

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**O DESAFIO EM PRIORIZAR AS TECNOLOGIAS LEVES
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

RENATA DUARTE RIBEIRO DE OLIVA

Belo Horizonte – Minas Gerais

2012

RENATA DUARTE RIBEIRO DE OLIVA

**O DESAFIO EM PRIORIZAR AS TECNOLOGIAS LEVES
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção parcial do certificado de Especialista.

Orientadora: Prof. Dra. Simone Mendes Carvalho

Belo Horizonte – Minas Gerais

2012

RENATA DUARTE RIBEIRO DE OLIVA

**O DESAFIO EM PRIORIZAR AS TECNOLOGIAS LEVES
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção parcial do certificado de Especialista.

Orientadora: Prof. Dra. Simone Mendes Carvalho

Banca Examinadora

Prof. Dra. Simone Mendes Carvalho – orientadora – UFMG.

Prof. XXXX A SELECIONAR

Aprovada em Belo Horizonte em __/__/2012

Dedico este trabalho aos meus pacientes que ao compartilharem suas vidas colaboram com o meu crescimento profissional e pessoal.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe por contribuir com o seu saber sistêmico, ampliando minha visão do contexto sócio cultural vigente, pelo amor incondicional, incentivo constante durante toda a vida, nunca me deixando desistir de meus objetivos e meus sonhos.

Só se pode alcançar um grande êxito
quando nos mantemos fiéis a nós mesmos.

Friedrich Nietzsche.

RESUMO

Esse trabalho discute a proposta da Estratégia de Saúde da Família frente aos desafios apresentados no cotidiano do atendimento médico nas Unidades de Saúde. Dentre as questões enfatizadas no trabalho, a maior delas relaciona-se ao contraste entre a ideologia do sistema dominante, que foca o processo de trabalho médico nas tecnologias duras e os princípios propostos pelas leis que regem o Programa de Saúde da Família. Esse paradoxo gera obstáculos a serem trabalhados para uma aproximação entre a teoria e a prática médica, focando as alternativas oferecidas pelas tecnologias leves.

Palavras-chave: Tecnologias leves. Tecnologias duras. Relação médico-paciente. Programa de Saúde da Família.

ABSTRACT

This paper discusses the proposal from the Family Health Strategy with the challenges presented in everyday medical care in the Health Units. Among the issues emphasized in the paper, the most important of them is related to the contrast between the ideology of the dominant system, which focuses the medical work process on hard technologies and the principles proposed by the laws which conduct the Family Health Program. This paradox generates obstacles to be worked for an approximation between theory and practice of medicine, focusing on the alternatives offered by soft technologies.

Keywords: Light technologies. Hard technologies. Doctor-patient relationship. Family Health Program.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF: Equipe de Saúde da Família

PSF: Programa de Saúde da Família

SUS: Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	20
1.1 Objetivos.....	22
1.1.1 Objetivo geral	22
1.1.2 Objetivos específicos.....	22
2 METODOLOGIA.....	23
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	24
3.1 Definições.....	24
3.2 Princípios e diretrizes do SUS	24
3.3 A utilização das ferramentas no contexto da ESF	25
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31
ANEXO 1 – PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011	32

1 INTRODUÇÃO

Os médicos têm a função primordial de promover a saúde e prevenir doenças. Os modelos assistenciais em saúde com foco na organização do processo de trabalho trazem o conceito de tecnologias duras, leve-duras e leves para a aplicação dos fundamentos usados na produção da saúde (MERHY, 2003).

Com base no Classicismo do século XVIII, a medicina ocidental define dois modelos médicos explicativos. O modelo ontológico, no qual a doença é localizada no corpo e pode ser separada da pessoa e do comportamento social, explica os distúrbios psicossociais como alterações bioquímicas ou neurofisiológicas. Esse modelo enfatiza a utilização de tecnologias duras.

Já o modelo funcional ou fisiológico, por sua vez, relaciona a doença com os seus aspectos individuais. A atenção dos médicos se volta para os problemas que as pessoas enfrentam para viver e não somente para o acometimento biológico de seus pacientes. Dessa forma, o uso de tecnologias leves é mais indicado (MERHY, 2003).

O autor compila que o médico, no desempenho de suas atividades, utiliza de tecnologias materiais e não materiais. Os equipamentos definem a tecnologia dura, os saberes clínicos expressam a tecnologia leve-dura e a relação entre o trabalhador (médico) e o usuário (paciente) representa a tecnologia leve (MERHY, 2003).

Sendo assim, os profissionais de saúde encontram diversos problemas a serem superados, tais como: a formação acadêmica organicista fornecida pelas faculdades de medicina; a internalização dos valores da ideologia dominante; a pressão pelo lucro feita pelos laboratórios e empresas relacionadas à saúde e a demanda excessiva de pacientes, entre outros.

Nesse sentido, afirma Merhy (2003),

Historicamente a formação do modelo assistencial para a saúde, esteve centrado nas tecnologias duras e leve-duras, visto que, aquele se deu a partir de interesses corporativos, especialmente dos grupos econômicos que atuam na saúde. No plano da organização micropolítica do trabalho em saúde, este modelo produziu uma organização do trabalho com fluxo voltado à consulta médica, onde o saber médico estrutura o trabalho de outros profissionais, ficando a produção do cuidado dependente de tecnologias duras e leve-duras. (MERHY, 2003, p. 5).

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Cada equipe é responsável por um número definido de famílias, localizadas em uma área delimitada. Essas atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos. O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, com o propósito de reorganizar a prática de atenção à saúde e substituir o modelo tradicional vigente. A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio pelos profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da população.

Este trabalho se justifica ao considerar que vivemos em uma realidade sócio-cultural e econômica em transformação que exige dos profissionais uma resposta às necessidades colocadas pelo usuário em um contexto de mudanças iniciadas pela Lei Orgânica da Saúde (art. 1º, lei n. 8.080 de 1990).

Essas modificações se devem a vários fatores, entre eles a implantação de modernas tecnologias de rastreamento de doenças em um cenário constitucional que se orienta pelas relações de cidadania entre médico paciente. Nessa interação, sustentada pelas leis do SUS, o profissional e usuário são sujeitos de direitos e deveres.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Analisar, na literatura técnico científica brasileira, a utilização das tecnologias leves no processo de trabalho médico a fim de contribuir para melhoria das práticas na Estratégia Saúde da Família.

1.1.2 Objetivos específicos

- Questionar a hegemonia das tecnologias duras no atendimento médico.
- Contribuir para ampliar o princípio da integralidade nas relações entre os profissionais e o público alvo.
- Discutir sobre a importância e os benefícios do uso das tecnologias leves na interação médico-paciente, em oposição ao uso predominante das tecnologias duras existente no contexto atual.

2 METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados LILACS, SCIELO e Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde considerando os conceitos associados à prática médica e os conhecimentos existentes sobre o uso de tecnologias leves no processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

Como referencial teórico, foram utilizadas as leis e princípios dos SUS, outros artigos científicos e leis correlatas, livros, trabalhos científicos que apresentam o tema no atual cenário brasileiro. Para tal pesquisa, de buscou-se livros, e também, artigos completos de autores que são referências no tema abordado. Além desse critério, outros foram:

- **Período de publicação:** últimos 10 anos;
- **Idioma:** português;
- **Limitação de tema:** artigos médicos que tratam sobre tecnologias leves e duras.

Como estratégias de busca, foram utilizadas as seguintes palavras-chaves: tecnologias leves; tecnologias duras; relação médico-paciente; Programa de Saúde da Família.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Definições

O médico no desempenho de suas atividades utiliza de tecnologias materiais e não materiais. Os equipamentos definem a **tecnologia dura**, os saberes clínicos expressam a **tecnologia leve-dura** e a relação entre o trabalhador (médico) e o usuário (paciente) representa a **tecnologia leve** (MERHY, 2003).

Ainda segundo Merhy,

[...] estas podem se dar como relações interseçoras (*sic*) estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde. A estas, chamamos de tecnologias leves, pelo seu caráter relacional, que a coloca como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado. Às tecnologias inscritas nos instrumentos, identificamos como tecnologias duras, porque já estão estruturadas para elaborar certos produtos da saúde, e ao conhecimento técnico, identificamos uma parte dura (*sic*) estruturada em outra leve, que diz respeito ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado (MERHY, 2003, p. 5).

No contexto social e político brasileiro, predomina a ideologia hospitalocêntrica sustentada por crenças e valores propagados pelo capitalismo que enfatizam as tecnologias duras. Dessa forma, o principal desafio do trabalho médico é associar as tecnologias duras e leves na sua interação com o paciente.

3.2 Princípios e diretrizes do SUS

Os princípios e diretrizes dos SUS foram baseados no art. 198, da Constituição Federal, como segue abaixo:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III - participação da comunidade. (BRASIL, 1990).

Com base nessas diretrizes, os princípios foram estabelecidos pelo inciso II, art. 7º, da Lei do SUS (Lei n. 8.080, de 1990):

CAPÍTULO II Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
 - II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;**
 - III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
 - IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
 - V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
 - VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
 - VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
 - VIII - participação da comunidade; [...]
- (BRASIL, Lei n. 8.080/90, 2012, grifo nosso).

Dessa forma, tem-se que os princípios e diretrizes do SUS enfocam a utilização da tecnologia leve, à medida que determinam a abordagem integralizada no atendimento ao paciente.

3.3 A utilização das ferramentas no contexto da ESF

As tecnologias duras, sustentadas pelo modelo médico ontológico, permitem processar com seus equipamentos os dados físicos, os exames laboratoriais e de imagem. Porém, para serem realizados, além do trabalho da ferramenta, esses produtos consomem o trabalho do profissional com seus saberes tecnológicos.

A valorização excessiva das tecnologias duras revela a dominância do modelo ontológico que não inclui a atenção às emoções. A assistência médica com foco na estrutura física busca o diagnóstico através do rastreamento de doenças.

Por sua vez, as tecnologias leves, fundamentadas no modelo médico fisiológico, definem o processo produtivo marcado pelo trabalho vivo que ocorre no encontro entre sujeitos. Assim, se estabelecem vínculos e responsabilizações entre servidor e usuário. Essa interação se refere ao princípio da integralidade estabelecido, também, pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, como se pode perceber no trecho, abaixo transcrito:

[...] Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral. (BRASIL, Portaria nº2.488/11, 2012).

Após o vínculo estabelecido no atendimento, o sucesso terapêutico pode ser alcançado mais facilmente quando o médico motiva o usuário a se responsabilizar pelo seu processo de cura, colaborando com a ampliação da sua autoestima e autonomia. (STEWART, 2010).

Ainda segundo a autora, quando o médico escuta, aceita, valida a história da experiência da doença de seu paciente e define com ele o seu papel no tratamento está enfatizando a tecnologia leve e todo o potencial que lhe é inerente. Essa tecnologia aborda a possibilidade de habilitar as pessoas a assumir o controle de sua própria saúde e progressivamente melhorá-la, enquanto a tecnologia dura se limita a contribuir com a detecção de enfermidades. (STEWART, 2010).

Na medicina tecnológica, socialmente valorizada, há uma minimização das tecnologias leves e ênfase na competência do médico apenas como produtor de procedimentos cada vez mais especializados. Contudo, a necessidade do usuário de ser atendido de forma integralizada persiste. Esse fato pode ser percebido de várias formas, sendo uma delas a hiperutilização de alguns usuários nas unidades de saúde.

A partir desse comportamento de parte dos usuários cabe aos médicos enfatizar a relação médico paciente no sentido de conhecer e compreender a demanda implícita desse indivíduo.

Considera-se esse um dos grandes desafios dos médicos de saúde da família atualmente. Os procedimentos tecnológicos específicos definidos pelo saber médico, necessários para determinados pacientes e o saber trazido pela tecnologia leve são complementares e estão intimamente relacionados.

Sendo assim, não se admite a sobreposição de um sobre o outro. É nesse encontro que se dá a singularidade do processo de trabalho do médico enquanto produtor de cuidado.

Segundo Merhy (2003),

A mudança do modelo assistencial pressupõe impactar o núcleo do cuidado, compondo uma hegemonia do Trabalho Vivo sobre o Trabalho Morto, quando então se caracteriza uma Transição Tecnológica, [...] significa a produção da saúde, com base nas tecnologias leves, relacionais, e a produção do cuidado de forma integralizada, operando em “linhas de cuidado” por toda extensão dos serviços de saúde, centrado nas necessidades dos usuários. (MERHY, 2003, p.15).

Ainda nos dias de hoje, a dimensão cuidadora do ato em saúde está limitada pela opção do profissional e pela lógica corporativa. Essa ideologia defendida, principalmente, pela indústria de equipamentos e medicamentos produz um terreno financeiro lucrativo para investimentos empresariais. Conseqüentemente, os projetos terapêuticos definidos pela capacidade acumulativa do capital financeiro no setor saúde não estabelecem um compromisso com as necessidades subjetivas dos usuários.

Dessa forma, o atendimento médico se limita estrategicamente a incorporação de exames de alto custo comandados pelo capital financeiro. Os atos em saúde revelam o encontro de vários interesses sociais como políticas públicas governamentais, industriais, dos trabalhadores, dos usuários.

Destarte, o modo como se produz saúde indica que este é um lugar onde os sujeitos agem de acordo com determinados objetivos, sejam da instituição ou pessoais. É um espaço de permanentes conflitos de interesses entre todos os participantes. No entanto, tem-se que, apesar disso, os atores implicados com a produção em saúde gozam de certa liberdade no seu processo de trabalho.

Percebe-se que tal influência reflete, também, no currículo das escolas médicas. Durante a graduação, o conhecimento das anormalidades estruturais dos órgãos e sistemas que causam as inúmeras patologias e a busca pelo diagnóstico preenche as matérias, entretanto o estudo dos relacionamentos humanos e toda a sua complexidade são abordados superficialmente.

Com essa formação, os médicos, em sua maioria, agem como se a sua responsabilidade única fosse o diagnóstico da doença física. Assim inicia-se a procura pelo reconhecimento de uma enfermidade. A pessoa investigada torna-se um objeto.

Na educação médica, não há uma formação no desenvolvimento de habilidades de comunicação como técnicas de entrevista, construção de uma escuta apurada e estudo das subjetividades humanas.

Para Levinson et al (1994), o uso de habilidades de comunicação apropriadas não só aumentam a satisfação dos pacientes com seus médicos, mas também ajuda estes a se sentirem menos frustrados e mais satisfeitos em seu trabalho (). Além disso, destaca-se que a comunicação adequada reduz o conflito entre médicos e pacientes.

De acordo com Beckmam e Frankel (1984) citados por Clark e Mishler (2001), a deficiência da medicina centrada na doença se explicita ao se verificar que em cerca 70% das vezes, durante a consulta, o médico interrompe o paciente uma média de 18 segundos.

A atuação do médico de Saúde da Família possibilita um conhecimento crescente do contexto social e familiar do público-alvo adquirido durante muitas consultas ao longo dos anos. O profissional na atenção básica conhece a família, ocupação, situação financeira, social e educacional, além do ambiente físico, religião e atividades de lazer dos seus pacientes.

À medida que o usuário e o profissional compartilham experiências, esse entendimento pode se tornar mais rico, facilitando a compreensão da complexa dinâmica psíquica e também o processo de adoecimento das pessoas.

Além disso, é possível ampliar o conhecimento do usuário através da escuta de outros integrantes da família. Assim, aumentam as alternativas de aprofundar a compreensão do paciente em relação à etiologia de sua dor modificando a sua resposta à doença.

Se os médicos não consideram as opiniões de seus pacientes na condução do tratamento, estes também podem não aceitar suas recomendações. Durante o atendimento, é importante que a pessoa se sinta ouvida e acolhida para que a terapêutica seja eficaz.

O seguimento do tratamento estabelecido conjuntamente é de responsabilidade mútua e define as ações que se seguem.

Stewart et al (2010) têm mostrado que as entrevistas, em que médico e paciente encontram um terreno comum no processo de tomada de decisão nas opções de tratamento, objetivos e papéis na gestão, foram associadas com uma redução significativa na investigação diagnóstica nos dois meses seguintes. Isso sugere que uma abordagem de colaboração pode reduzir as exigências sobre o Sistema de Saúde.

Muitas vezes, estabelece-se uma discordância entre o médico e o paciente na conduta clínica como, por exemplo, quando o médico define o sintoma como psicossomático e o paciente busca apenas uma avaliação organicista do quadro. Nesse caso, para estabelecer um plano conjunto, é preciso que haja flexibilidade no manejo dos conflitos pelo profissional para que a relação não se inviabilize.

A partir disso, o médico percebe-se na relação como parte do contexto e entende que o que ocorre na consulta ressoa tanto no profissional quanto no usuário.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho respondeu aos objetivos propostos uma vez que estimulou uma reflexão dos fundamentos teóricos que norteiam a prática médica, bem como conferiu visibilidade aos problemas cotidianos enfrentados pelos médicos na Estratégia de Saúde da Família. Percebe-se uma distância entre os princípios e leis do SUS e realidade dos protagonistas que atuam na área da saúde.

Para que se possam enfatizar as propostas constitucionais da política pública da ESF, é preciso uma mudança profunda nos fundamentos da formação médica, ampliando o entendimento da intersubjetividade nos relacionamentos, investindo na educação permanente e aumentando a porcentagem do orçamento destinado à saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:**

promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 28 mar. 2012.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a

promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Planalto. Legislação. **Diário Oficial da República**

Federativa do Brasil. Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 28 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a

Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em:

<<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3232.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2012.

Clark, J. A.; Mishler, E. G. Prestando atenção às histórias dos pacientes: o reenquadre da tarefa clínica. In: RIBEIRO, B. T.; LIMA, C. C.; DANTAS, M. T. L. (orgs.). **Narrativa, Identidade e Clínica**. Rio de Janeiro: Ed. IPUB, 2001. Cap. 1, p.11-54.

LEVINSON, W. et al. Physician-patient communication. **The Journal of the American Medical Association** (Jama), Portland, v. 272, n. 20, nov. 1994.

MACEDO, A. F.; AZEVEDO, M. H. Relação médico doente. In: OLIVEIRA, C. F. de. (Coord.) **Manual de Ginecologia**. Portugal: Permanyer, 2009. v. 1, cap. 4, p. 59-79.

MERHY, E. E. **O SUS e um dos seus Dilemas:** Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). Rio de Janeiro: CEBES, 2003.

MERHY, E.E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, Ano XXVII, v.27, n. 65, set./dez. 2003.

STEWART, M. et al. **Medicina Centrada na Pessoa:** transformando o método clínico. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ANEXO 1 – PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011

PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

[...]

DISPOSIÇÕES GERAIS SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES GERAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral.

A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes:

I - ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com

impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade;

II - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;

III - adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também

tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica; e

V - estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos os termos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento.

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locoregionais.

DAS FUNÇÕES NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Esta Portaria conforme normatização vigente do SUS, define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado as necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde. O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada". Neste sentido, atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas:

I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;

II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, dentre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da micro-regulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade; e

IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

[...]