião-dentista pela UFMG. Especialista em Odontologia Social pela Faculdade de Odontologia da PUC/MG. Doutor em Odontologia Social/Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense. Professor Associado da Faculdade de Odontologia/UFMG e 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 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 de Belo Horizonte.

Apresentação

Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

Programa Ágora

O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), na modalidade a distância, é uma realização da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva/Faculdade de Medicina, com a participação da Faculdade de Odontologia e Escola de Enfermagem e da Cátedra da UNESCO de Ensino a Distância/Faculdade de Educação. Essa iniciativa é apoiada pelo Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES)/ Universidade Aberta do SUS (UNA–SUS) –, pelo Ministério da Educação – Sistema Universidade Aberta do Brasil/ Secretaria de Educação a Distância (UAB/SEED) e pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES).

O curso integra o Programa Ágora, do Nescon, e, de forma interdisciplinar, interdepartamental, interunidades e interinstitucional articula ações de ensino – pesquisa – extensão. O Programa, além do CEABSF, atua na formação de tutores, no apoio ao desenvolvimento de métodos, técnicas e conteúdos correlacionados à educação a distância e na cooperação com iniciativas semelhantes.

Direcionado a médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas integrantes de equipes de Saúde da Família, o Curso tem seu sistema instrucional baseado na estratégia de Educação a Distância. Esse sistema é composto por um conjunto de Cadernos de Estudo e outras mídias disponibilizadas tanto em DVD – módulos e outros textos, e vídeos –, como na Internet – por meio de ferramentas de consulta e de interatividade, como *chats* e fóruns. Todos são instrumentos facilitadores dos processos de aprendizagem e tutoria, nos momentos presenciais e a distância.

Esse Caderno de Estudo, como os demais que compõem o CEABSF, é o resultado do trabalho interdisciplinar de profissionais da UFMG e de outras universidades, e do Serviço. Os autores são especialistas em suas áreas e representam tanto a experiência acadêmica, acumulada no desenvolvimento de projetos de formação, capacitação e educação permanente em saúde, como a vivência profissional. Todo o material do sistema instrucional do CEABSF está disponível, para acesso público, na biblioteca Virtual do Curso.

A perspectiva é que esse Curso de Especialização cumpra seu importante papel na qualificação dos profissionais de saúde, com vistas à consolidação da estratégia da Saúde da Família e no desenvolvimento de um Sistema Único de Saúde, universal e com maior grau de eqüidade.

A Coordenação do CEABSF pretende criar oportunidades para que alunos que concluírem o curso possam, além dos módulos finalizados, optar por módulos não-cursados, contribuindo, assim, para o seu processo de educação permanente em saúde.

Para informações detalhadas consulte:
www.nescon.medicina.ufmg/agora

Apresentação da Unidade Didática I

Organização do processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde

A primeira unidade didática do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família está formada por quatro módulos ou disciplinas, a saber:

Módulo 1 – Processo de trabalho em saúde
Módulo 2 – Modelo assistencial e Atenção Básica à Saúde
Módulo 3 – Planejamento e avaliação das ações de saúde
Módulo 4 – Práticas educativas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade.

O foco da discussão desta unidade é o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família (ESF) no contexto da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da reorganização da Atenção Básica à Saúde (ABS) tendo como base a estratégia de Saúde da Família. Desta forma, o nosso cenário é o SUS e os atores principais são os profissionais que atuam na atenção básica de saúde, em especial aqueles que compõem as equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal.

Observação
Denominamos equipe de Saúde da Família tanto a equipe básica da estratégia Saúde da Família – enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem e agente comunitário – quanto a equipe de saúde bucal – cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico de saúde bucal.

Esperamos, a partir dos textos e das atividades propostas, das discussões com os seus tutores e dos encontros presenciais, proporcionar uma reflexão crítica sobre a organização do trabalho das equipes de SF e fornecer elementos para possível aprimoramento no processo de trabalho. A expectativa é de que esta unidade possa contribuir para a consolidação

de uma mudança real do modelo assistencial em conformidade com os princípios e as diretrizes do SUS.

Iniciamos esta reflexão com a afirmação de que a nossa atuação se faz a partir de modelos, ou seja, o nosso modo de agir é sempre orientado por algumas concepções do que deve ser e do que não deve ser, nos diferentes âmbitos e realidades.

Em nossa atuação profissional não é diferente, nossa atividade, as técnicas, os recursos diagnósticos e os instrumentos que utilizamos condizem com alguma ideia do que devemos fazer em nossa profissão em cada situação, em cada realidade.

Todos nós sabemos que essas concepções, tanto na vida em geral como no trabalho, apresentam uma marcante diversidade. No entanto, em nosso cotidiano – da vida e do trabalho – temos dificuldades para refletir sobre o modo como estamos agindo. Às vezes fazemos as coisas de forma mais ou menos automática, guiados pela nossa intuição ou pelo senso comum. Assim sendo, nossas atitudes podem não ser as mais adequadas, podem não ser as mais eficazes e, consequentemente, não conduzir aos resultados que desejamos. Porém, de algum modo, a realidade sempre bate à nossa porta, pedindo-nos para refletir melhor, para avaliar criticamente o que temos feito em face dos resultados que temos obtido.

Muitas vezes a nossa reação frente a essa situação se manifesta apenas na forma da insatisfação, da frustração, do desapontamento. Certamente, esses sentimentos aparecem porque não temos os elementos para compreender o que é inadequado no nosso trabalho e fazer as devidas correções de rumo. Nesse caso, podemos dizer que nos faltam os instrumentos para realizarmos a reflexão crítica e promovermos as transformações necessárias que nos levem a melhorar a nossa atuação e, assim, obter melhores resultados.

No caso do setor saúde, surgem, cotidianamente, situações de muita complexidade, envolvendo uma diversidade de relações e com alta pressão por resultados. Lidar com as demandas e necessidades de indivíduos, famílias e comunidades requer, entre outras coisas, instrumentos também complexos, para que façamos intervenções e avaliações adequadas.

Ao longo deste caderno de estudos você conhecerá a equipe de Saúde da Família – Equipe Verde – do bairro de Vila Formosa, do Município de Curupira, denominada, a partir de agora, apenas de Equipe Verde. Trata-se de uma equipe fictícia que estamos utilizando como recurso didático para subsidiar os estudos e compreensão dos temas abordados, aproximando-se do cotidiano do trabalho das equipes de Saúde da Família. Vamos então à apresentação dessa equipe e do território onde ela atua.

Município de Curupira

Curupira é uma cidade com cerca de 80.000 habitantes, que teve um crescimento populacional importante nas duas últimas décadas em função do êxodo rural ocorrido na região e da instalação de algumas indústrias (confecções). Como em várias cidades brasileiras, esse crescimento não foi acompanhado do correspondente crescimento econômico, de infraestrutura e muito menos de desenvolvimento social. Devido à sua situação geográfica estratégica, tem sido utilizada na rota do tráfico de drogas (maconha) do Nordeste para o Sudeste, com todas as consequências desse fato: violência e aumento do consumo de drogas. A cidade vive basicamente da agricultura (soja), de uma incipiente indústria, de agricultura e pecuária de subsistência em franco declínio e do plantio de tomate e batata, cuja produção, em sua quase totalidade é encaminhada para a Central de Abastecimento (CEASA). A atividade política partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais que se revezam à frente da administração municipal ao longo de décadas. Algumas lideranças novas têm aparecido e conseguido, por intermédio da Câmara de Vereadores, fazer um contraponto às práticas políticas tradicionais de cunho clientelista/assistencialista. A cidade sempre teve forte tradição na área cultural e movimenta a região com o seu festival de música e, ainda, preserva suas festas religiosas e seus grupos de congado. Na área de saúde, a cidade é sede da microrregião, sendo referência para consultas e exames de média complexidade, atendimento de urgência e emergência e o cuidado hospitalar, embora a estrutura do seu sistema de saúde deixe muito a desejar. Há aproximadamente cinco anos o município adotou a estratégia de Saúde da Família para a reorganização da atenção básica e conta hoje com 12 equipes na zona urbana e três na zona rural cobrindo 70% da população. Um grande problema no desenvolvimento da estratégia da SF, em que pese a uma remuneração superior à média do mercado, é a rotatividade dos profissionais de saúde, particularmente de médicos.

Comunidade de Vila Formosa

Vila Formosa é uma comunidade de cerca de 6.500 habitantes e fica na periferia de Curupira, tendo se formado principalmente a partir do êxodo rural ocorrido na década de 70 em função do avanço do plantio de soja por grandes empresas, com a consequente redução da agricultura familiar de subsistência. Hoje a população empregada vive basicamente do trabalho nas empresas rurais que plantam soja, do plantio de tomate e batata que acontece em pequenas propriedades rurais remanescentes localizadas na periferia da cidade, da prestação de serviços e da economia informal. É alto o número de desempregados e subempregados. A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere à rede de esgoto sanitário e à coleta de lixo. Parte significativa da comunidade vive em moradias bastante precárias. O analfabetismo é elevado principalmente entre os maiores de 40 anos, assim como a evasão escolar entre menores de 14 anos. Nas últimas administrações tem havido algum investimento público na comunidade (escola, centro de saúde, creche, asilo, etc.) em função da pressão da associação comunitária, que é bastante ativa. Existem várias iniciativas de trabalho na comunidade por parte da igreja e ONGs. Esses trabalhos estão bastante dispersos e desintegrados e, em sua maioria, voltados para crianças, adolescentes e mães. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas. Em Vila Formosa trabalham duas equipes de Saúde da Família – a Equipe Verde e a Equipe Amarela.

A unidade de saúde da Equipe Verde

A unidade de Saúde da Família de Vila Formosa 1, que abriga a Equipe Verde, foi inaugurada há cerca de 10 anos e está situada na rua principal do bairro que faz a ligação com o centro da cidade. Trata-se de uma casa alugada que foi adaptada para ser uma unidade de saúde.

A casa é antiga, porém bem conservada. Sua área pode ser considerada inadequada, considerando-se a demanda e a população coberta (3.100 pessoas), embora o espaço físico seja muito bem

aproveitado. A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual nos horários de pico de atendimento (manhã) cria-se certo tumulto na unidade. Isto dificulta sobremaneira o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Não existe espaço nem cadeiras para todos e muitos têm que aguardar o atendimento em pé. Essa situação sempre é lembrada nas discussões sobre humanização do atendimento. Não existe sala de reuniões, por isso a equipe utiliza o quintal, à sombra de um grande abacateiro, o que é bastante agradável quando faz calor, mas quando chove é um problema.

As reuniões com a comunidade (os grupos operativos, por exemplo) são realizadas no salão da associação de moradores que fica ao lado da unidade de saúde. Houve, porém, momentos – quando as relações da equipe de saúde com a diretoria da associação não eram as mais amistosas – em que as reuniões aconteciam no salão da igreja, que fica um pouco distante da unidade de saúde. A população tem muito apreço pela unidade de saúde, fruto de anos de luta da associação.

A unidade atualmente está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, porém até o final da última administração funcionava sem mesa ginecológica, glicosímetro, nebulizador e instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e curativos. A falta desses materiais constituiu um foco de tensão importante entre a equipe de saúde, a coordenação do PSF e o gestor municipal da saúde.

Equipe Verde

A equipe verde é formada pelos profissionais apresentados a seguir:

Mariana L.S., 28 anos, solteira, agente comunitária de saúde da microárea 1, com 180 famílias cadastradas. Mariana estudou até a 8ª série e trabalhava em uma pequena confecção como costureira antes de trabalhar como ACS.

José Antônio R., 18 anos, solteiro, estudante e agente comunitário de saúde da microárea 2, com 160 famílias cadastradas. É o primeiro trabalho de José Antônio, que pretende continuar os estudos e tentar o vestibular para serviço social.

Aline F.S., 25 anos, casada, 2 filhos, agente comunitária de saúde da microárea 3, com 170 famílias cadastradas. Aline estudou até a 2ª série do segundo grau e interrompeu os estudos quando ficou grávida de seu primeiro filho. Trabalhou anteriormente em um restaurante como cozinheira e participa ativamente da associação de moradores da comunidade. Tem facilidade para falar em público e ainda não perdeu as esperanças de retomar os estudos algum dia e, talvez, se tornar uma auxiliar de enfermagem.

Sônia Maria P.C., 20 anos, solteira, agente comunitária de saúde da microárea 4, com 150 famílias cadastradas. Sônia é procedente da zona rural onde morava e estudou até a 4ª série do primeiro grau, quando teve que abandonar os estudos pela dificuldade de acesso à escola e para ajudar a família na roça, que ainda vive até hoje do plantio de tomate e batata principalmente.

Marco Antônio P., 45 anos, solteiro, agente comunitário de saúde da microárea 5, com 200 famílias. Marco é uma pessoa tranquila e muito conhecida na cidade e sempre participa das ações desenvolvidas pela comunidade.

Joana de S.P., 48 anos, solteira, um filho, auxiliar de enfermagem. Joana trabalhou mais de 15 anos em hospital e há três anos foi aprovada na seleção e iniciou suas atividades no PSF, mantendo um plantão no hospital local no final de semana.

Renata C.T., 29 anos, solteira, médica. Formada há quatro anos decidiu "viver" a experiência do PSF para depois fazer residência (Ginecologia e Obstetrícia). Trabalhou por três anos no município vizinho, de onde saiu porque o novo prefeito desativou o PSF que havia sido implantado por seu adversário político. Participa da atual equipe há nove meses substituindo o médico anterior, que saiu porque o novo secretário de saúde estava exigindo o cumprimento das oito horas diárias de trabalho.

Pedro Henrique S.J., 32 anos, enfermeiro, solteiro. Pedro trabalha em Saúde da Família há oito anos, tendo sido coordenador da atenção básica quando da implantação da estratégia de Saúde da Família no município. Saiu da coordenação na mudança da administração e desde então atua na Equipe Verde. No princípio teve algumas dificuldades na relação com o atual coordenador, que não foram totalmente superadas.

Cláudia de O.C., 23 anos, cirurgiã-dentista. Cláudia é recém-formada e este é seu primeiro emprego após sua formatura. Decidiu trabalhar com a atenção básica após o seu estágio rural realizado em um pequeno município no norte de Minas Gerais. É uma pessoa muito dinâmica e cheia de planos.

Gilda M.S., 22 anos, técnica de saúde bucal. Gilda trabalha como TSB há três anos, tem o 2º grau completo e pensa em retomar os estudos e tentar fazer uma faculdade.

Maria das Dores P., 20 anos, auxiliar de saúde bucal. Trabalha como ASB desde a implantação da equipe; é muito habilidosa e gosta muito do seu trabalho.

José R.S., 40 anos, educador. José tem formação em educação e já trabalhou em vários setores da Secretaria Municipal de Educação, sendo responsável durante alguns anos pelo programa de alfabetização de adultos. Com a implantação do PSF no município, começou uma parceria com o setor saúde. Com a entrada do novo secretário municipal de educação, pediu para trabalhar junto às equipes de Saúde da Família, fazendo uma ponte entre a saúde e a educação. No momento trabalha em dois projetos de educação e saúde. Um projeto junto à escola do bairro Vila Formosa e outro junto ao assentamento do MST.

Funcionamento da unidade de saúde

A unidade de saúde funciona de 7:30 às 18:00 horas. Para tanto, é necessário o apoio dos agentes comunitários, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência como recepção e arquivo, sempre e quando estão presentes na unidade o auxiliar de enfermagem e/ou o enfermeiro. Isso tem sido motivo de algumas discussões, principalmente entre o enfermeiro da equipe e o coordenador de atenção básica, que justifica a necessidade de se utilizar o trabalho dos ACSs nessas atividades, pela dificuldade de contratação de outro auxiliar de enfermagem. Existe uma solicitação da comunidade para que o atendimento seja estendido até as 21:00 horas, pelo menos em alguns dias da semana. Essa demanda se justifica, segundo a comunidade, entre outros motivos, pelo fato de existirem muitos trabalhadores rurais que retornam do trabalho no final da tarde e, por isto, têm dificuldade de acesso à unidade de saúde. Essa questão já foi objeto de várias reuniões entre a equipe e a associação, porém até o momento não existe proposta de solução.

O dia-a-dia da Equipe Verde

O tempo da Equipe Verde está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento à demanda espontânea (maior parte) e a alguns programas como saúde bucal, pré-natal, puericultura, "preventivo" de câncer de mama e ginecológico, atendimento individual a hipertensos e diabéticos e acompanhamento a crianças desnutridas. A equipe já tentou desenvolver outras ações de saúde como, por exemplo, criação de uma horta comunitária, grupo de hipertensos e diabéticos, grupos de caminhada, que, com o tempo, se mostraram pouco frutíferas. No início, essas iniciativas conseguiram despertar algum interesse da comunidade, mas logo as pessoas "sumiam" e o trabalho "morria". Em relação aos grupos de hipertensos e diabéticos, a equipe resolveu condicionar a "troca das receitas" à participação nas reuniões, fato que provocou alguns questionamentos por parte da população e de alguns membros da própria equipe e que não mudou qualitativamente a participação nas reuniões.

A falta de um projeto e de uma avaliação mais sistemática do trabalho tem sido motivo de alguns conflitos entre os membros da equipe.

Uma queixa geral é a falta de tempo por causa da demanda de atendimento. Com o passar dos anos, essa situação e a falta de perspectivas de mudanças têm provocado muito desgaste na equipe. O grupo ficou um pouco animado com a possibilidade da médica, do enfermeiro e da cirurgiã-dentista participarem do curso de especialização em Saúde da Família. A novidade foi comunicada durante a última reunião da equipe à sombra do abacateiro, num final de tarde de sexta-feira.

E então, o que você achou da Equipe Verde? Em que ela se assemelha e em que ela se diferencia da sua equipe?

Nessa apresentação, a Equipe Verde já revelou um pouco dos problemas que ela enfrenta e também da forma como ela trabalha. Neste sentido, um dos primeiros passos desta unidade didática será uma reflexão sobre o seu processo de trabalho (e de sua equipe). Este exercício inicial deverá acompanhar todo o desenvolvimento deste primeiro módulo, que trata especificamente do processo de trabalho e que continuará nos demais módulos.

Para um bom aproveitamento em seus estudos, é importante que você faça todas as atividades, leia os textos complementares, participe e contribua nas discussões nos fóruns e dos encontros presenciais. Finalmente, esperamos que você explore esta unidade didática com a compreensão de que ela é apenas mais um momento no seu processo de desenvolvimento e qualificação (e de sua equipe).

Introdução ao módulo

Neste módulo pretendemos estimular uma reflexão sobre os modelos assistências em saúde em diferentes contextos, situando, no caso do Brasil, a sua evolução em diferentes momentos históricos e os principais determinantes dessa evolução. Trataremos em particular do Sistema Único de Saúde e da estratégia de Saúde da Família entendida como projeto de reorganização da Atenção Básica de Saúde e de implementação do novo modelo assistencial que está expresso em nossa Constituição. Abordaremos ainda o trabalho da equipe de Saúde da Família no esforço de reorientação da ABS e de mudança de modelo assistencial. Neste sentido organizamos o módulo em três seções:

- Seção 1 apresenta uma discussão dos modelos assistenciais em saúde e dos modelos assistenciais no Brasil
- Seção 2 discute a estratégia de Saúde da Família no âmbito da reorganização da Atenção Básica à Saúde;
- Seção 3 retoma a discussão do processo de trabalho em saúde iniciada no módulo Processo de Trabalho em Saúde (FARIA, 2009) orientada para a implementação da estratégia de Saúde da Família e da gestão do trabalho da equipe de Saúde da Família.

Esperamos que você aproveite bem este módulo lendo todos os textos, participando dos fóruns e realizando todas as atividades. Com a reflexão proposta, esperamos contribuir para a organização do processo de trabalho da sua equipe na perspectiva da mudança do modelo assistencial, na busca da qualidade do cuidado em saúde prestado por sua equipe e na efetiva implementação do SUS.

Seção 1

Modelo assistencial em saúde

Dando continuidade à discussão iniciada no módulo I sobre o processo de trabalho, vamos iniciar esta seção com uma reflexão sobre os modelos assistenciais em saúde, enfocando principalmente o contexto brasileiro.

Esperamos que ao final desta seção você seja capaz de:

- Discutir os diferentes conceitos de modelo.
- Compreender o cenário de implantação dos diferentes modelos ao longo da história e seus determinantes.
- Conhecer a evolução dos modelos assistenciais no Brasil de forma geral e do Sistema Único de Saúde em particular.

Para ajudá-lo a atingir os objetivos, organizamos esta seção em três partes: na primeira, faremos uma reflexão sobre o conceito de modelo; daremos continuidade com a discussão dos modelos assistenciais em saúde em geral – segunda parte – e dos modelos assistenciais em saúde no Brasil e do Sistema Único de Saúde (SUS) em particular – terceira parte. Esperamos que sua equipe, a partir destas reflexões, possa implementar mudanças no seu processo de trabalho no sentido de concretizar o modelo assistencial que fundamenta o SUS.

Como ponto de partida, você deve ler o texto seguinte, que faz uma abordagem sobre o conceito de modelo.

Parte 1

O que é um modelo?

Os debates em torno da ideia de modelo são antigos. Provavelmente já estavam no cerne da discussão de Platão com os sofistas. Qual a melhor referência para orientar nossas ações ou nosso aprendizado: os relatos de sucessos em assuntos correlatos ao que estamos tentando fazer ou aprender, como queriam os poetas e os sofistas, ou apreender os modelos, essências ou as formas inteligíveis dos objetos com os quais estamos trabalhando?

A construção teórica de objetos de conhecimento, os objetos ideais - as formas inteligíveis de Platão -, que tinha como inspiração a Matemática e a Geometria e que o mesmo queria estender a todos os campos do saber humano, não permitia prescindir dos objetos reais ou dos fatos concretos. Contudo, supunha que a utilização desses construtos mentais, ou modelos, como referência para nosso aprendizado e nossas ações seria mais efetiva que as imagens oferecidas pelos poetas ou contadores de histórias. Assim como os quadrados, cubos, círculos, esferas e outras figuras geométricas funcionam como modelos ou referências de cálculo para a confecção de ferramentas, casas, etc., modelos similares, segundo Platão, também devem ser usados para pensarmos a cidade, o comportamento humano e demais coisas. Seguindo seu raciocínio, uma cidade ideal – ou ideada, esquematizada ou pensada, segundo alguns –, seria uma melhor referência para orientar nossas ações do que as cidades existentes com suas imperfeições, contradições e problemas. Da comparação entre uma cidade ideal e uma dada cidade concreta resultariam diferenças entre uma e outra. O governante ou gestor poderia, partindo dessas diferenças constatadas, gerar um programa de trabalho para aproximar a cidade concreta da cidade ideal. Dito de outra forma, a diferença entre o ideal e o real corresponde ao que devemos fazer.

Esse debate de Platão vai continuar com seu discípulo Aristóteles, que julgava que a doutrina das ideias ou das essências inteligíveis ou

dos universais não era passível de ser estendida a todos os campos do conhecimento e da ação. Para Aristóteles, existiam fatos ou situações que eram singulares e por isto não eram passíveis de serem universalizados ou de serem enquadrados em modelos. Além do mais, acreditava que "[...] não se deve querer a mesma precisão em todos os raciocínios (mas) [...] buscar a precisão, em cada gênero de coisas, até o ponto que o assunto permite [...] É insensato aceitar um raciocínio apenas provável de um matemático e exigir demonstrações científicas de um retórico". Desta forma, enquanto em sua *República* Platão constrói uma cidade ideal que todos deveríamos ter como referência para agirmos em nossas próprias cidades, Aristóteles propõe que nos inspiremos em cidades concretas e conhecidas, bem governadas, onde a vida é boa, para orientar nossas ações frente a um problema a resolver. Para as leis ou a constituição de nossa cidade, enquanto Platão sugere que ela deva seguir um modelo racional, inteligível, Aristóteles preconiza que nos inspiremos nas melhores constituições existentes, para adequar ou construir a nossa própria constituição.

Afinal, qual é mesmo a moral desta história? O que devemos fazer? Utilizar modelos teóricos ou nos inspirarmos em situações concretas bem resolvidas para orientar nossas ações frente a problemas concretos?

Bem, podemos considerar que ambas são alternativas passíveis de serem utilizadas e podem ajudar, dependendo da situação em que nos encontremos.

O grande problema com os modelos teóricos é erigi-los à categoria de verdades eternas ou incontestáveis. É querer transformá-los no argumento que acaba com o diálogo ou no parâmetro final pelo qual o sistema de saúde ou o trabalho de uma equipe concreta é avaliado. Por seu turno, inspirar-se no que está sendo feito em um determinado lugar para lidar com um determinado problema pode nos levar a equívocos em função de que esse problema nesse lugar determinado se reveste de uma circunstância específica que não é a mesmo na qual estamos vivendo. Assim, adotando o procedimento de simplesmente transplantar uma experiência que obteve sucesso em um determinado aspecto para outro local, corremos o risco de que esse sucesso não se repita. Porém, se considerarmos ambas as alternativas como construtos humanos, contextuais, históricos ou apenas como mais um recorte possível entre os muitos, certamente poderão contribuir para a nossa compreensão de diferentes situações e orientar nossas ações.

A utilização de modelos teóricos como referência é comum em vários campos do conhecimento. Assim, temos modelos matemáticos, econô-

Para refletir...

De certa forma, as questões abordadas anteriormente estão postas também para os gestores em relação à organização dos sistemas de saúde e para as equipes de saúde para a organização do seu processo de trabalho. Qual a melhor alternativa? Basear-se em modelos ou fórmulas de bom funcionamento de um sistema de saúde ou do que seria uma boa organização do trabalho de uma equipe ou inspirar-se em sistemas e equipes já existentes e que mostram bom desempenho?

micos, uma multiplicidade de modelos teóricos na Física e na Química, etc. A utilização de modelos nas ciências da saúde é muito frequente. Mesmo na pesquisa experimental em saúde temos a construção de modelos vivos, como as doenças ou mutações genéticas que são produzidas em animais para o estudo de alguns dos nossos problemas de saúde e até mesmo de nossos comportamentos.

Na saúde coletiva, o uso de modelos também é muito comum. Sua construção se dá das mais variadas formas. Uma das mais comuns é a análise de sistemas de saúde existentes ou que já existiram em diferentes países, recortados por algumas variáveis ou categorias de análise. Da aplicação dessas categorias de análise aos sistemas de saúde resulta certa tipologia de sistemas que podem ser comparados entre si. Campos (1992) considerava que:

> [...] é possível a identificação concreta de diferentes modos ou formas de produção, conforme o país e o período histórico estudado, um pouco em analogia com o conceito marxista de formação econômico-social. Portanto, forma ou modo de produção de serviços de saúde seria uma construção concreta de recursos (financeiros materiais e de força de trabalho), tecnologias e modalidades de atenção, articulados de maneira a constituir uma dada estrutura produtiva e um certo discurso, projetos e políticas que assegurassem a sua reprodução social. (CAMPOS, 1992, p. 221).

Nossa abordagem da questão de modelos assistenciais em saúde adotará essa vertente. A de examinar sistemas de saúde existentes ou que já existiram em diferentes localidades e, a partir daí, compor uma tipologia que permita examiná-los e compará-los. Para a compreensão dos modelos assistenciais, lançaremos mão não apenas dos arranjos institucionais e organizacionais que lhes dão suporte, mas também dos paradigmas científicos ou pensamentos que estão por trás desses modelos.

No início do século XX o médico polonês Ludwig Fleck criou a ideia de paradigma médico. Essa ideia consistia em identificar um conjunto de conceitos, princípios e teorias que dessem suporte a um determinado modo de ver os problemas. A partir desse conjunto de conceitos, procurava explicar como as diferentes teorias ou procedimentos médicos encontravam suporte, justificativa e racionalidade na sua aplicação. Mais tarde, Kuhn (1982) ampliou consideravelmente essa visão, criando o conceito de paradigma científico. Um conjunto de teorias, princípios, argumentos que

se sustentavam reciprocamente. Em sua concepção, uma comunidade científica produzia hipóteses, ideias, explicações e sugeriam práticas, tendo como referência esse conjunto.

Ao longo da história, vez por outra um paradigma dominante ou hegemônico é substituído por outro que se mostra mais atual, explicando problemas e propiciando abordagens que, em geral, são capazes de resolver a maioria dos problemas sanados pelo paradigma anterior, além de propiciar a solução de novos problemas.

Atualmente, o termo paradigma tem múltiplos usos. Além dos anteriormente mencionados, se prestam a denotar conjuntos distintos de teorias explicativas sobre um mesmo problema. A título de exemplo, é comum ouvirmos que determinadas explicações do processo de saúde e doença pertencem ao paradigma biomédico, que outras explicações desse mesmo processo pertencem ao paradigma social. É comum também que o termo paradigma seja utilizado até mesmo como sinônimo de campo de conhecimento. Neste texto utilizaremos o termo paradigma para expressar tanto o conjunto de teorias, conceitos e ideias científicas que dão suporte a determinadas práticas ou visões da saúde como para denotar diferentes campos de visões de um mesmo assunto. Assim, no século XIX, assistimos à mudança do paradigma miasmático - que procurava a causa das doenças em emanações, humores e vapores - pelo paradigma infeccioso, que procurava nas bactérias e agentes infecciosos as causas das doenças. Essa mudança ocorreu dentro de um mesmo campo de práticas, o campo biomédico. Porém, em uma mesma época, diferentes campos de práticas podem ter distintos conjuntos explicativos para o mesmo processo de adoecer, como é o caso dos paradigmas biomédico e social atualmente.

Web

Atividade 1

A partir dos elementos apresentados no texto anterior você deve elaborar um conceito para modelo assistencial em saúde para apresentá-lo no fórum de discussão.

Após esta primeira aproximação com o conceito de modelo vamos iniciar nossa reflexão sobre os modelos assistenciais em saúde em geral correlacionando-os como os paradigmas que os sustentam. Esperamos que esta reflexão ajude a entender a evolução do nosso sistema de saúde e seus determinantes.

Parte 2

Os modelos assistenciais em saúde

Você já deve ter ouvido inúmeras vezes expressões como "modelo medicocêntrico", "hospitalocêntrico", "sanitarismo campanhista", entre outras. É bem possível que tenha presenciado, em algum debate, o expositor se referir a determinadas corporações da saúde como tendo uma visão "biológica e reducionista" do ser humano ou que determinada forma de organizar e prover os serviços de saúde tem caráter "liberal privatista". É provável, por outro lado, que, vez por outra, tenha escutado alguém dizer que essas expressões são típicas de alguns "esquerdistas ociosos" que não atendem diretamente às pessoas e que "militam" nas esferas "burocráticas" ou políticas do sistema de saúde. Pode até ser que alguém já tenha se dirigido a você perguntando: afinal de contas, você é um médico, enfermeira, cirurgião-dentista ou psicólogo de verdade ou é um desses sanitaristas que andam por aí tergiversando sobre tudo em geral e que não entendem de nada em particular?

Vamos tentar situar as questões em outro plano. O fato é que os sistemas de saúde, as organizações de saúde e suas formas de interagir se mostram diferentes quando os observamos ao longo da história, nas diversas localidades onde concretamente se encontram inseridos e, acima de tudo, dependendo do tipo de enfoque que utilizamos para abordá-los. Isso também ocorre com **o trabalho das diversas corporações** de trabalhadores **e sua valoração social**.

Durante praticamente todo o século XX o hospital e seu quadro médico ocuparam uma posição de centralidade na organização dos sistemas de saúde de praticamente todos os países do Ocidente. Falar de sistema de saúde se restringia, quase sempre, a discutir como organizar médicos e hospitais. Mas isto não foi sempre assim. O hospital nem sempre foi lugar de doentes e até mesmo a associação entre médicos e hospitais é fato relativamente recente na história dos hospitais.

O hospital, como o conhecemos hoje, é considerado por muitos historiadores e sociólogos, como Steudler (1974), Rosen (1980) e Antunes (1991), uma criação da cristandade da alta Idade Média. Etimologicamente, a palavra vem do latim *hospitale* (lugar onde se recebem pessoas que necessitam de cuidados, alojamento, hospedaria), ou *hospes,* hóspedes ou convidados. Inicialmente, ficava próximo das igrejas e recebia todo tipo de pessoa que necessitasse de alguma ajuda. Não apenas doentes, mas pobres, incapacitados, peregrinos, vagabundos, órfãos, idosos, etc. Os relatos históricos datam o surgimento dessas organizações a partir do final do século IV e início do V. Ao longo de toda a Idade Média, esses estabelecimentos foram se multiplicando, diferenciando e assumindo finalidades distintas, entre as quais merecem destaque os *nosocomia*, que eram hospitais ou enfermarias que prestavam assistência aos doentes ou enfermos. Porém, essa assistência não tinha como objetivo, mesmo se tratando de doentes, a cura de seus males, mas, principalmente, a salvação de suas almas. Pode-se dizer que o hospital da Idade Média foi menos um estabelecimento sanitário do que um *locus religiosus* e sua missão uma *pia causa,* a de assistir aos pobres, estivessem eles enfermos ou não, com pouca ou nenhuma presença de médicos. E ainda não se constituíam em uma preocupação importante do Estado. O espaço do hospital era ocupado basicamente com os profissionais de Enfermagem e que se ocupavam do cuidado – inclusive da alma – das pessoas. Essa atuação marca a profissão até hoje em suas características de abnegação e preocupação com o próximo.

Entre os séculos XVIII e primeira metade do século XIX, segundo Foucault (1989), os hospitais, além de progressivamente saírem da gestão da Igreja, passando para a gestão do Estado, vão se tornar progressivamente local de doentes e dos médicos, para lá atraídos pela possibilidade de estudar e melhorar sua prática clínica. O fato é que o hospital tornou-se uma via paralela de ensino cada vez mais importante e legitimada e também um local de trabalho insubstituível para os médicos. À medida que a clínica foi se desenvolvendo, a atribuição de diplomas médicos passou a depender não apenas da presença efetiva dos estudantes nas salas de anatomia das academias, mas também da prática clínica nas enfermarias à cabeceira do doente internado. Seja em função do ensino, seja em função do trabalho, o médico passou a ligar-se mais ao hospital. Essa articulação recém-iniciada entre médicos e hospital mudou profundamente a vida dos

dois. No hospital, a saúde do corpo substituiu progressivamente a salvação da alma como objetivo, enquanto para os médicos a clínica, mudando seu enfoque da doença como essência abstrata, passou a ver o indivíduo no hospital como corpo doente a demandar uma intervenção que dê conta de sua singularidade, que Foucault tão bem descreve no Nascimento da Clínica.

No início da segunda metade do século XIX, a teoria bacteriológica de Pasteur e Koch jogou por terra a teoria miasmática como explicação para o adoecimento, operando uma brutal mudança de paradigma. As doenças não mais tinham como explicações os vapores, humores, emanações, mas sim bactérias – animálculos, como queriam alguns -, agentes infecciosos, contando os médicos e, consequentemente, os demais profissionais de saúde, com uma nova forma de abordagem. Uma nova linguagem foi criada para descrever as doenças e as práticas dos profissionais. Contágio, período de incubação, mecanismos de transmissão, hospedeiro, agente infeccioso, reservatório, etc. passaram a fazer parte do novo vocabulário. Para dar suporte à prática médica, faz-se necessário um novo apoio, um equipamento para visualizar a bactéria e, progressivamente, aferir outros problemas, o laboratório. O médico já não depende apenas de seu conhecimento clínico e de seu estetoscópio. O laboratório passa a fazer parte de sua vida e é instalado predominantemente nos hospitais. O hospital incorpora um novo parceiro que vem para ficar, o laboratório.

Se essa associação entre *médicos e hospitais,* com seu novo paradigma *científico* e o uso de métodos assépticos e antissépticos, permitiu reduzir drasticamente as mortes por infecções, suas inconveniências não tardaram a se manifestar. Na fase miasmática, já se fazia uma associação entre pobreza, insalubridade e doença. Na teoria de Pasteur, são as bactérias ou agentes infecciosos as causas dessas doenças. É no microscópio, e não na forma de organização da sociedade, que se procuram suas causas. A história natural da doença é dominada pelos fenômenos biológicos e sua história social é praticamente abolida. O tratamento e a prevenção das doenças deixam de ter relação com a redução da pobreza, passando a demandar outros mecanismos. O combate à pobreza dá lugar à procura de estratégias que abortem a transmissão, o contágio, a infecção, etc. Muitos anos vão ser necessários até que se volte novamente a associar as doenças à pobreza ou a formas de organização da sociedade. Nas anamneses de médicos, enfermeiras e outros profissionais de saúde, esse fenômeno mostra sua face até hoje. Basta observar o diminuto tamanho da história social dos usuários, quando registradas!

Florence Nightingale, fundadora da Enfermagem moderna, durante a guerra da Crimeia (1854-1856), integrou o corpo de Enfermagem britânico como enfermeira-chefe do exército, em Scutari, Turquia. Embora não conhecesse o conceito de contato por microrganismos, uma vez que este ainda não tinha sido descoberto, constatou que a falta de higiene e as doenças matavam elevado numero de soldados hospitalizados por ferimentos. Assim, desenvolveu um trabalho de assistência aos enfermos e de organização da infraestrutura hospitalar que a tornou conhecida em toda a frente de batalha, consagrando a assistência aos enfermos em hospitais de campanha. Suas reformas reduziram a taxa de mortalidade em seu hospital militar de 42,7 para 2,2% e voltou famosa da guerra, passando a batalhar, com considerável sucesso, pela reforma do sistema militar de saúde. Depois da guerra, publicou *Notes on Matters Affecting the Health,Efficiency and Hospital Administration of the British Am*y (1858) e fundou uma escola de enfermagem no Hospital de St. Thomas, em Londres, a primeira escola de Enfermagem do mundo (1860).

Do final do século XIX à primeira metade do XX, o hospital foi progressivamente se tornando uma organização complexa. Já havia incorporado o laboratório de bacteriologia, o bloco cirúrgico, as técnicas de assepsia e antissepsia e, na passagem do século XIX para o século XX, incorporou os Raios-X e a patologia clínica. Esses e vários outros setores foram, paralelamente aos avanços da ciência, se sofisticando. Assim, o hospital, que anteriormente se constituiu como lugar onde os pobres aguardavam a morte ao abrigo da caridade pública, passou a ser considerado lugar onde se procura a cura para as doenças. Em seu interior, o trabalho para a salvação da alma deu lugar a uma prática clínica para o restabelecimento da saúde do corpo. Uma das mais importantes consequências é que, pela primeira vez em toda a história do hospital, seus serviços deixaram de ser procurados apenas pelos pobres. Para ele, acorriam também os ricos a procurar tratamentos para os seus males. Passou a ser o centro mais importante de pesquisa, ensino, aprendizagem e dispensação de cuidados à saúde.

Esse período da evolução dos hospitais coincide também, segundo Steudler (1973) e Friedson (1970), com o reconhecimento de direito e de fato da Medicina como **profissão**. Isto equivale a dizer que a Medicina tornou-se uma prática dotada de autonomia técnica, de poder jurisdicional e de autorregulamentação. E essa associação entre **hospital**, **Medicina** e uma determinada **visão científica** - no caso em questão, a Biologia -, vão se constituir no pensamento hegemônico da segunda metade do século XIX e da primeira metade do século XX. Quando países, associações e organizações vão enfrentar problemas sanitários ou construir sistemas de saúde, a alternativa que se apresenta é essa associação entre médicos, hospitais e Medicina científica. Certamente, não era a única, mas a que

prevaleceu com mais frequência. Provavelmente, a essa altura as expressões "hospitalocêntrico", "médicocêntrico" e "visão biológica e reducionista" já faziam mais sentido.

Embora hospitais, médicos e certa visão de ciência, que dava mais ênfase aos fenômenos biológicos para orientar as práticas nos sistemas de saúde, fossem comuns a praticamente todos os países do Ocidente, inclusive em países socialistas, as formas de organizar esses serviços e ofertá-los à população variou amplamente desde o início do século XX. Enquanto nos países socialistas e também na maioria dos países europeus organizaram-se os **Sistemas Nacionais Públicos de Saúde**, nos Estados Unidos da América e alguns outros países desenvolveu-se o que é chamado por alguns autores de **Modelo Liberal Privatista**. Embora esta tipologia seja muito genérica e abarque muitas diferenças entre países ou sistemas, um conjunto de características predominantes em cada uma pode nos orientar na análise comparativa dos sistemas de saúde.

Em linhas gerais, poderíamos dizer que o que caracteriza os sistemas nacionais públicos de saúde é seu caráter de acesso universal, fortemente regulado e financiado pelo Estado, com serviços ofertados ao conjunto da população diretamente pelo setor público ou a partir da compra de serviços de profissionais ou organizações privadas. No Modelo Liberal Privatista a população compra os serviços de saúde diretamente dos prestadores, por meio de diferentes tipos de associações que vão desde o mutualismo até empresas que intermedeiam a relação entre usuários e os serviços que, em geral, se situam como prestadores privados de assistência à saúde.

Segundo Graça (2000), no Pós-Guerra a extensão da proteção social e, consequentemente, da saúde a toda a população, que ocorreu em diferentes graus de intensidade, na maioria dos países se deu tendo como objetivo principal disponibilizar médicos e hospitais para a população. Isto fez com que houvesse significativo aumento da procura a serviços hospitalares. Em decorrência disso, verificou-se, até a década de 60, elevado aumento do número de hospitais, de leitos hospitalares, de profissionais ligados aos hospitais e do número de serviços prestados, em praticamente todos os países da Europa e também da América do Norte. Em quase todos os países do Ocidente, em períodos que se diferenciaram em alguns anos, a saúde passou a se constituir como um direito garantido constitucionalmente, a ser provido diretamente pelo Estado ou por seguros públicos ou privados de saúde, em diferentes arranjos de financiamento e de prestação de serviços e com marcante aumento do acesso a médicos e à hospitalização.

Nos anos 70 e 80 do século XX, a associação entre o aumento da clientela e a ampliação do acesso aos serviços, operada pela implementação do direito à saúde como política da maioria dos países ocidentais, e o aumento dos custos decorrentes de uma Medicina hospitalar cada vez mais especializada e equipamento-dependente resultaram em expressivo aumento do gasto com assistência médica ao longo dos anos, o que, de alguma forma, ainda repercute até o presente. A Figura 2 (extraída de Mckee, 2002, p.50) evidencia o crescimento dos gastos em relação aos percentuais dos produtos internos brutos (PIB) de diversos países e dá ideia do impacto econômico dessa forma de assistência à saúde que, como havíamos mencionado anteriormente, tinha os hospitais e a Medicina especializada como centro dos sistemas de saúde.

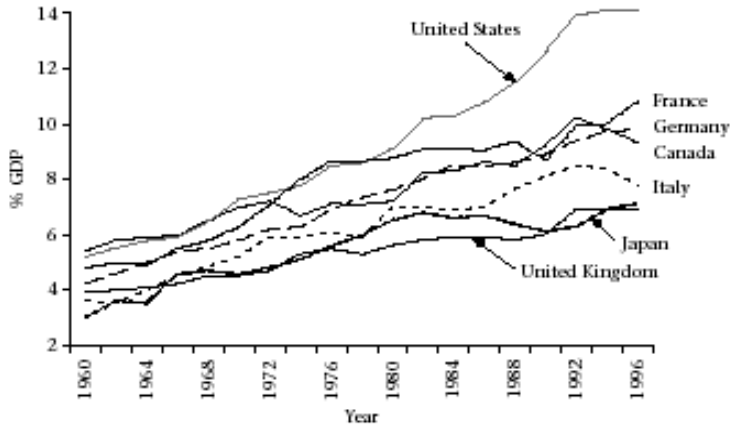

Figura 1 - Gasto total em saúde em relação aos percentuais dos produtos internos brutos dos sete países mais desenvolvidos.

Fonte: MCKEE, M. *et al*. Pressures for change. *In*: MCKEE, M.; HEALY, J. (Ed.). Hospitals in a changing Europe. Buckingham, Open University Press, 2002. P.50

No entanto, essa ampliação nos gastos não se fez acompanhar da melhoria dos indicadores de saúde. Um extenso número de pesquisas e estudos começou a mostrar a ausência de correlação direta entre níveis e indicadores de saúde em cada país e o gasto em saúde, seja em termos de gasto *per capita* ou de percentuais do PIB, o que também continua prevalecendo até nossos dias.

Nesse contexto, a importância e a legitimidade do hospital, com sua espiral tecnológica e científica e o processo de especialização médica, começaram a serem questionadas em sua capacidade de melhorar a qualidade de vida ou os indicadores de saúde. A permanente incorporação

de novas tecnologias no interior do hospital, bem como a especialização e as práticas de saúde dependentes de equipamentos, tornaram-se uma indústria em si mesmas, sem que se notassem igualmente seus efeitos práticos. Ao mesmo tempo, os efeitos colaterais perversos desse processo de tecnificação começaram a mostrar de forma mais dramática sua face. O uso abusivo de antibióticos e de psicofármacos, o excesso de exames complementares, alguns dos quais de natureza invasiva, passíveis de levar a complicações e até mesmo à morte, levou autores como Illich (1975) a denunciar a iatrogênese e questionar a eficácia dessa Medicina tecnicista e hospitalocêntrica.

Devers (1976) produziu, a partir de vários estudos, um modelo para a análise de políticas de saúde que tinha como suporte a epidemiologia. Questionável sob vários aspectos, esse modelo tornou-se emblemático, pois permitia mensurar, em países industrializados, os impactos de várias modalidades de intervenção em saúde e sua potência relativa em termos de aumento da sobrevida da população. A pequena importância relativa do sistema de saúde, até então centrado no hospital e na prática médica convencional, e sua potencial contribuição para a redução da mortalidade nos Estados Unidos ressaltavam um questionamento radical da forma como os serviços de saúde estavam organizados. Os estudos mostravam que de quatro grandes grupos de fatores - estilos de vida, biologia e genética, meio ambiente e sistema de saúde -, o que tinha menos contribuição em termos de aumentar os anos potenciais de vida era o sistema de saúde, sugerindo que investimentos mais altos fossem feitos em outros campos. Os pesos relativos de cada um desses fatores em relação aos Estados Unidos da América se encontram estampados em números que representam percentuais na Figura 2.

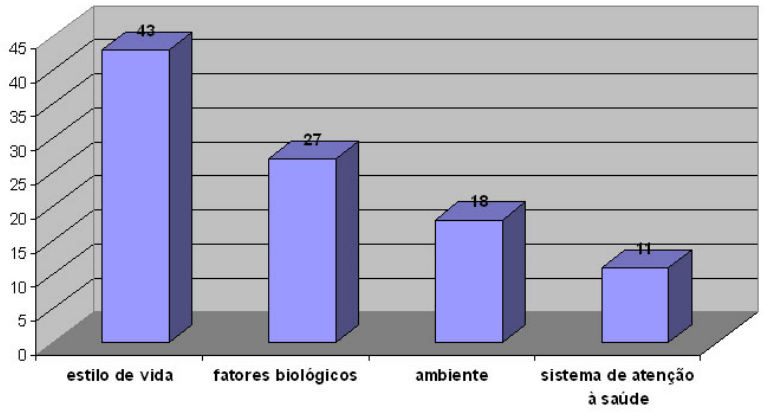

Figura 2 – Contribuição potencial de intervenções para redução da mortalidade nos Estados Unidos.

Fonte: Adaptado de Devers (1976): An Epidemiological Model for Health Policy Analysis, Soc Ind Res, 1976; vol 2, p 465.

Em 1978, na Conferência de Alma-Alta (Casaquistão), a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o seu programa *Saúde para todos no ano 2000*, baseado num conceito que não era novo, o de cuidados primários em saúde, abordado por americanos e ingleses no começo do século XX. Essa proposta implicava uma outra filosofia e toda uma reorientação da organização dos serviços de saúde e procurava dar ênfase à prevenção das doenças e à promoção da saúde, pressupondo, também, a participação comunitária, a intersetorialidade para a abordagem dos determinantes sociais das doenças, a atuação em equipes multidisciplinares e incorporando toda uma racionalidade no uso e dispensação de serviços de saúde que revaloriza o conjunto de profissionais que trabalham na atenção primaria.

Seja em decorrência do processo de contenção de custos, seja em decorrência da crise de legitimidade, o fato é que praticamente todos os movimentos de reforma dos sistemas de saúde das últimas três décadas no Ocidente vêm procurando reorientar os modelos de organização dos serviços bem como suas práticas assistenciais. Alterar o peso relativo e a forma de inserção do segmento hospitalar no setor saúde foi medida adotada em praticamente todos os processos de reforma sanitária ocorridos nestas últimas décadas. A redução ou racionalização dos gastos com serviços hospitalares e a proposta de melhoria dos serviços de saúde por meio da atenção básica esteve presente em quase todas as discussões sobre os sistemas de saúde nas últimas três décadas.

Obviamente, estas não são as únicas razões para as reformas e mudanças nos modelos de organização de serviços que vêm se dando nas últimas décadas. É necessário acrescentar a estas considerações que, segundo vários autores, como Almeida (1999; 2002), Viana (2002) e Cohn (2002), entre outros, iniciou-se, nessas mesmas décadas, uma redução ou estancamento dos gastos com a proteção social, em vários países, o que trouxe constrangimentos à expansão dos gastos com a saúde. Esse movimento, caracterizado pelos autores mencionados como uma ofensiva neoliberal, além da contenção de gastos sociais pela esfera estatal, implicava investimentos em uma reestruturação produtiva, abrangendo a maioria dos setores econômicos, o que afetou de forma substantiva o funcionamento do *Welfare State* e, consequentemente, dos sistemas de saúde.

Parte 3

Os modelos assistenciais no Brasil

Foto: Paulo Rodino – Fiocruz Multimagens

No Brasil, vários movimentos em relação aos hospitais, aos profissionais de saúde e sistema de saúde seguiram, de forma geral, curso similar ao ocorrido em outros países. No entanto, algumas diferenças de datas e peculiaridades brasileiras merecem ser destacadas. Já no período do império algumas tendências se mostravam evidentes. O aparato estatal se ocupava eminentemente de saneamento de portos, das cidades, do controle de epidemias e endemias, tendo construído poucos hospitais próprios, basicamente militares, deixando a cargo da filantropia (santas casas de misericórdia) a construção e manutenção de hospitais. A Medicina privada e uns poucos hospitais em algumas cidades mais importantes do império somente estavam à disposição das classes mais abastadas.

No início do século XX, o Estado brasileiro ampliou suas ações de cunho higienista voltadas para a vigilância dos portos, saneamento das cidades, controle de grandes epidemias e das endemias que assolavam o país, fazendo-o na forma de campanhas sanitárias, como as promovidas por Oswaldo Cruz para sanear o Rio de Janeiro.

É nesse panorama, em 1922, que a Enfermagem moderna (iniciada com Florence Nightingale) chega ao Brasil, com uma missão de enfermeiras americanas convidadas por Carlos Chagas – diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), com financiamento da Fundação Rockfeler.

Essas campanhas frequentemente se faziam de forma autoritária, empregando estratégias militares para sua implementação, o que não raro levou a verdadeiros levantes populares, como o ocorrido no Rio de Janeiro no início do século XX, conhecido como a Revolta da Vacina. Por este motivo, muitos historiadores da saúde pública têm se referido a essa quadra de nossa história como período do **sanitarismo campanhista**. No campo da assistência hospitalar, o aparato estatal especializou-se apenas em segmentos populacionais que, segundo o pensamento dominante à época, poderiam potencialmente trazer impactos não apenas para os indivíduos em si, mas também para toda a população. Assim, vai especializar-se, em termos de assistência hospitalar, em doenças infecciosas (hanseníase e tuberculose em especial) e saúde mental, segundo documento do IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA-IBGE, 2002).

Ficou a cargo da filantropia a assistência médica individual aos pobres e ao mercado a assistência aos que podiam pagar diretamente ou por diversos arranjos mutualistas, iniciados por sindicatos e comunidades de imigrantes. Desta forma, em relação aos hospitais, temos dois polos de crescimento que se desenvolveram paralelamente durante longo período: um representado pelo aparato estatal, voltado para as doenças infecciosas e a saúde mental, e o outro representado pela filantropia e pelo setor privado. Estes últimos mantidos pela caridade pública ou pela compra direta de serviços pela parcela mais abastada da população, o que era feito por intermédio dos incipientes arranjos mutualistas, que no futuro se transformaram na seguridade social do país e diretamente pelos cidadãos de posses.

Em resumo, pode-se dizer que nesse período o crescimento dos hospitais se processou de forma distinta quanto ao tipo de instituição – pública, privada lucrativa e não lucrativa –, como pode ser visto a seguir.

Na esfera pública esse crescimento se deu principalmente no nível federal voltado principalmente para as grandes endemias e a saúde mental, com os estados e municípios edificando pequenos hospitais voltados para o atendimento de urgências e emergências e, em algumas situações, para o atendimento a seus próprios servidores.

Na esfera previdenciária observou-se o crescimento de uma rede própria de hospitais dos antigos Institutos de Aposentadoria e Pensões

(IAP), mas, acima de tudo e apesar de sua precariedade, um impulso significativo das redes filantrópica e privada em função da constituição de um potente mercado comprador e financiador de serviços de saúde representado pelos IAPs. Embora a compra de serviços beneficiasse principalmente a rede filantrópica, já se fazia notar nesse período a presença de uma crescente rede com características estritamente privadas de hospitais, como sugere Guimarães (1989). O crescimento dos segmentos filantrópico e privado nesse período já superava o crescimento do setor público. Segundo Santos e Gerschman (2006), em 1950, 53,9% dos leitos hospitalares no Brasil eram privados, predominando, no entanto, entidades mutualistas e filantrópicas que suplementavam redes estatais. Em 1960, 62,1% dos hospitais eram privados, dos quais 14,4% com fins lucrativos. Portanto, o movimento de ampliação do setor privado é anterior à unificação da previdência, que o acentua.

Em 1966, em plena ditadura militar, ocorreu a fusão dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social – INPS (Oliveira e Teixeira, 1985). A política de assistência adotada privilegiou de forma mais explícita que nos períodos anteriores a compra de serviços do setor privado filantrópico ou lucrativo em detrimento da construção de unidades próprias. Esse movimento já se faz sentir quando comparamos dados relativos à movimentação do número de hospitais e de leitos hospitalares entre 1962 e 1971. Gonçalves (1977), utilizando dados do IBGE e do cadastro de hospitais do Ministério da Saúde, afirma que o número de hospitais brasileiros aumentou em 145% no período que vai de 1962 a 1971, o que representou a vertiginosa quantidade de 1.262 novos hospitais em uma década. Porém, em que pese ao fato do crescimento do número de hospitais do setor oficial ter sido um pouco mais alto, o aumento do número de leitos privados foi superior, aumentando a participação relativa desse setor no total de leitos.

Já na década de 80, aquele modelo de compra de serviços do setor privado, de utilização excessiva do hospital para o enfrentamento dos problemas da saúde, começou a ser questionado, como relatam Almeida (2002), Viana (2002) e Cohn (2002). Um processo que foi caracterizado por Oliveira e Teixeira (1985) e outros pesquisadores como **a crise da previdência brasileira**, que tinha também outros determinantes além dos gastos com a assistência médica. Como exemplo, cita-se mais aumento proporcional do número de aposentados em relação ao de contribuintes, que traz consigo a necessidade da revisão da previdência social em todos os seus aspectos, incluindo a saúde. Soma-se a esta situação um movimento de questionamento e descrença quase universal em relação à

capacidade dos hospitais ou dos sistemas de saúde, na forma como se encontravam configurados à época, de exercerem influência nos níveis de saúde da população, conforme descrito em páginas anteriores. Assim, teve início, paralelamente aos vários projetos precursores do SUS Sistema Único de Saúde - como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAUDE), Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), Ações Integradas de Saúde (AIS), Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que procuravam fomentar a atenção ambulatorial e racionalizar a assistência, o investimento nos hospitais públicos das diversas esferas de governo.

Porém, o discurso e as práticas que colocam em cheque a centralidade do hospital no sistema de saúde também têm significativo eco na implantação do SUS, que procura ampliar as práticas ambulatoriais. Os dados do IBGE documentam bem isso ao mostrar que entre 1976 e 1999 a rede de atenção à saúde, pública e privada apresentou extraordinária expansão, com acréscimo de 35.682 novos estabelecimentos. Destes, 25.841 eram públicos, 93% dos quais constituíam ampliação da rede ambulatorial, numa clara indicação do início de reversão do modelo de assistência centrado nos hospitais, que predominava até então. A participação percentual dos estabelecimentos de saúde com internação em relação ao número total de estabelecimentos de saúde tem apresentado queda sistemática nos últimos anos, a denotar, juntamente com os dados anteriores, progressivo aumento do componente ambulatorial (IBGE, 2002).

Mesmo fornecendo explicações e denominações diferentes às formas de organizar o sistema de saúde, há certo consenso entre vários autores (MENDES, 1993, CAMPOS, 1992; FLEURY, 2007) de que o modelo hegemônico de assistência adotado no Brasil centrado na Medicina especializada e em hospitais passou, nos finais das décadas de 1970 e 1980, a exemplo do que ocorreu em outros países, por uma crise que mostra seus efeitos até nossos dias. Atualmente, convivem no Brasil diversas formas de organizar e prover os serviços. Entre os usuários da saúde suplementar poder-se-ia dizer que o formato se aproxima do que vários autores têm chamado de **Modelo Liberal Privatista**. No SUS, concebido como um **Sistema Nacional e Público de Saúde**, convivem práticas que lembram o **sanitarismo campanhista** e, apesar da atenção primária e a urgência serem prestados majoritariamente pelo aparato estatal, os serviços hospitalares e os de mais complexidade são comprados de organizações **privadas** que contam, em sua maioria, com profissionais médicos organizados de forma **liberal**. No Brasil, a exemplo do que vem ocorrendo em

outros países do Ocidente, propostas alternativas a esse modelo hegemônico de organização dos serviços vêm sendo desenvolvidas.

Seja no SUS ou na saúde suplementar, o sistema de saúde é ainda fortemente centrado em médicos e hospitais. As dificuldades e limitações do sistema de saúde no seu formato atual têm levado, também aqui no Brasil, nas últimas décadas, a um a debate permanente entre pesquisadores, gestores, trabalhadores e usuários sobre a melhor forma de organizar o nosso sistema de saúde. Vários experimentos com modelos alternativos de organização dos serviços vêm sendo feitos em diversos municípios e estados.

Para conhecer mais sobre os modelos assistenciais no Brasil e as propostas de modelos alternativos, você deverá assistir ao vídeo "Políticas de Saúde no Brasil" e ler o texto "As propostas de modelos alternativos em saúde" (COELHO, 2006), que você encontra na biblioteca virtual.

Atividade 2

Tomando como base o vídeo e os textos anteriores, construa uma pequena história do Sistema Municipal de Saúde da sua cidade.

Mapa contextual

Seção 2

Atenção Básica à Saúde e a estratégia de Saúde da Família

O objetivo geral desta seção é propiciar uma reflexão sobre a Atenção Básica à Saúde situada no cenário brasileiro e sua importância para a consolidação do modelo assistencial do SUS. Neste sentido, organizamos esta seção em três partes, com o objetivo de discutir:

Parte 1 — Os conceitos de Atenção Primária e Atenção Básica à Saúde;

Parte 2 — O processo de reorganização da Atenção Básica no Brasil a partir da estratégia de Saúde da Família; princípios e diretrizes organizativos da estratégia de Saúde da Família;

Parte 3 — O trabalho da equipe de Saúde da Família, as ações desenvolvidas pela equipe no seu dia-a-dia e sua relação com a operacionalização de alguns princípios e diretrizes do SUS.

Esperamos que essas reflexões ajudem sua equipe na construção de um projeto de mudança do seu processo de trabalho e do modelo assistencial. Iniciaremos o nosso trabalho nesta seção com uma reflexão sobre a Atenção Básica à Saúde.

Parte 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).

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).

Dessa forma, partindo da compreensão da saúde-doença na sociedade como um processo político, historicamente produzido, determinado pelas condições e pela qualidade de vida das pessoas, a estratégia da ABS deve valorizar e priorizar as atividades de promoção da saúde, reconhecer a saúde como direito e orientar-se pelos princípios e diretrizes do SUS, destacando-se a universalidade, a acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade, participação, resolubilidade e intersetorialidade.

É no âmbito da ABS, das unidades básicas de saúde e das ações do Programa de Saúde da Família (PSF) 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. Em relação à sua saúde, deve percebê-lo como sujeito capaz de conhecer, compreender, expressar e agir a seu modo e de acordo com sua vivência, devendo, pois, respeitar seus valores, representações e atos, reconhecendo-os como expressão legítima da sociedade da qual se origina. Desta forma, as ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças e a redução de danos ou sofrimentos devem

basear-se em um processo interativo de escuta e informação, buscando produzir a autonomia possível para sua efetivação.

Na organização da ABS, um aspecto fundamental é o conhecimento do território como local onde acontece a construção cotidiana da vida das pessoas. Ele não pode ser compreendido apenas como um espaço geográfico, delimitado para constituir a área de atuação dos serviços. Ao contrário, deve ser reconhecido como "espaço social" onde, ao longo da história, a sociedade foi se constituindo, e por meio do processo social de produção, dividindo-se em classes diferenciadas, com acessos também diferenciados aos bens de consumo, incluídos os serviços de saúde. No território, ao longo do tempo, por meio das relações que se estabelecem entre pessoas e grupos de pessoas, foram sendo construídos valores e hábitos cujos reflexos sobre o cuidado com o corpo e com a saúde se traduzem na importância atribuída a cada gesto, a cada problema, a cada demanda.

Conhecer o território implica, também, conhecer o seu quadro sanitário. Ou seja, as condições e a qualidade de vida das pessoas como reflexo das políticas públicas de saneamento, educação, moradia, alimentação, trabalho, transporte e saúde, entre outras. Estas políticas devem ser implantadas em conjunto, por meio de um rol simultâneo de ações que possibilitem, de alguma forma, a modificação de condições de risco e vulnerabilidade e a melhoria da qualidade de vida da população. Desta forma, poderão contribuir para diminuir as desigualdades entre pessoas e grupos sociais, logrando modificações positivas no quadro sanitário e no perfil epidemiológico. Nesse caso, o emprego de indicadores compostos, de um censo ou cadastro capazes de obter as informações mais importantes sobre a situação da organização urbana e rural de cada localidade, somados aos dados já existentes e àqueles fornecidos pela epidemiologia, constituem instrumentos fundamentais ao diagnóstico da situação em cada local. 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. Esses parceiros poderão gerar ações que signifiquem o comprometimento da sociedade com sua própria saúde, implicando melhores resultados das ações. Conhecer essas instituições sociais possibilita, também, conhecer as suas lideranças, o que favorece o processo de participação social no SUS.

A atenção básica, 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 alta complexidade, capazes de assegurar a integralidade da atenção, provendo este sistema de respostas às necessidades dos usuários - níveis de complexidades diferentes que deverão estar interligados por um sistema de referência e contrarreferência e sustentados por um sistema de informação que lhes garanta a unicidade necessária.

A efetivação das ações da atenção básica depende fundamentalmente de uma sólida política de educação permanente, capaz de formar/manter profissionais com habilidades e competências que lhes permitam compreender e atuar no SUS com competência técnica, espírito crítico e compromisso político. A constituição de espaços de educação permanente – núcleos, polos, coordenadorias, etc. e a proximidade com instituições de ensino de níveis médio e superior poderão garantir o fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS, a instituição de um campo propício ao desenvolvimento da pesquisa e do conhecimento científico, bem como uma formação acadêmica direcionada para a realidade sociocultural de cada região do país.

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.

Parte 2

A estratégia de Saúde da Família

"A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde dessa comunidade" (BRASIL, 2002).

2.1 | Um pouco da história

Adotada no Brasil como elemento fundamental para a organização do modelo de atenção do SUS, a estratégia de 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 institui 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) 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.

Foto: www.flickr.com

2.2 | Princípios e objetivos da estratégia de 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 precípuo 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 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.

Como objetivos específicos pretende-se 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.

Para refletir...

A estratégia de Saúde da Família segue os princípios do SUS e tem como objetivo implementar o modelo assistencial proposto pelo SUS. É, pois, uma estratégia e não devemos confundi-la com o próprio modelo assistencial.

2.3 | Diretrizes operacionais da estratégia de Saúde da Família

2.3.1. Caráter substitutivo

Conforme já afirmamos, a ESF 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, onde 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 e com estímulo ao controle social.

É importante frisar que o caráter substitutivo somente ocorre, de fato, quando há um 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. Caso contrário corre-se o risco de haver equipes de Saúde da Família atuando exatamente nos moldes do modelo que se deseja superar.

2.3.2. 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. Assim, a depender do número de habitantes desse território, pode haver mais de uma equipe em uma unidade de Saúde da Família. Esse critério não é rígido e pode ser flexibilizado, a depender de fatores como densidade populacional, acessibilidades aos serviços e outros considerados de relevância local.

Atividade 3

Mapa contextual

Em relação ao território e à adstrição de clientela na área de abrangência de sua equipe reflita a partir das seguintes questões:

1. Todos os membros da equipe conhecem bem o território onde atuam?
2. Existe adstrição de clientela?
3. Qual a importância do conhecimento do território e da adstrição da clientela no processo de trabalho da equipe?

Elabore um texto que sistematize sua reflexão, fazendo uma correlação entre território, clientela e processo de trabalho da sua equipe.

2.3.3. 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 ao esperar que os usuários procurassem de maneira voluntária pela via da

demanda espontânea às unidades de saúde. Em geral, são realizadas pelos ACS e, de forma planejada, pelos demais profissionais da equipe de Saúde da Família.

As visitas domiciliares proporcionaram novo modo de organizar as relações das unidades de saúde com os usuários, pois propiciam importante aproximação com as famílias, seus membros e suas condições básicas de vida.

As visitas permitem à equipe o conhecimento das condições ambientais, dos riscos e dos danos – morbidade referida – aos quais as pessoas estão expostas. Constituem ainda uma forma importante de levar e buscar informações para o diagnóstico de saúde da comunidade e para o planejamento e implementação de ações pelas equipes de saúde da família. Por fim, são uma estratégia fundamental para o acompanhamento de muitos casos que requeiram ações de manutenção domiciliar ou mesmo o cuidado específico a acamados, idosos ou pessoas portadoras de necessidades especiais.

Foto: www.flickr.com

As visitas significam uma forma de acolhimento. Para a equipe, possibilitam o conhecimento da realidade e a identificação das demais instituições sociais existentes no território. Para os usuários, a possibilidade de conhecer a equipe de saúde e o seu trabalho. Dão mais abrangência às ações das unidades de saúde – inclusive as de caráter intersetorial – mais segurança à população e permitem a instituição do vínculo entre a equipe e os usuários.

2.3.4 Cadastramento

Como você já deve saber, o cadastro das famílias é realizado por meio de visitas domiciliares, com a utilização de um importante instrumento, que é a "Ficha A". Essa ficha possibilita a coleta de dados fundamentais ao planejamento das ações da equipe de saúde. Os dados coletados alimentam um sistema de informação que identifica, em todo o território de abrangência da equipe, cada família, seu endereço e suas principais características. Associado às informações fornecidas pela epidemiologia, esse procedimento permite a construção dos "mapas inteligentes" ou das "salas de situação", favorecendo o planejamento e orientando ações de intervenção e controle sobre problemas de saúde, condições ambientais e riscos a que as pessoas estão expostas.

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.

Fotos: http://www.flickr.com/

2.3.5. 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 modelo tradicional o trabalho ocorria, quase que exclusivamente, por meio de consultas individuais, em número fixo, desagregadas por área de conhecimento - Medicina, Enfermagem, Odontologia -, tendo o corpo doente como objeto e a cura como objetivo.

Trabalhar em equipe não é uma tarefa fácil. Exige humildade para ouvir, conhecer e compreender o trabalho de cada um e a proposta do trabalho conjunto. Requer, de cada trabalhador, o desejo de mudar e o despojamento para modificar hábitos e costumes já arraigados. E exige, dos gestores, a capacidade de enfrentar as hierarquias e os vícios para conduzir as mudanças necessárias ao novo processo de trabalho.

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. Assim, todos se implicam com a condução das ações, do diagnóstico até a resolução, por meio do estabelecimento dos fluxos por onde passarão os usuários. 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.

Além desses aspectos, os profissionais tomam consciência da importância de cada função, sentem-se valorizados e passam a ter mais implicação com a proposta.

2.3.6. 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. As Portarias nº 1.444/GM/2000 e 267GM/2001 do Ministério da Saúde formalizaram e regulamentaram a criação das equipes de Saúde Bucal. No entanto, outros profissionais poderão ser incorporados de acordo com a demanda e a disponibilidade dos serviços de saúde em nível local. Essas equipes são responsáveis pela população a elas adscritas e preferencialmente, deverão residir no município onde atuam e com dedicação mínima de 40 horas semanais.

2.3.7. 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. As equipes devem estar preparadas para:

1. Conhecer a realidade das famílias sob sua responsabilidade, com ênfase para as características sociais, demográficas e epidemiológicas;

2. identificar as situações de risco e vulnerabilidade às quais a população está exposta;
3. identificar os problemas de saúde prevalentes;
4. elaborar, junto à população, um plano de atuação capaz de enfrentar os determinantes do processo saúde/doença;
5. promover a assistência, de forma contínua e racionalizada, às demandas espontânea e organizada;
6. resolver, por meio de critérios científicos e com equidade, no limite das possibilidades do sistema, as situações de referência e contrarreferência detectadas;
7. desenvolver metodologias pedagógicas que permitam a introdução do autocuidado junto aos usuários;
8. promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados.

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. Outra questão importante refere-se à necessidade de adoção de um processo de educação permanente, com vistas às atualizações, reorientações, adoção de novos protocolos e revisão do processo de trabalho.

Web

Atividade 4

Leia o texto complementar: O trabalho em equipe. (PIANCASTELLI et al., 2000). Faça uma análise crítica sobre o trabalho da sua equipe considerando:

- O processo de gestão/coordenação da equipe;
- O processo de gestão/coordenação de ações (por exemplo: uma reunião com a comunidade, uma sutura, uma campanha vacinal);
- Com qual dos exemplos de equipe citados no texto (time de futebol e orquestra sinfônica), a equipe do PSF mais se identifica, Justifique.
- Qual a importância da comunicação para o êxito do trabalho de uma equipe?

Sistematize estes dados no seu mapa contextual e discuta os resultados desta atividade no fórum com seus colegas e tutores

Considerações finais

A estratégia de Saúde da Família está constituída por uma série de propostas que precisam ser implementadas e constantemente avaliadas, questionadas e reinventadas. Esperamos que após a introdução dos pontos aqui levantados, você tenha refletido sobre eles, tomando por base a realidade do território sob a responsabilidade de sua equipe. É importante que você compreenda a ESF como um potente instrumento na construção do modelo de atenção preconizado pelo SUS. Essa estratégia será mais, ou menos, potente na medida em que nós, trabalhadores, formos capazes de nos comprometer com ela e, principalmente, desejarmos mudar nossa prática. Há muita coisa nesse processo que depende de iniciativas do governo, porém, há outro tanto que depende de como ele vai ser implementado pelas equipes, inclusive na equipe em que você trabalha. A construção do SUS é um processo histórico que depende tanto do Ministro, dos Secretários de Saúde, do Prefeito e do Conselho de Saúde quanto da equipe de saúde, dos usuários e de cada profissional individualmente.

Parte 3

O trabalho da equipe de Saúde da Família e a mudança do modelo assistencial

De forma bastante geral poderíamos identificar três tipos de ações que são desenvolvidas no dia-a-dia de uma equipe de Saúde da Família:

Ações voltadas para o atendimento da demanda espontânea (ADE): representada principalmente pelo atendimento dos casos agudos e das urgências. Envolve principalmente as ações relacionadas ao acolhimento do cidadão que procura a unidade de saúde, o agendamento de consultas e exames, a realização de procedimentos - curativos, medicação etc. -, o diagnóstico e o tratamento de agravos.

Ações voltadas para o atendimento de demanda programada (ADP): representadas principalmente pelo atendimento a grupos e situações de risco especiais para a saúde, como, por exemplo:

- Planejamento familiar;
- pré-natal;
- puericultura;
- diagnóstico precoce do câncer (mama, colo uterino, próstata);
- atenção ao idoso;
- atenção aos trabalhadores;
- atenção aos adolescentes;
- atenção aos portadores de sofrimento mental, hipertensão arterial, diabetes, tuberculose, hanseníase, desnutrição, etc.

Outras ações (OA) Todas as demais ações compreendendo, entre outras:

- Ações de natureza gerencial da unidade e do cuidado de saúde, incluindo reuniões administrativas, visitas domiciliares, elaboração de protocolos, planejamento e avaliação das ações de saúde, etc.;
- ações relacionadas à produção, processamento, utilização e divulgação de informações, incluindo a alimentação da base de dados dos

sistemas de saúde do Ministério da Saúde (SIM, SINASC, SIAB, etc.);
- ações relacionadas à vigilância em saúde, incluindo a vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde dos trabalhadores;
- ações de comunicação, tanto internas (dentro da unidade e da equipe) quanto externas (demais setores da saúde, da administração, da comunidade, etc.);
- ações de natureza informativa/educativa que busquem aumentar a capacidade de indivíduos, famílias e a comunidade de compreenderem e atuarem sobre os seus problemas de saúde e sobre os determinantes desses problemas;
- ações de articulação intersetorial que busquem a melhoria da qualidade de vida da população e que fortaleçam a capacidade de ação por parte da população sobre os determinantes e condicionantes de sua saúde, tanto do ponto de vista individual quanto coletivo;
- ações que visam a estimular e propiciar o controle social das ações e serviços de saúde;

Para a mudança de modelo assistencial preconizada pelo Sistema Único de Saúde, é necessário que todas essas ações desenvolvidas pelas equipes unidades de saúde se façam na perspectiva de concretizar, na prática, os princípios e diretrizes constitucionais, entre eles:

> ***Universalidade:*** *"o acesso ao sistema de saúde é direito constitucional, universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde."*

O desafio de cuidar de toda uma comunidade sob responsabilidade da equipe de saúde depende dos recursos disponíveis e da forma como são utilizados. Neste sentido, é importante que a equipe de saúde busque mais eficiência na utilização dos recursos disponíveis, de modo a aumentar a oferta de ações de saúde e atender o maior número de pessoas. Para tanto, é importante que a equipe faça uma avaliação permanente sobre o seu processo de trabalho e sobre a forma como ela organiza a sua agenda de trabalho.

***Equidade**: "a cada um segundo as suas necessidades".*

É importante conhecer as necessidades de saúde da comunidade para utilizar os recursos existentes de modo mais adequado, considerando as situações de risco e vulnerabilidade dos indivíduos, das famílias e de grupos dentro da comunidade, ou seja, distribuir as ações e recursos em função das necessidades das pessoas. Ninguém tem dúvida de que uma criança com menos de um ano de idade é mais frágil que um adulto jovem e, portanto, devemos priorizá-la em nossa agenda. Mas é também certo pensar que entre as crianças menores de um ano de idade existem algumas que são mais vulneráveis e necessitam de atenção mais especial ainda, como, por exemplo, uma criança que vive em condições sanitárias precárias – em uma favela –, que seja filha de uma adolescente, solteira, desempregada, com baixa escolaridade e dependente química. Essa criança (e sua família) deve merecer atenção e tempo, ou seja, recursos, diferenciados por parte da equipe, que deverá elaborar um plano de cuidados e de acompanhamento individualizado. Buscar a equidade implica conhecer as situações de risco e vulnerabilidade e distribuir as ações em função desse diagnóstico.

Integralidade: a diretriz constitucional diz que o atendimento deverá ser integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais. A equipe de saúde deve conhecer os problemas de saúde da comunidade onde atua, os condicionantes e determinantes – biológicos, sociais, econômicos, culturais, ambientais, psicológicos –, para que possa desenhar estratégias que incidam sobre os diferentes momentos do desenvolvimento dos problemas. É importante, por exemplo, tratar a verminose, mas é também importante estimular e articular ações voltadas para a melhoria das condições de saneamento da comunidade e/ou das famílias.

Controle social: o princípio constitucional garante a participação da comunidade. É importante que a equipe incentive e crie espaços para que a comunidade participe e se corresponsabilize pelo desenvolvimento do trabalho em todas as etapas do seu desenvolvimento – definição de prioridades, planejamento, execução e avaliação.

A mudança do modelo assistencial é um processo gradativo no qual o peso de cada grupo de ações desenvolvidas pela equipe/unidade de saúde vai mudando com o tempo, sempre na perspectiva de aumentar o tempo destinado às atividades que busquem a melhoria da qualidade de vida da população e diminuindo, por outro lado, o tempo destinado às ações curativas (Figura 3).

Para refletir...

Sua equipe conhece bem as necessidades de saúde da comunidade onde você atua? A equipe tem um diagnóstico de saúde da sua comunidade? Com que frequência a equipe atualiza esse diagnóstico?

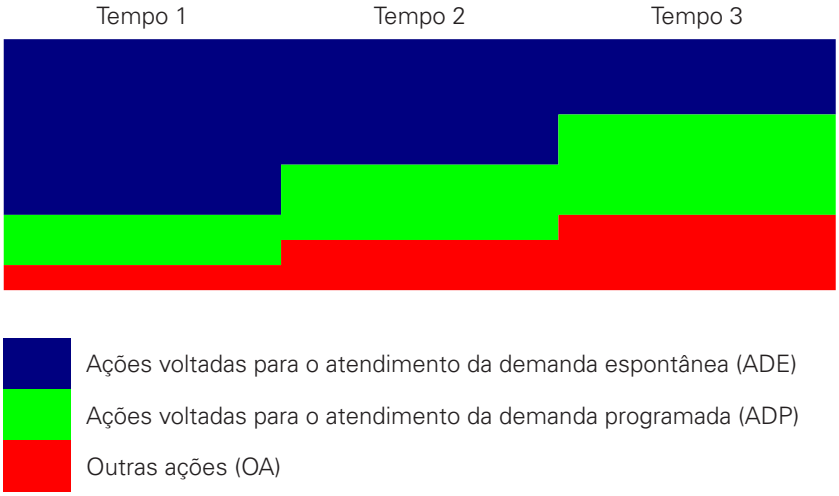

Figura 3 – Evolução do peso das ações desenvolvidas em saúde, incrementando atividades de melhoria da qualidade de vida e diminuindo ações curativas

Nesse processo gradativo de mudança, é importante destacar que os membros da equipe participam de forma diferente na execução das ações. É natural pensar que o profissional médico destinará mais tempo às ações de atendimento da demanda espontânea, principalmente nas atividades relacionadas ao diagnóstico e tratamento, que outros membros da equipe. O importante nesse processo é a equipe como um todo ter um projeto para essa mudança, em que cada membro da equipe dá a sua contribuição em função dos seus conhecimentos, habilidades e potencialidades e se compromete solidariamente com o projeto.

Seção 3

Gestão do trabalho na equipe de Saúde da Família

No desenvolvimento do trabalho das equipes de Saúde da Família e na busca por melhores resultados e de uma mudança real do modelo assistencial, é importante que a equipe reflita sobre o seu processo de trabalho, mas é igualmente importante que ela repense o modo como acontece a gestão do seu trabalho e mais ainda que avalie a qualidade desse trabalho.

Esta seção está composta de duas partes e tem como objetivo discutir:

1. A qualidade na prestação de serviços de saúde e seus atributos: eficácia, eficiência, efetividade, oportunidade, continuidade, acessibilidade, otimização, legitimidade e ética (primeira parte);
2. o modelo de gestão, discutindo o nível das regras, o nível dos sistemas e o nível dos fatos (segunda parte).

Ao terminar o Módulo II, com esta terceira seção fica o desafio de promover uma mudança de cultura com a implementação de um novo modelo assistencial que leve a uma mudança no processo de gestão local e melhor qualidade na prestação de serviços.

Fonte: http://www.flickr.com

Parte 1

Qualidade na prestação do cuidado 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.

Atributos da qualidade do cuidado em saúde

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.

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.

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.

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.

Equidade: como já dito anteriormente, este atributo é relativo à forma como distribuímos 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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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 estamos conseguindo resolver os problemas e até que ponto estamos utilizando adequadamente os parcos e preciosos recursos disponíveis.

Tutoria

Atividade 5

Leia o caso relatado a seguir e identifique quais os atributos de qualidade presentes e ausentes e relacione suas conseqüências sobre o cuidado prestado pela equipe de saúde.

Avalie o papel que a comunicação entre os membros da equipe teve na qualidade do cuidado prestado.

Faça um texto sintetizando as respostas a estas questões e encaminhe para o seu tutor.

Caso da Dona Maria Silva

Dona Maria é viúva e tem 65 anos. Mora na comunidade de Vila Formosa há cerca de 10 anos. Anteriormente, morava na zona rural, de onde saiu juntamente com várias outras famílias em função da expansão do plantio de soja por grandes empresas e da concentração fundiária decorrente dessa expansão. Há aproximadamente oito anos procurou a unidade de saúde com queixas de cefaleia, tendo sido diagnosticada hipertensão arterial. Desde então vem fazendo uso irregular de anti-hipertensivos. Apresentou quadro de AVC e foi internada no hospital local por 15 dias. Recebeu alta hospitalar com limitações importantes de movimentos.

Três dias após a alta hospitalar, o agente comunitário responsável pela microárea onde Dona Maria reside tomou conhecimento de sua saída do hospital e comunicou o fato a um dos membros da equipe.

Quinze dias após a alta hospitalar, numa sexta feira à tarde, sua filha procurou a unidade e solicitou uma visita domiciliar à equipe. O auxiliar de enfermagem realizou a visita no mesmo dia e encontrou Dona Maria emagrecida, com cuidados higiênicos precários, níveis pressóricos elevados, uso irregular da medicação prescrita e com escaras de decúbito. Frente a essa situação, realizou o curativo das escaras, orientou sobre os cuidados de higiene, a alimentação, o uso correto da medicação e os cuidados com as escaras. Retornando à Unidade, comunicou o caso à enfermeira, que decidiu realizar uma visita na segunda-feira pela manhã junto com o auxiliar de enfermagem.

Em sua visita, constatou que Dona Maria encontrava-se bastante debilitada, com níveis pressóricos elevados e com as escaras apresentando sinais de infecção. Diante desse quadro, orientou a família sobre os cuidados gerais com a higiene e alimentação e o uso correto da medicação. Realizou o curativo das escaras aproveitando para demonstrar aos familiares e ao auxiliar de enfermagem a técnica e os cuidados a serem prestados em pessoas que desenvolvem ou apresentam o risco de desenvolver escaras de decúbito.

Retornando à unidade, registrou o caso no prontuário da Dona Maria e agendou a visita do médico para o dia seguinte.

Atividade 6

Link interno

Leia o texto: **Comunicação, informação e ação social**. (OLIVEIRA, 2002). Que você encontra na biblioteca virtual.

Faça uma avaliação crítica da comunicação de sua equipe (internos e externos) identificando fatores facilitadores e dificultadores, assim como os meios de comunicação mais utilizados.

Como vimos anteriormente, a busca pela qualidade do trabalho exige que a equipe repense seu processo de trabalho: suas finalidades, os objetos de intervenção, os meios que utiliza, as competências e a capacitação dos membros da equipe e também quais os agentes com os quais a equipe interage. Mas é fundamental nessa reflexão que a equipe também contemple como está sendo conduzida a "gestão" do seu processo de trabalho. O texto seguinte tem como objetivo contribuir para essa reflexão.

Parte 2

Gestão do trabalho da equipe de Saúde da Família

Os conceitos e instrumentos discutidos neste texto são baseadas na teoria das macro-organizações de Carlos Matus. Embora seja uma teoria desenvolvida para macro-organizações, procuramos adaptá-la para unidades básicas de saúde e para equipes 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 de Saúde da Família, na maior parte das situações, é a própria equipe que tem a responsabilidade de gerir seu processo de trabalho. Nesse modelo de organização é exigido que a equipe tenha 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, podemos compreender a gestão em três níveis: o nível das regras, o nível dos sistemas e o nível dos fatos.

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 todos os membros da equipe participarem 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 que determina a qualidade da gestão e, portanto, da organização, é o nível das regras ou 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, 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, consequentemente, 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, 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 da 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.

Tutoria

Atividade 7

Como atividade final deste módulo você deve elaborar um texto que articule os conceitos de modelo, trabalho em equipe, gestão do processo de trabalho e qualidade do cuidado em saúde.

Esperamos que você tenha incorporado os conceitos apresentados e discutidos neste módulo e ainda compreendido a concepção de modelo assistencial e a sua responsabilidade como profissional da equipe de Saúde da Família na construção do SUS.

Referências

Leituras obrigatórias

COELHO, I. B. As propostas de modelos alternativos em saúde. Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/smse/textos/26_02_2006/Modelos%20assistenciais%20em%20sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2009.

FARIA, H. et al. Processo de trabalho em saúde. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

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, 2000. p. 65-74.

PIANCASTELLI, C. H.; FARIA, H. P.; SILVEIRA, M. R. O trabalho em equipe. 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, 2000. p. 45-50.

Leituras recomendadas

ALMEIDA, C. M. Reforma do estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.

ANTUNES, J. L. F. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.18, supl., p.23-36, 2002.

ANTUNES, J. L. F. *Hospital*: instituição e história social. São Paulo: Letras e Letras, 1991.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Recursos humanos*: um desafio do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2004. (CONASS Documenta; 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde*/NOB – SUS, 96. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 267, de 06 mar. 2001. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 119, 6 mar. 2001. Seção 1, p. 67.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. 4. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2007. 68p. (Série E. Legislação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v.4).

CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. *Saúde em Debate*, Londrina, n. 37, p. 16-19, 1992.

COHN, A.; ELIAS, P. E. M. Equidade e reforma na saúde nos anos 90. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p. 173-180, 2002.

DEVERS, G. E. A. An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicators Research*, Dordrecht, v. 2, p. 453-466, 1976.

FEKETE, M. C. Qualidade na prestação do cuidado em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Organização do cuidado a partir do problema:* uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família. Brasília: OPAS, 2000. p. 51-7.

FLEURY, S. A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 307-309, 2007.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica.* 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

FRIEDSON, E. *Professional dominance.* Chicago: Aldine, 1970.

GONÇALVES, E. L. Equipamento hospitalar no Brasil: presença, regionalização e tendências. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.11, p. 143-150, 1977.

GRAÇA, L. A evolução do sistema hospitalar: uma perspectiva sociológica. 2000. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/historia2_hospital.html>. Acesso em: 10 jul. 2009.

GUIMARÃES, C. Situação assistencial brasileira. In: GONÇALVES, E. (Org.). *Administração de saúde no Brasil.* São Paulo: Pioneira, 1989. p.103-109.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde*: nêmesis a medicina. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

KUHN, T. S. *A Estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1982.

MCKEE, M. *et al*. Pressures for change. In: MCKEE, M.; HEALY, J. (Ed.). *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham: Open University Press, 2002. p.36-58.

MENDES, E. V. *A vigilância à saúde no distrito sanitário*. Brasília: OPAS, 1993. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 13)

OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. M. F. *(Im)previdência social:* 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985.

ROSEN, G. *Da polícia médica à medicina social:* ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

ROSEN, G. *Uma história da saúde pública.* São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 177-227, jun. 2006.

STEUDLER, F. L'evolution de la profession medicale: essai d'analyse sociologique. *Cahiers de Sociologie et de Demographie Medicales,* Paris, n. 2, p. 61-67, 1973.

VIANA, A. L. A. *A América Latina no contexto de reformas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2002. Mimeografado.

Outras referências

ABRANTES PEGO, R.; ALMEIDA, C. M. Teoria y prática de las reformas em los sistemas de salud: los casos de Brasil e México. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 971-989, jul-ago, 2002.

ARAÚJO, A. R. *Assistência médica hospitalar no século XIX.* Rio de Janeiro: Conselho Federal de Cultura, 1982.

ARISTÓTELES. *Ética a Nicômaco.* São Paulo: Abril Cultural, 1973. (Coleção Os Pensadores).

ARISTÓTELES. *A Constituição de Atenas.* Rio de Janeiro: Hucitec, 1995.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira.* Brasília: Editora MS, 2004.

CARAPINHEIRO, G. *Saberes e poderes no hospital.* Porto: Edições Afrontamento, 1998.

CHAUVENET, A. *Medecines au choix medec. de classes.* Paris: Edições PUF, 1978.

CURI, L. M. *Defender os sãos e consolar os lázaros*: Lepra e isolamento no Brasil 1935/1976. 2002. Dissertação (Mestrado em História) - Instituto de História, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2002.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine,* Chicago, v. 114, n. 11, p.1115-1118, Nov, 1990.

FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica.* São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder.* 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir.* Rio de Janeiro: Vozes, 1977.

FLECK, Ludwik. *The genesis and development of a scientific fact.* Chicago: University of Chicago Press, 1979.

FRIEDSON, E. *The hospital in the modern society.* London: The Free Press of Glencoe, 1963.

FRIEDSON, E. *Profession of medicine.* New York: Dodd Mead, 1970.

FRIEDSON, E. Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais,* São Paulo, v. 11, n. 31, p. 141-145, 1996.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos.* 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

GRABOIS, V.; CASTELAR, R.; MORDELET, P. Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro. Rio de Janeiro: ENSP, 1995.

GRAÇA, L. *Evolução do sistema hospitalar:* uma perspectiva sociológica. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Livre de Lisboa, 1996. Apostilas de cursos oferecidos na Escola Nacional de Saúde Pública).

HOLANDA, S. B. *História geral da civilização brasileira.* São Paulo: Difel, 1995. Tomo I, v. 2.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. Departamento de População e Indicadores Sociais. *Estatísticas da saúde:* Assistência Médico Sanitária, 2002. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

KLOETZEL, K. *et al*. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I - A satisfação do usuário. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 14, p. 623-628, 1998.

LANE, J-E (Ed.). *Public Sector Reform*: rationale, trends, problems. London: Sage Publications, 1997.

LECOVITZ, E. *A capacidade operativa da rede assistencial do SUS:* recuperação e adequação. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1993. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 57).

LEUCOVITZ, E.; PEREIRA, T. R. C. *SIH/ SUS (Sistema AIH):* uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil 1983-1991. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1993. 83p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 57).

MARTINS, M.; TRAVASSOS, V.; NORONHA, J. C. 2001 Sistema de Informações hospitalares como ajuste em índice de desempenho. Revista de Saúde Publica, São Paulo, 35(2):185-192. 2001;Rio de Janeiro.

MEDEIROS, M. *A trajetória do welfare State no Brasil:* papel redistributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990. Brasília, IPEA, 2001.

NUNES, E. D. A sociologia da saúde nos Estados Unidos, Grã-Bretanha e França: Panorama geral. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 79-95, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. *Directorio de hospitales de América Latina y Caribe*, Washinton, DC: OPS; 1997

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. *A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe*. Brasília: OPAS/OMS, 2004.

PLATÃO. *Sofista*. São Paulo: Abril Cultural, 1972. p. 135-203. (Coleção Os Pensadores).

PLATÃO. *A República*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1993.

PORTELA, M. C. *et al*. Algoritmo para a composição de dados de internação a partir do sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde (SIH/SUS). Composição de dados por internação a partir do SIH/SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 771-774, out/dez. 1997.

PREKER, A. S. *Innovation in health service delivery:* the corporatization of public hospitals. Washinton, DC: The World Bank, 2003.

REINHARDT, U. E.; HUSSEY, P. S.; ANDERSON, G. F. Cross-national comparisons of health systems using OECD 1999. *Health Aff,* Millwood, v. 21, p. 169-181, 2002.

ROCHAIX, M. *Les questions hospitalières:* de la fin de l'Ancien Régime à nos jours. Paris: Berger-Levrault, 1996.

ROCHAIX, M. Les modes de rémunération des médecins. *Revue d'Economie Financière,* Paris, n. 76, p. 223-239, 2004,

SCOTTI, R. W. *et al. Institutional change and health care organization: from professional dominance to managed care.* Chicago: The University of Chicago Press, 2000.

ROCHAIX, M. *L'Hopital en Observation.* Paris: Armand Colin, 1974.

TEIXEIRA, A.; BAHIA, L.; VIANNA, M. L. W. Nota sobre a regulação dos planos de saúde de empresas, no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar*. Regulação & Saúde*: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde- ANS, 2002.

TELAROLLI JUNIOR, R. *Poder e saúde:* as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo. São Paulo: Editora Unesp, 1996.

TOURAINE, A. (1973) - *A organização profissional da empresa*. In: Friedman, G.; Naville, P. (1973): Tratado de sociologia do trabalho. São Paulo: Cultrix, Vol. I. 1973. 445-468.

WHOSIS-Sistema de Informação Estatística da OMS. Informa, no item "Health Personnel" a quantidade de médicos, odontologistas, enfermeiros, parteiras e farmacêuticos de todos os países-membros (os dados variam entre os anos de 1995 e 1998). Disponível em: http://www3.who.int/whosis/menu.cfm. Acesso em 15 jul. 2009.

VIANNA, M. L. T. W. *A americanização da seguridade social no Brasil:* estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Revam, UCAM, UPERJ, 1998.

ISBN 978-85-7825-029-4

Apoio

UAB
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
Ministério da Educação

BNDES
O BANCO DO DESENVOLVIMENTO DE TODOS OS BRASILEIROS
Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Ministério da Saúde
BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

Realização

UFMG

PROGRAMA ÁGORA
NESCON-UFMG

CENTRO DE APOIO À EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA UFMG

Enfermagem UFMG

Faculdade de Odontologia UFMG

FaE Faculdade de Educação

Cátedra UNESCO de Educação a Distância