



CESF
Curso de Especialização
em Saúde da Família




| | |
|-----------------|--|
| MÓDULO | Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde |
| AULA 03 | O trabalho da Equipe de Saúde da Família e a mudança do Modelo Assistencial |
| TÓPICO 1 | Ações de uma Equipe de Saúde da Família |

Falamos, anteriormente, que a ESF pode ser compreendida como **instrumento poderoso na construção do modelo de atenção preconizado pelo SUS**. No entanto, essa estratégia será mais potente quando a Equipe de Saúde da Família for capaz de se comprometer com ela e, principalmente, desejar mudar a sua prática a partir de ações apresentadas a seguir e que devem ser realizadas em seu dia-a-dia.

Ações do dia a dia de uma Equipe de Saúde da Família

Ações do dia-a-dia de uma Equipe de Saúde da Família

FONTE: NUTEDS/AIPC

| Demanda Espontânea | Demanda Programada | Outras ações 1 | Outras ações 2 |
|--|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Demanda Espontânea Ações voltadas para o atendimento principalmente, dos casos agudos e das urgências, Envolve 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 do dia-a-dia de uma Equipe de Saúde da Família



**Demanda
Espontânea**

**Demanda
Programada**

**Outras
ações 1**

**Outras
ações 2**

Demanda Programada

Ações voltadas, principalmente para o 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.

Ações do dia-a-dia de uma Equipe de Saúde da Família



**Demanda
Espontânea**

**Demanda
Programada**

**Outras
ações 1**

**Outras
ações 2**

Outras opções - 1

Representa todas as demais ações, compreendendo, entre outras Ações de natureza gerencial de 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 de trabalhadores; Ações de comunicação, tanto internas (dentro da unidade da Equipe), quanto externas (demais setores de saúde, da administração, da comunidade etc);

Ações do dia-a-dia de uma Equipe de Saúde da Família



**Demanda
Espontânea**

**Demanda
Programada**

**Outras
ações 1**

**Outras
ações 2**

Outras opções - 2

Ações de natureza informativa/educativa que busquem aumentar a capacidade de indivíduos, famílias e da comunidade de compreenderem e atuarem sobre os seus problemas de saúde e sobre os determinantes desses problemas;



Para refletir...

Sua equipe conhece bem as necessidades de saúde da comunidade onde você atua? Ela tem um diagnóstico de saúde da sua comunidade? Com que frequência a equipe atualiza esse diagnóstico? Você conhece o seu território de atuação? Esse diagnóstico é fundamental para o desenvolvimento das ações voltadas para um novo modelo de atenção à saúde.



Lei nº 8.080 de 19 de Setembro 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 artigo 198 da Constituição Federal.

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

Princípios e Diretrizes Constitucionais

| | |
|------------------------|---|
| Universalidade | Universalidade "O acesso ao sistema de saúde é direito constitucional, universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação de Saúde". |
| Equidade | O desafio de cuidar de toda uma comunidade sob responsabilidade da Equipe dessaúde depende dos recursos disponíveis e da forma como são utilizados. Nesse sentido, é importante que a Equipe de Saúde busque maior eficiência na utilização dos recursos disponíveis, de modo a aumentar a oferta de ações de saúde e atender o maior número possível de pessoas. Para tanto é importante que a equipe faça uma avaliação permanente sobre o seu processo de trabalho e a forma como organiza a sua agenda de trabalho. |
| Integralidade | |
| Controle Social | |

FORTE: NUTES/UFC

Princípios e Diretrizes Constitucionais

Universalidade

Equidade

Integralidade

Controle Social

Equidade

"A cada um segundo as suas necessidades". É importante conhecer as necessidades de saúde da comunidade para utilizar os recursos existentes de modo adequado, considerando as situações de risco e a 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, deve ser priorizada na agenda. Mas é também, certo pensar que entre as crianças menores de um ano de idade existem algumas mais vulneráveis que outras e, portanto, necessitam mais ainda de uma atenção mais especial, como por exemplo, uma criança que vive em condições sanitárias precárias – em uma favela, filha de uma adolescente solteira, desempregada, com baixa escolaridade e dependente química. Essa criança (e sua família) deve merecer de atenção e tempo, ou seja, de 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 de vulnerabilidade e distribuir as ações em função desse diagnóstico.

FONTE: NUTES/UPC

Princípios e Diretrizes Constitucionais

Universalidade

Equidade

Integralidade

Controle Social

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 a articular ações voltadas para a melhoria das condições de saneamento da comunidade e/ou das famílias.

FONTE: NUTES/UPC

Princípios e Diretrizes Constitucionais

Universalidade

Equidade

Integralidade

Controle Social

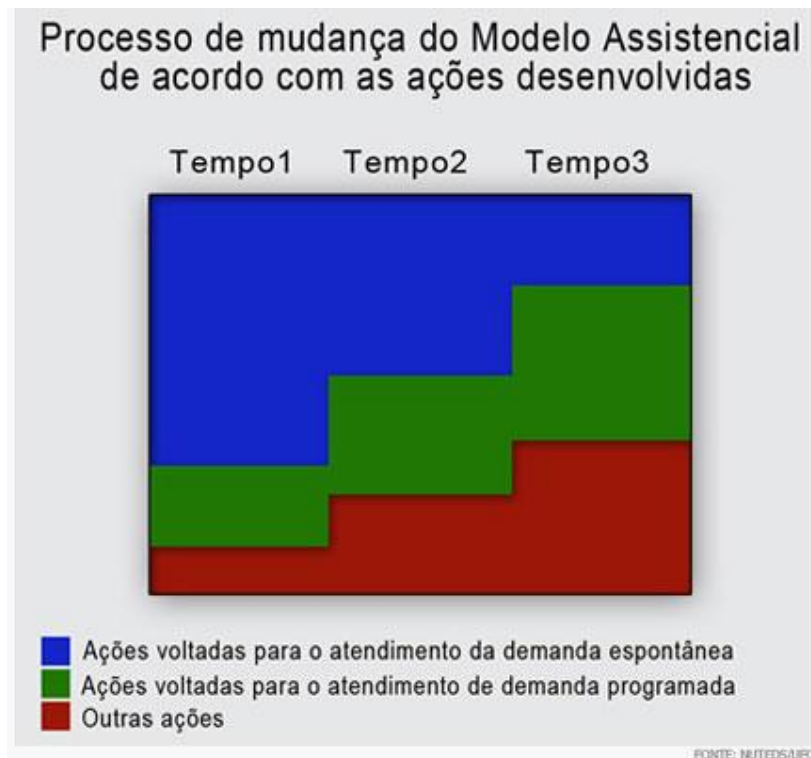
Controle Social

O princípio constitucional garante a participação da comunidade.

É importante que a Equipe incentive e crie espaços para que a comunidade participe e se co-responsabilize pelo desenvolvimento do trabalho, em todas as etapas do seu desenvolvimento: definição de prioridades, planejamento, execução e avaliação.

PONTE: NUTEDS/UPC

A mudança do modelo assistencial é um processo gradativo no qual o peso de cada grupo de ações desenvolvidas pela Equipe de Saúde vai mudando, sempre no sentido de aumentar o tempo destinado às atividades que busquem a melhoria da qualidade de vida da população, diminuindo, por outro lado, o tempo destinado às ações curativas, como ilustrado no esquema seguinte.



Nesse processo gradativo de mudança, é importante destacar que os membros da Equipe participam de forma diferente na execução das ações. É natural, por exemplo, 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, onde cada membro dá a sua contribuição em função dos seus conhecimentos, habilidades e potencialidades e se compromete solidariamente com o projeto.

No desenvolvimento do trabalho das Equipes de Saúde da Família, na busca por melhores resultados e por 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.

TÓPICO 4 | Atividades



Atividade

Em relação ao desafio de implementar a mudança do modelo assistencial responda as seguintes questões:

1. Quais as estratégias e ações que sua equipe tem utilizado visando a mudança do modelo assistencial?
2. Quais as dificuldades mais frequentes na perspectiva da mudança do modelo assistencial que prioriza as ações curativas para um modelo que busca a melhoria da qualidade de vida da população?

Escreva um texto (no mínimo vinte linhas) sintetizando suas respostas às questões acima e envie para o ambiente Moodle.

TÓPICO 5 | Referências



Referências

FEKETE, Maria Christina. A QUALIDADE na prestação do cuidado em saúde. In: BRASIL. **Organização do cuidado a partir do problema**: uma alternativa metodológica para atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2000. p. 65-74.

ALMEIDA, Célia Maria de. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4 . n. 2, p. 263-286, 1999.

ALMEIDA, Célia Maria de. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (suplemento), p. 23-36, 2002.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. **Hospital**: instituição e história social. São Paulo: Letras e Letras, 1991.

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

ARISTÓTELES. **A Constituição de Atenas**. São Paulo: Hucitec, 1995.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. Trad. Leonel Vallandro e Gerd Bornheim (versão inglesa de W. A. Pickard). São Paulo: Abril Cultural, 1973. (Coleção Os Pensadores)

BARRETO, Maria Renilda Nery. **A medicina luso-brasileira: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808-1851)**. [Tese de Doutorado] curso de História das Ciências e da Saúde – Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005. 254 p.

CAMPOS, G.W.S. **Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde**. Saúde em Debate, n. 37, p. 38, 1992.

CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e poderes no hospital**. Porto: Afronta- mento, 1998.

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

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Equidade e reforma na saúde nos anos 90. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (suplemento), p. 173-180, 2002.

CURI, L.M. **Defender os sãos e consolar os lázaros: lepra e isolamento no Brasil -1935/1976**. [Dissertação de Mestrado] curso de História, Instituto de História, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2002.

DEVERS, G. E. A. An Epidemiological Model for Health Policy Analysis. **Social Indicators Research**, v. 2,. p. 453-466, 1977.

DONABEDIAN, A. **The Seven Pillars of Quality**. Arch Pathol Lab Med, 114, p. 1.115-1.118, 1990.

ESTATÍSTICAS DO SÉCULO XX/IBGE. Centro de Documentação e Disseminação de Informações. Rio de Janeiro: IBGE, 2003. 543 p.

FLECK, Ludwik. The Genesis and Development of a Scientific Fact. In: TRENN, T. J.; MERTON, R. K. (Ed.). **Prefácio de Thomas Kuhn**. Chicago: University of Chicago Press, 1979.

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

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Pers- pectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Trad. Roberto Machado. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

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

FRIEDSON. The hospital in modern society. In: FREIDSON, Eliot.

(Ed.). London: The Free Press of Glencoe, 1963.

FRIEDSON, E. **Profession of Medicine**. New York: Dodd Mead, 1970. FRIEDSON, E. **Professional Dominance**. Chicago: Aldine, 1970.

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

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

GONÇALVES, E. L. **Equipamento hospitalar no Brasil**: presença, regionalização e tendências. *Saúde Pública*, São Paulo, 11, p.143-50, 1977.

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. Apostila da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Livre de Lisboa. Lisboa, 1996.

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

HOLANDA, Sérgio Buarque. **História geral da civilização brasileira**. 5. ed. São Paulo: Difel, 1982. Tomo I, v. 2.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2002). **Estatísticas da saúde**: assistência médico-sanitária, 2002. IBGE - Departamento de População e Indicadores Sociais. 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*, 14, p. 623-628, 1998.

KUHN, Thomas S. **A estrutura das revoluções científicas**. Trad. Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. São Paulo: Perspectiva, 1982.

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 (o Ministério da Saúde na gestão de Adib Jatene). Estudos em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, Instituto de

Medicina Social/ Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 57, p. 1-83, 1993.

LEUCOVITZ, E.; PEREIRA, T. R. C. **SIH/SUS (Sistema AIH):** uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil 1983-1991. Estudos em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social/Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 57, p. 1-83, 1993.

MATUS, C. **Adeus, Senhor Presidente:** Governantes Governados. São Paulo: Fundap, 1996.

MARTINS, M; TRAVASSOS, V; NORONHA, J. C. Sistema de informações hospitalares como ajuste em índice de desempenho. **Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.35, n. 2, p. 185-192, 2001.

MCKEE, M; HEALY, J. (Ed.). **Hospitals in a Changing Europe. Buckingham.** Philadelphia: Open University Press, 2002. p. 50.

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

NUNES, Everardo Duarte. A sociologia da saúde nos Estados Unidos, Grã- Bretanha e França: panorama geral. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n.1, p. 79-95, 2003.

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

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.

PEGO, Raquel Abrantes; ALMEIDA, Célia Maria. Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18 n. 4, jul./ago, 2002.

PLATÃO. **Sofista.** Trad. Jorge Paleikat e João Cruz Costa. São Paulo: Abril Cultural, 1972. p 135-203. (Coleção Os Pensadores)

PLATÃO. **A República.** Trad. M. H. R. Pereira. 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. **Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, out./dez. 1997.

PREKER, Alexander S.; HARDING, April (Ed.). **Innovation in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals**. Washinton, DC: The World Bank, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Atenção Hospitalar. **Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

REINHARDT, U. E; HUSSEY, P. S. ANDERSON, G. F. **Cross-National Comparisons of Health Systems Using**: OECD, 1999. *Health Affairs*, 21, p. 169-81, 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**, n. 76, p. 223-239, 2004.

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

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

SCOTTI, Richard W. et al. **INSTITUTIONAL CHANGE AND HEALTH CARE ORGANIZATION: From Professional Dominance to Managed Care**. Chicago, USA: The University of Chicago Press, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do SUS - Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília, 1996. **Diário Oficial da União**, Brasília, v. 84, n. 216, p. 22932, 6 nov. 1996. Seção 1.

STEUDLER, F. **L'evolution de la erofession medicale: essai d'analyse socio- logique**. Cahiers de Sociologie et de Demographie Medicales, n. 2, 1973.

STEUDLER, F. **L'hopital en observation**. Paris: Armand Colin, 1974.

STEUDLER, F. **Medecine liberale et conventionnement**. Sociologie du Travail, v. 2, 1977.

TEIXEIRA, Aloísio; BAHIA, Lígia; VIANNA, Maria Lúcia 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: ANS, 2002. p.18-34.

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

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Pan American Sanitary Bureau. Regional Office of the World Health Organization. **Ten-Year Health Plan for the Americas**: Final Report of the III Special Meeting of Ministers of Health of the Americas. Santiago, Chile, 2-9, out. 1972.

TOURAINE, A. A organização profissional da empresa. In: FRIEDMAN, G.; NAVILLE, P. **Tratado de sociologia do trabalho**. São Paulo: Cultrix, 1973. v. I, p. 445-468.

TOURAINE, A. Préface. In: STEUDLER, F. **L'evolution de la profession medicale: Essai d'analyse sociologique**. Cahiers de Sociologie et de Demographie Medicales, n. 2, 1973.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila. **A América Latina no contexto de reformas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2002. Mimeografado.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. **A americanização da seguridade social no Brasil**: estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Revam/UCAM/IUPERJ, 1998.

WHOSIS – Sistema de Informação Estatística da OMS. Disponível em: < <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm> >. Acesso em: 01 fev.2008.



Referência da aula

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de Especialização em Saúde da Família**: o trabalho da equipe de saúde da família e a mudança do modelo assistencial. Fortaleza, 2010.