



## CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MÓDULO	PROCESSO DE TRABALHO E PLANEJAMENTO DA ESF
UNIDADE 1	MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE
TÓPICO 1	MODELOS HISTORICAMENTE CONSTRUÍDOS NO BRASIL

A exemplo do que ocorreu em diversos países do mundo Ocidental, no Brasil o movimento relacionado aos hospitais, profissionais de saúde e sistemas de saúde não foi diferente. Este processo teve suas peculiaridades considerando a realidade política, social de cada período.



No Império, a preocupação com a saúde se restringia ao saneamento dos portos, das cidades, do controle de epidemias e endemias. Os hospitais próprios eram, basicamente, militares. Os demais eram filantrópicos, a exemplo das Santas Casas de Misericórdia. A Medicina privada se restringia às famílias abastadas.

No início do século XX, as campanhas sanitárias são frequentes e as ações realizadas de forma autoritária, revoltam a população que se insurge no movimento o qual denominou-se a Revolta da Vacina. É um período denominado, também de Sanitarismo Campanhista. A assistência hospitalar estatal se dirige especificamente a uma parcela da população cujas doenças infecciosas poderiam impactar a sociedade como um todo. Nesse período que as doenças hanseníase, tuberculose e saúde mental são mais estudadas.

A assistência médica individual para os pobres era de responsabilidade da filantropia e aos que podiam pagar se dirigiam a assistência particular, ou as associações entre organismos de espécies diferentes e no qual há benefícios para uns e outros (mutualistas), ou seja, sindicatos e comunidades de imigrantes.

Dois tipos de arranjos hospitalares são observados, o estatal no âmbito federal (doenças infecciosas e saúde mental) e os concernentes aos estadual/municipal (pequenos hospitais que atendiam urgências e emergências): (1) o estatal; (2) filantrópico; e (3) setor privado, os quais vieram a se transformar na seguridade social, pois a compra e o financiamento de serviços se constituíram em um mercado promissor através dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP).

Em meados da década de 60, ocorreu a fusão dos diversos IAP originando o Instituto Nacional de Previdência Social. Na década de 80, iniciou-se os questionamentos sobre o modelo existente da previdência privada, que se denominou da “crise da previdência brasileira”, decorrente, principalmente do aumento do número de aposentados em relação ao número de contribuintes, bem como da descrença na capacidade hospitalar e dos sistemas de atuarem com eficácia nos níveis de saúde da população.

A “crise da previdência brasileira” ocorre paralelo aos vários Programas da área de Saúde, que vieram a ser precursores do Sistema Único de Saúde – SUS, como: Programa de Interiorização de Ações e Saneamento em Saúde (PIASS), Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE), Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), Ações Integradas de Saúde (AIS), Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que procuravam fomentar à atenção ambulatorial e racionalizar a assistência, o investimento nos hospitais públicos das diversas esferas de governo.

Entre 1976 e 1999, a rede de atenção à saúde pública como a privada tiveram uma expansão recorde. Cerca de 95% dos estabelecimentos eram públicos e da rede ambulatorial. Isto representou um reverso da atenção hospitalar para a atenção ambulatorial.

Atualmente, existe, no Brasil o prover de serviços médicos/hospitalares privado no Modelo Liberal Privatista e no estatal em que o SUS é concebido como um Sistema Nacional e Público de Saúde. Nessa convivência os serviços da atenção primária e a urgência são prestados pelo SUS e os serviços hospitalares e maior complexidade são comprados de organizações privadas. O que representa em nosso País uma forte ligação com médicos e hospitais.

Como política de Estado, o Programa Saúde da Família tem o desafio de remodelar a atenção a saúde, modificando o jeito de trabalhar, construindo novas bases para o desenvolvimento de práticas de saúde mais integrais e humanizadas. Para saber mais sobre as políticas de saúde no Brasil.

## TÓPICO 2

## ESF: DESAFIOS PARA A ORGANIZAÇÃO DA AGENDA DE TRABALHO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

### **Por que a Estratégia Saúde da Família não conseguiu reverter a crise na saúde do Brasil?**

Um dos maiores problemas do Sistema Único de Saúde reside na incoerência entre a situação de condição de saúde brasileira de tripla carga de doença (doenças infectocontagiosas, causas externas, condições crônico-degenerativas), com o forte predomínio relativo das condições crônicas, e o sistema de atenção à saúde adotado, que é fragmentado, episódico, reativo, focado na doença e voltado prioritariamente para

as condições e os eventos agudos. Há maior ênfase na demanda espontânea, não programada, com descontinuidade no atendimento nos diferentes níveis de atenção em saúde. Isso reflete em um desencontro entre o sistema de saúde e a situação de saúde vigente no país, convergindo na crise da saúde.

### Como resolver esse problema?

Propõe-se um modelo direcionado às condições crônicas cujas com as seguintes características: ações integradas, foco nas pessoas, de caráter integrado e contínuo e com valorização do protagonismo social e do autocuidado. Nesse contexto, é necessária a mudança nos sistemas piramidais e hierárquicas para as redes de atenção em saúde, com a atenção primária como coordenadora do cuidado.

Para compreender a necessidade de reestruturação do modelo de saúde vigente no país, faz-se importante destacar os atributos essenciais da atenção básica:

1. **Acessibilidade:** A Atenção Primária configura-se como a porta de entrada do sistema de saúde brasileiro. Espera-se que os serviços desse nível de atenção sejam acessíveis e resolutivos frente às principais necessidades de saúde trazidas pela população. A adoção de ferramentas apropriadas de trabalho gerencial, tais como a abordagem multidisciplinar, o planejamento das ações, a organização horizontal do trabalho e o compartilhamento do processo decisório podem contribuir significativamente para oferecer atenção ao primeiro contato.
2. **Longitudinalidade:** Implica a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, independente da presença de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema. A presença do atributo de longitudinalidade tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, que reduzem os encaminhamentos desnecessários para especialistas e a realização de procedimentos de maior complexidade. A formação de profissionais de saúde, quando desvinculada da realidade das condições de vida e saúde da população, resulta em falta de preparo para lidar com pacientes com distintas características socioculturais, o que constitui um obstáculo ao alcance da longitudinalidade.
3. **Coordenação do cuidado:** A coordenação entre níveis assistenciais pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do local onde sejam prestados. Objetiva ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam a suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos da rede de atenção à saúde.

A atenção coordenada é justificada e necessária, porque é cada vez maior o número de pessoas que sofrem de mais de uma doença e recebem cuidados de saúde por trabalhadores de diferentes especialidades. Necessidades de saúde são bastante complexas e em geral não são adequadamente tratadas por sistemas de saúde caracterizados pela especialização e orientação profissional isolada. A inadequação pode resultar não só em necessidades não atendidas, como também em tratamentos desnecessários, duplicidade de ações e medicalização excessiva.

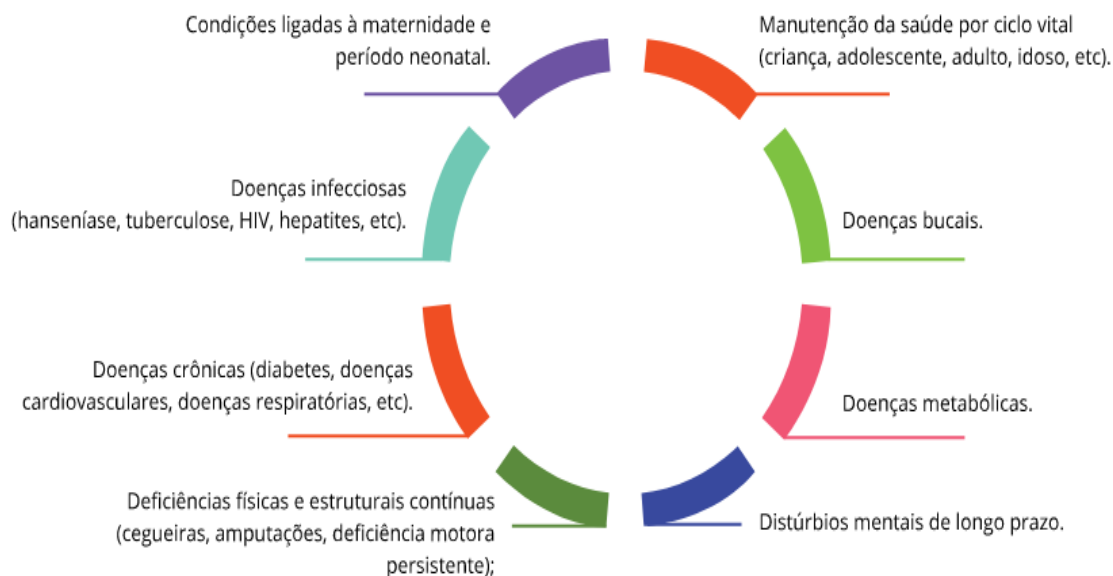
O manejo inadequado das condições crônicas ocasiona uma desorganização e imprevisibilidade das ações de saúde, com predominância do atendimento de demanda espontânea em detrimento da demanda programada.

4. **Integralidade:** É um dos pilares na construção do SUS consagrado pela Constituição Federal de 1988 e possui quatro dimensões: primazia das ações de promoção e prevenção, atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica, articulação das ações de promoção, proteção e prevenção e abordagem integral do indivíduo e das famílias (PEREIRA, 161, 2013).

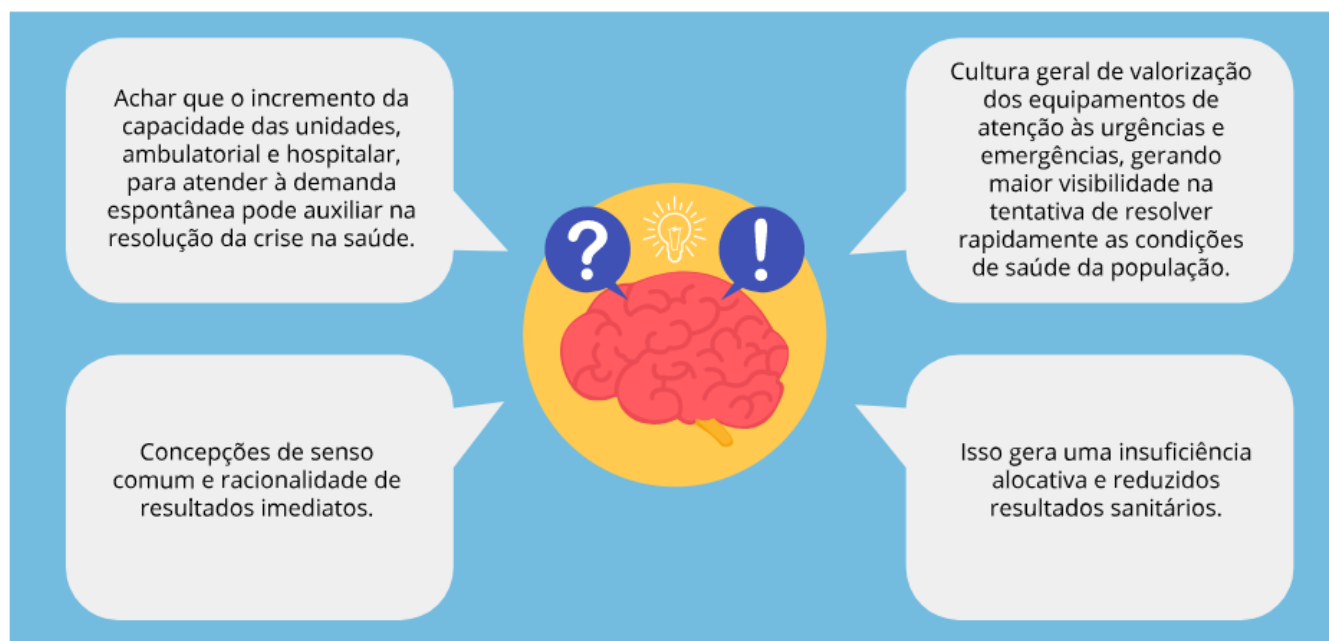
### Mas quais são as características de um atendimento de demanda espontânea?



### O atendimento programado pode ser aplicado nas seguintes situações:



Quando refletimos sobre o equilíbrio entre demanda espontânea e a demanda programada para resolução da crise na saúde, são comuns a ocorrência de pensamentos equivocados por parte da gestão, dos profissionais e da população, tais como:



### Como podemos resolver esses problemas?

1. Aumentar a oferta da atenção programada na atenção primária à saúde, proporcionando a redução das agudizações e dos atendimentos baseados na demanda espontânea;
2. Investir no agendamento de retorno de acordo com as diretrizes clínicas de cada condição, com revisão contínua do plano de cuidados durante as consultas.

### Como deve ser organizada a agenda na atenção primária de saúde?

Para responder a essa pergunta precisamos saber quais são as características básicas da agenda, como podemos lidar com o usuário com perfil hiperutilizador e quais são as habilidades necessárias à organização da agenda.

#### As características básicas da agenda consistem em:

- Organizar o número de consultas disponíveis de forma compatível com a demanda;
- Adaptá-la às características da população/área de abrangência;
- Não setorizar ou verticalizar, ou seja, não separar períodos para programas e nem separar dias para a demanda espontânea e para a demanda programada. Deve-se mesclar esses dois tipos de atendimento durante o dia para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde;

- Adaptá-la a variações de demanda: inverno-verão e início da atividade profissional;
- Manter e/ou prever espaços entre consultas para recuperação de atrasos;
- Ter uma agenda complementar entre médico e enfermeiro;
- A agenda deve ser gerenciada pelo profissional ou pelo setor administrativo da unidade;
- O tempo de consulta deve ser individualizado e gerido de forma adequada, de forma a programar maior tempo para consultas rápidas com espaço para consulta mais demoradas.

**A agenda deve ser organizada de modo a permitir a catalogação das atividades de cuidado de acordo com as seguintes situações:**

- A. Assistência previsível: revisão médica de doença aguda ou crônica, verificação de exames;
- B. Necessidades administrativas previsíveis: receitas crônicas, relatórios programados, etc;
- C. Assistência imprevisível: exacerbação aguda ou crônica da doença;
- D. Necessidades administrativas imprevisíveis: documento de interconsulta/referência, prescrição medicamentosa após alta hospitalar.

Um cuidado importante para organizar os atendimentos é saber lidar com o usuário hiperutilizador. Essas pessoas frequentemente buscam a unidade de saúde, mas não possuem a necessidade de serem atendidas.

**A organização da agenda também exige habilidades como:**

- Uso de ferramentas de gerenciamento clínico, com treinamento dos profissionais para manejo clínico e demora permitida (demora na realização da consulta sem risco ao paciente);
- Utilização do telessaúde;
- Desenvolvimento de protocolos acordados e de diretrizes clínicas baseadas em evidências e independentes;
- Ter uma lista de pessoas adequada, em número, qualidade e funções dos profissionais da equipe para definir como o paciente irá transitar dentro da unidade;
- Criar circuitos definidos com participação efetiva da equipe;
- Organizar uma lista de problemas;
- Avaliar os níveis de desempenho, ou seja, de alguma atividade pode ser desempenhada pelo administrativo que não seja feita pela enfermeira ou pela enfermeira que não seja feita pelo médico;
- Realizar a automação dos processos;
- Desburocratizar o atendimento, de modo a evitar o histórico de tratamento em longo prazo. No caso das doentes crônicos, a gestão deve ser feita pelo administrativo e deve haver o acompanhamento da enfermeira em conjunto com o médico;
- Compartilhar responsabilidades com os pacientes. Para tanto, deve ser investigada as suas expectativas e o seu grau de envolvimento, bem como fornecidas informações para uso racional e adequado dos serviços de saúde.

É importante também reconhecer que um dos aspectos mais valorizados pela população é a acessibilidade organizacional. Portanto, deve-se trabalhar para oferecer amplitude aos horários de atendimento, evitar o atraso na nomeação dos profissionais e na chegada dos profissionais ao serviço de saúde.

**Mas como a equipe de saúde pode criar uma agenda programada? Veja um exemplo que descreve como essa agenda pode ser criada na prática:**

Durante o processo de transição no modo de organização de duas Unidades Básicas de Saúde para a Estratégia de Saúde da Família Ampliada, modelo de atenção proposto pela Secretaria Municipal de Saúde de um determinado município, a organização das agendas nessa nova lógica de trabalho era diferente do modo com que as equipes vinham atuando. Assim, o grupo de Apoiadores em Saúde da região, com suporte do Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado, elaborou uma metodologia para que as próprias equipes montassem suas agendas.

Inicialmente, em reunião de equipe foi realizada uma caracterização das áreas de cada uma das Equipes Saúde da Família (ESF) levantando-se os dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), complementado com as informações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A partir desses dados e conhecimento das Linhas de Cuidado propostas pelo município, foram feitos os cálculos sugeridos e chegou-se a uma proposta de divisão da agenda por ciclos de vida para os médicos, enfermeiros e dentistas, de acordo com as necessidades da população e as características do território. Prevendo também nos atendimentos vagas para demanda espontânea.

As agendas foram inseridas no sistema de agendamento de consultas e gestão de informações utilizado pelo município.

Vale destacar que os desafios para o processo de construção das agendas é a cobertura de ACS em todo o território, considerando a rotatividade desse profissional, e a constante atualização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Percebeu-se que as equipes precisam estar atentas a real demanda do território no planejamento de suas ações e ter uma visão ampliada para as famílias.

Também as agendas deveriam garantir acesso a população em tempo oportuno e compreender que muitas vezes a população que apresenta necessidade não procura à Unidade Básica de Saúde, por isso é fundamental os espaços de comunicação entre a equipe e apresentação de ofertas que vão além de uma agenda clínica individual.

Para isso na composição das agendas também foram planejadas ações como: Visitas Domiciliares, Grupos, Acolhimento, Reunião de Equipe e Geral.

E as agendas programadas de acordo com as Linhas de Cuidado preveem que as consultas de gestantes, hipertensos, diabéticos e crianças menores de dois anos sejam intercaladas entre médicos e enfermeiros, ampliando desta forma o acesso e a produção do cuidado em equipe.

Percebeu-se que esta é uma etapa estruturante para o processo de trabalho na unidade básica de saúde e que se bem organizada, pode facilitar e potencializar o trabalho dos profissionais, assim como ampliar o acesso e qualidade da atenção na Atenção Básica.

A construção da agenda pela própria equipe, que conhece o território e vivencia as dificuldades de seu cotidiano de trabalho fortalece sua autonomia e evita a alienação sobre seu processo de trabalho.

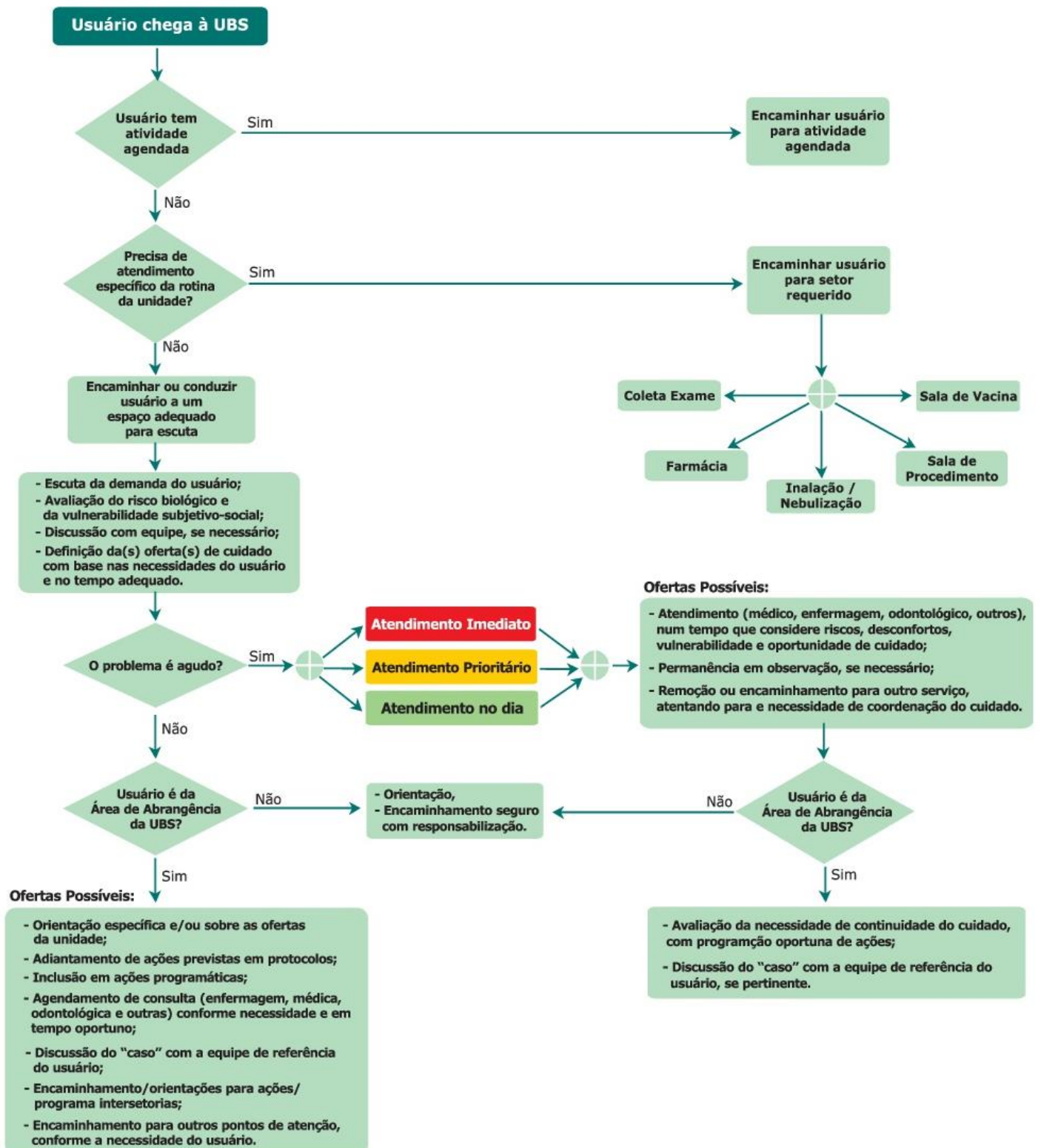
Assim, recomenda-se que o protagonismo da equipe seja considerado como elemento fundamental na condução de processos como este.



## Acolhimento da demanda espontânea

Alguns aspectos são considerados essenciais para o acolhimento da demanda espontânea: avaliação de riscos e vulnerabilidades; trabalho em equipe com foco em intervenções substitutivas à medicalização e escuta qualificada com classificação de risco.

Veja o fluxograma para a organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária para o atendimento da demanda espontânea:





## Gestão da demanda programada

A gestão da demanda programada envolve a análise das suas características, a estratificação de risco e o plano de cuidados.

A demanda programada se caracteriza por uma iniciativa proativa do profissional de saúde, onde são trabalhados aspectos de cuidados não abordados nas urgências, cujo plano de cuidados elaborado de forma conjunta é o centro do atendimento (monitoramento e alterações necessárias), com retorno agendado de acordo com as diretrizes de classificação de risco.

Durante a classificação de risco é investigado o tipo de atendimento (individual ou em grupo), qual profissional será responsável pela assistência e qual a frequência do atendimento (intervalos previsíveis e regulares).

A Figura abaixo mostra as ações predominantemente recomendadas para as doenças crônicas cardiovasculares, onde, para cada nível da pirâmide, uma recomendação de uma ação de Saúde específica é considerada predominante. No entanto, é importante destacar que isso não exclui as demais recomendações. A partir do nível de atenção a equipe de a saúde deverá lançar mão de diferentes ações.









NÍVEL DE ATENÇÃO	AÇÃO DE SAÚDE PREDOMINANTE	EXEMPLOS DE ATIVIDADES
5	GESTÃO DE CASO	DISCUSSÃO DE CASO, VISITAS DOMICILIARES, ABORDAGEM FAMILIAR
4	ATENÇÃO INDIVIDUAL	CONSULTAS SEQUENCIAIS, MULTIDISCIPLINARES
3	ATENÇÃO INDIVIDUAL/COMPARTILHADA EM ATIVIDADE EM GRUPO	CONSULTAS SEQUENCIAIS, MULTIDISCIPLINARES E/OU CONSULTA COLETIVA - PARTICULARIZAR CONFORME NECESSIDADE INDIVIDUAL
2	ATENÇÃO COMPARTILHADA EM ATIVIDADE EM GRUPO	CONSULTA COLETIVA
1	GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	GRUPO DE TABAGISMO, CAMINHADA, ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Fonte: (STURMER; BIANCHINI, 2012).

### Mas, por que é importante fazer a estratificação de risco?

A estratificação de risco permite direcionar o atendimento de acordo com os riscos E necessidades do usuário, favorece a programação da agenda e a adequação das ações, permite a otimização do uso dos recursos e amplia o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Como fazer a estratificação de risco? A estratificação de risco deve considerar a gravidade, o grau de severidade e capacidade de autocuidado do usuário, seja ela suficiente ou insuficiente pela incapacidade cognitiva ou pelos recursos sociais.

GRAU DE SEVERIDADE DA CONDIÇÃO CRÔNICA	CAP. PARA AUTOCUIDADO INSUFICIENTE	CAP. PARA AUTOCUIDADO SUFICIENTE
Grau 4 - Doença cardiovascular estabelecida	ESTRATO 5 	ESTRATO 4 
Grau 3 - HAS/DM acima da meta, sinais de lesão em órgão-alvo sem doença estabelecida (proteinúria, hipertrofia, ventricular esquerda), alto risco pelo escore de Framingham	ESTRATO 4 	ESTRATO 3 
Grau 2 - HAS/DM dentro da meta, baixo/médio risco cardiovascular pelo escore de Framingham	ESTRATO 2 	ESTRATO 2 
Grau 1 - Somente fatores de risco	ESTRATO 1 	ESTRATO 1 

Fonte: (STURMER; BIANCHINI, 2012).

A estratificação de risco nas diferentes regiões e municípios do Brasil irá seguir critérios pactuados, de acordo com as especificidades de cada localidade. Como exemplo, podemos citar a estratificação de risco para diabetes mellitus da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (Quadro 10):

RISCO	CRITÉRIO
BAIXO	Pessoa com glicemia de jejum alterada e intolerância à sobrecarga de glicose.
MÉDIO	Pessoa com DM diagnosticado e: Controle metabólico (HbA1c < 7,5) e pressórico adequados; Sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses; Sem complicações crônicas (micro ou macroangiopatia)
ALTO	Pessoa com DM diagnosticado e: Controle metabólico (7,5 < HbA1c < 9) ou pressórico inadequado, com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado)
MUITO ALTO	Pessoa com DM diagnosticado e: Controle metabólico (7,5 < HbA1c < 9) ou pressórico inadequado com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado)
GESTÃO DE CASO	Pessoa com DM diagnosticado e: Mau controle metabólico (HbA1c > 9) ou pressórico apesar de múltiplos esforços prévios. Múltiplas internações por complicações agudas nos últimos 12 meses Síndrome arterial aguda há menos de 12 meses – AVC, acidente isquêmico transitório (AIT), IAM, angina instável, doença arterial periférica (DAP) com intervenção cirúrgica Complicações crônicas severas – doença renal estágios 4 e 5, pé diabético de risco alto, ulcerado ou com necrose ou com infecção. Comorbidades severas (câncer, doença neurológica degenerativa, doenças metabólicas entre outras) Risco social – idoso dependente em instituição de longa permanência; pessoas com baixo grau de autonomia, incapacidade de autocuidado, dependência e ausência de rede de apoio familiar ou social

## Avaliação da capacidade de autocuidado

A avaliação da capacidade de autocuidado é, em boa parte, subjetiva, pois depende da percepção do profissional e da equipe de Saúde ao observar o contexto e as atitudes da pessoa diante de sua condição crônica. Mas há formas de aperfeiçoar a capacidade de avaliar esses aspectos que incluem o conhecimento sobre as crenças relacionadas à condição de saúde; as atitudes, a confiança e a motivação diante das mudanças; a importância dada à condição; e a presença e a força das redes de suporte social (MENDES, 2012).

Os autores propõem a operacionalização desse aspecto em termos de suficiente e insuficiente, que dependem do julgamento clínico, realizado por um profissional/equipe que conhece a pessoa e o seu contexto. O Quadro 8 exemplifica um conjunto de situações onde se considera como insuficiente a capacidade para o autocuidado.

Situações que ajudam a ilustrar circunstâncias em que a capacidade de autocuidado pode ser insuficiente

- Pessoas com dificuldade de compreensão de sua condição crônica, por exemplo, com expectativa de cura ou controle em curto prazo.
- Pessoas com dificuldade de compreensão das necessidades farmacológicas e de um plano de cuidados em médio e longo prazos.
- Pessoas que se encontram no estágio pré-contemplativo de mudança de comportamento, isto é, que não demonstram interesse em realizar mudanças nos próximos meses.
- Pessoas com baixo suporte social (ausência de apoio familiar, problemas familiares e dificuldades socioeconômicas).
- Pessoas com baixa autoeficácia, isto é, que não acreditam em si mesmas como agentes de mudança de suas condições.
- Pessoas com postura reativa às suas condições crônicas, que reduz sua sociabilidade e tornam-se reclusas por causa de suas limitações, muitas vezes fazendo dos seus problemas o centro de suas vidas.
- Pessoas que se recolhem em sua condição crônica, sem ação para melhoria de sua condição
- Pessoas que abandonam o acompanhamento por não atingirem as metas, por exemplo, usuário obeso que desiste do plano de cuidados ao ver que não perdeu peso.
- Pessoas com depressão grave, com prejuízo no desempenho das suas atividades diárias. <sup>[1]</sup><sub>[2]</sub>Fonte: (STURMER; BIANCHINI, 2012).

## Exemplos de plano conjunto de cuidados

Exemplo 1

ITENS CHAVES	PESSOA	PROFISSIONAL DE SAÚDE
<b>Problemas</b>	Muito gorda, tenho que comer menos, não quer ter diabetes.	Obesidade grau III Transtorno bipolar Inatividade física Inadequação alimentar Glicose alterada Afastamento do trabalho por bipolaridade
<b>Prioridade</b>	Não tomar mais refrigerante no	Inadequação alimentar e

	almoço durante a semana e caminhar 30 minutos duas vezes por semana.	inatividade física.
<b>Objetivo</b>	Diminuir o peso.	Diminuir a glicemia. Diminuir o peso.
<b>Metas</b>	Para de tomar refrigerante no almoço. Caminhar 30 minutos duas vezes por semana	Diminuir a quantidade de refrigerante ingerido. Realizar 30 minutos de exercício físico três vezes por semana.
<b>Papéis</b>	Fazer as tarefas e retornar em três a quatro semanas para a consulta individual. Frequentar o grupo de caminhada. Fazer diário alimentar.	Apoio, grupo de caminhada, consulta coletiva de redução alimentar.

## Exemplo 2

ITENS CHAVES	PESSOA	PROFISSIONAL DE SAÚDE
<b>Problemas</b>	Diabetes descontrolada, obesa, incomodada com a doença.	Diabetes não controlado Sobrepeso Frustração com a condição da doença
<b>Prioridade</b>	Diminuir o peso.	Compreensão sobre a frustração Diminuição do peso.
<b>Objetivo</b>	Fazer exercício.	Avaliar a motivação para o exercício físico.
<b>Metas</b>	Caminhar três vezes por semana depois do trabalho.	Realizar 20 minutos de exercício físico três vezes por semana.
<b>Papéis</b>	Fazer as tarefas e retornar em três a quatro semanas para a consulta individual. Frequentar o grupo de caminhada. Fazer diário alimentar.	Apoio, grupo de caminhada, consulta coletiva de redução alimentar.

A seguir veja um modelo de Plano de ação que pode ser aplicado para o manejo de insuficiência cardíaca:

<p><b>ZONA VERDE</b></p> <p>Seu peso normal é__kg          Sem falta de ar          Sem edema nas pernas          Sem aumento de peso          Sem dor no peito          Sem diminuição da capacidade física</p>	<p><b>ZONA VERDE SIGNIFICA</b></p> <p>Seus sintomas estão controlados;          Continue com medicação conforme combinado;          Continue a se pesar diariamente;          Coma pouco sal;          Não falte as consultas;          Medicação em uso.</p>
<p><b>ZONA AMARELA</b></p> <p>Se você tem algum dos seguintes sintomas:          Aumento de 1,5 kg ou mais em 2 dias;          Falta de ar em repouso;          Piora da tosse;          Piora do edema nas pernas;          Piora da falta de ar;          Aumento do número de travesseiros.</p>	<p><b>ZONA AMARELA SIGNIFICA</b></p> <p>Seus sintomas indicam que você precisa de um ajuste na dose de suas medicações;          Mude a dose das seguintes medicações: _____;          Ligue para o seu médico ou enfermeira para agendar consulta brevemente (NOME:_____; TEL.:_____);</p>
<p><b>ZONA VERMELHA</b></p> <p>Se você tem algum dos seguintes sintomas:          Aumento de 3 kg em 3 dias;          Falta de ar em repouso;          Dor no peito que não alivia;          Chiado no peito em repouso;          Está dormindo sentado;          Confusão mental.</p>	<p><b>ZONA VERMELHA SIGNIFICA</b></p> <p>Seus sintomas indicam que você está com a doença descompensada;          Ligue imediatamente para o seu médico ou enfermeira (NOME:_____; TEL.:_____);          Caso não consiga contato, procure um serviço de urgência.</p>

Plano de cuidados de acordo com a lista de problemas (24/04/2013)

Maria da Silva, 65 anos

1. Hipertensão não controlada (PA: 140x92): Solicitadas aferições intra-domiciliares com reavaliação no início de maio de 2013.
2. Diabetes melitus tipo II sem complicações. Em dose máxima de metformina e glibenclamida. Última HbA1c: 7,4 em marc/2013. Meta de HbA1c individualizada para 7,5%. Repetir exames de DM em set/2013;

3. Gonartrose à direita. Fazendo fisioterapia. Boa resposta à infiltração intra-articular de corticoide realizada em dez/2012;
4. Tabagista em fase pré-contemplativa. Plano de prosseguir com a abordagem motivacional;
5. Morte do marido em dez/2012 por câncer de pulmão. Luto não complicado;
6. Obesidade grau 1 (IMC 32kg/m<sup>2</sup> em març/2013). Implementando mudanças na dieta e atividade física. Monitorar adesão e parâmetros antropométricos.

Fonte: Mamografia com BIRADS 2 por calcificações de aspecto benigno em mar/2012. Repetir em mar/2014.

### TÓPICO 3

### REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

#### **Como as Redes de Atenção à Saúde (RAS) podem auxiliar a melhorar o sistema de atenção em saúde no Brasil?**

As RAS surgem como uma real possibilidade de correção para tal desafio, uma vez que consistem em arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado (CONASS, 2015).

Dessa forma, as RAS surgiram da necessidade de organização dos serviços de saúde, de uma forma que atenda a população de maneira mais eficaz, criou a lógica das organizações de redes de atenção à saúde.

O que são redes de atenção e quais são os seus fundamentos?

“O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RASs, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade”.

O modo de organizar as RASs define a singularidade de seus processos descentralizadores frente a outros setores sociais. Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos, espacialmente, de forma ótima. (MENDES, 2011).

Três elementos fundamentais constituem as redes de atenção à saúde: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde, confira no quadro abaixo.



## OS FUNDAMENTOS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Economia de escala, qualidade e acesso.	As economias de escala ocorrem quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades. Assim, a concentração de serviços em determinado local racionaliza os custos e otimiza resultados quando os insumos tecnológicos ou humanos relativos a estes serviços inviabilizam sua instalação em cada município isoladamente.
Integração horizontal e vertical	A integração horizontal se dá entre unidades produtivas iguais, com o objetivo de adensar a cadeia produtiva e, dessa forma, obter ganhos de escala e, conseqüentemente, maior eficiência e competitividade. É o caso das fusões de bancos ou de provedores de Internet. A integração vertical, ao contrário, se dá entre unidades produtivas diferentes para configurar uma cadeia produtiva com maior agregação de valor.
O processo de substituição	Reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis.
Regiões de Saúde ou Abrangência	Área geográfica de abrangência para a cobertura de uma determinada RAS, podem ser denominados de distritos, territórios ou regiões sanitárias.
Os Níveis de Atenção à saúde	Os níveis de atenção à saúde estruturam-se por arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade, a APS, ao de densidade tecnológica intermediária, a atenção secundária à saúde, até o de maior densidade tecnológica, a atenção terciária à saúde.

### **Observação: Constituem-se características das RAS:**

- Formar relações horizontais entre diferentes pontos de atenção;
- Apresentar a atenção primária com centro comunicador;
- Definição, planejamento e execução das ações com base nas necessidades da população assistida;
- Ofertar atenção contínua e integral;
- Cuidado multiprofissional; e
- Alinhar objetivos e resultados a serem alcançados, considerando aspectos sanitários e econômicos.

Após esta primeira aproximação sobre a organização da atenção à saúde, vamos iniciar nossa reflexão sobre Redes de atenção e seus fundamentos, correlacionando-os com os paradigmas que os sustentam. (Esperamos que esta reflexão ajude na compreensão e na evolução do nosso sistema de saúde e seus determinantes).

O terceiro elemento constitutivo das RASs RAS é o modelo de atenção à saúde. Este é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RASs RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

Fonte: (MENDES, 2011).

Na realidade, a implantação das RASs, deve provocar uma mudança radical no SUS, uma vez que exige uma intervenção concomitante sobre as condições crônicas e sobre as condições agudas.

É necessário que os profissionais de saúde estejam aptos a adotarem, individual e coletivamente, práticas diferentes do modelo biomédico hegemônico e que sejam fundamentadas nas diretrizes da atenção primária em saúde e das RAS. O estabelecimento da APS como centro de comunicação das redes de atenção requer profissionais tecnicamente competentes, comprometidos, em quantitativo suficiente e capazes de organizarem seus processos de trabalho em equipe, de forma que promovam a territorialização, descrição da clientela, o acolhimento, o vínculo, a responsabilização, a integralidade e a resolutividade da atenção.

UNIDADE 2

PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE

TÓPICO 1

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

Planejamento pode ser conceituado como um processo contínuo e dinâmico baseado em intenções e ideias organizadas e orientadas para atingir um determinado objetivo, possibilitando as tomadas de decisões. De uma forma bem simples, poderíamos identificá-lo como a não improvisação (GIOVANELLA, 1991).

Dentre os tipos de planejamento, destaca-se o planejamento Estratégico, o qual considera que no ato de planejar não existe uma única interpretação da realidade, e que os atores sociais envolvidos podem ter planos e objetivos diferentes e conflitantes. Ou seja, trata-se de um método mais flexível e participativo, no qual o maior número de atores envolvidos deve participar, pois cada um trás um olhar específico sobre a situação a ser planejada.

Assim, o planejamento estratégico é um processo contínuo que considera a variabilidade, a complexidade da situação e o contexto onde esta se encontra inserida. Isto é, o planejamento não deve ser feito em um único momento e pronto, considerado terminado para todo sempre. Depois de terminado e discutido, ele

deve ser um processo aberto e que permita o acompanhamento e a avaliação constantes para as devidas correções e mudanças de rumo, caso isto se faça necessário. Por considerar as dificuldades que surgem no caminho, faz-se necessário também pensar ações que permitam vencer os desafios e obstáculos que aparecem.

## TÓPICO 2

## CICLO PDCA E AS AÇÕES DE SAÚDE

Outro método que pode ser utilizado para planejar as ações de saúde é o ciclo PDCA (do inglês: PLAN - DO - CHECK - ACT ou ADJUST), também conhecido como Ciclo de Shewhart, Ciclo da Qualidade ou Ciclo de Deming, É uma metodologia que tem como função básica o auxílio no diagnóstico, análise e prognóstico de problemas organizacionais, sendo extremamente útil para a solução de problemas. Poucos instrumentos se mostram tão efetivos para a busca do aperfeiçoamento quanto este método de melhoria contínua, tendo em vista que ele conduz a ações sistemáticas que agilizam a obtenção de melhores resultados com a finalidade de garantir a sobrevivência e o crescimento das organizações (QUINQUIOLO, 2002).



### Objetivo

Exercer o controle dos processos, podendo ser usado de forma contínua para seu gerenciamento em uma organização, por meio do estabelecimento de uma diretriz de controle (planejamento da qualidade), do monitoramento do nível de controle a partir de padrões e da manutenção da diretriz atualizada, resguardando as necessidades do público alvo.



### Metodologia

Desenvolvida por Walter A. Shewhart na década de 30 e consagrada por Willian Edwards Deming a partir da década de 50, onde foi empregado com sucesso nas empresas japonesas para o aumento da qualidade de seus processos (CICLO PDCA, 2005).

O ciclo PDCA está dividido em 4 fases bem definidas e distintas, conforme melhor detalhado a seguir, de acordo com CICLO PDCA (2005). A cada uma das fases, tentaremos correlacionar com um problema vivenciado na estratégia saúde da família: O uso indiscriminado de benzodiazepínicos.



## PLANEJAMENTO

Primeira Fase - P (Plan = Planejar): Esta fase é caracterizada pelo estabelecimento de um plano de ações e está dividida em duas etapas:

a) a primeira consiste em definir o que se quer, com a finalidade de planejar o que será feito. Esse planejamento envolve a definição de objetivos, estratégias e ações, os quais devem ser claramente quantificáveis (metas);

Exemplo:

Diante do problema do uso indiscriminado de benzodiazepínicos observado durante as consultas médicas, decidiu-se traçar um plano de ação com participação de toda a equipe de saúde, para alcance dos seguintes objetivos:

- Diante do problema do uso indiscriminado de benzodiazepínicos observado durante as consultas médicas, decidiu-se traçar um plano de ação com participação de toda a equipe de saúde, para alcance dos seguintes objetivos:
- Diminuir o número de receitas de benzodiazepínicos, dispensadas mensalmente;
- Oferecer atendimento diferencial para a renovação da receita deste medicamento, reavaliando a necessidade de continuidade do seu uso;
- Realizar o desmame do uso crônico de psicotrópicos, dependendo das indicações e das alternativas existentes;
- Orientar os pacientes a respeito dos efeitos colaterais relacionados ao uso crônico de benzodiazepínicos;
- Envolver a equipe de saúde no plano de ação.

b) a segunda consiste em definir quais os métodos que serão utilizados para se atingir os objetivos traçados.

Exemplo:

Para o alcance dos objetivos traçados, propôs-se as seguintes intervenções: coletar informações sobre os motivos de uso deste medicamento em prontuários e entrevistas com os usuários/familiares, realizar reuniões com os pacientes para compartilhamento de informações sobre os efeitos colaterais relacionados ao seu uso e necessidade de desmame, reuniões com os profissionais da equipe de saúde, solicitar o apoio do NASF para suporte às mudanças no estilo de vida e suporte emocional, manter contato direto com a Secretaria Municipal de Saúde.

## **DESENVOLVER**

Segunda Fase - D (Do = Executar): Caracteriza-se pela execução do que foi planejado e, da mesma forma que a primeira fase, está dividida em duas etapas:

- a) Capacitar a organização para que a implementação do que foi planejado possa ocorrer. Envolve, portanto, aprendizagem individual e organizacional;
- b) implementar o que foi planejado.

Exemplo:

Após as ações propostas, foram encontrados alguns fatores associados ao uso de diazepínicos na população, tais como: sedentarismo, estresse, problemas familiares, desemprego, dificuldades financeiras, queixas relacionadas à insônia e ansiedade.

## **CHECAR**

Terceira Fase - C (Check = Verificar): esta fase consiste em checar, comparando os dados obtidos na execução com o que foi estabelecido no plano, com a finalidade de verificar se os resultados estão sendo atingidos conforme o que foi planejado. A diferença entre o desejável (planejado) e o resultado real alcançado constitui um problema a ser resolvido. Dessa forma, esta etapa envolve a coleta de dados do processo e a comparação destes com os do padrão, e a análise dos dados do processo fornece subsídios relevantes à próxima etapa.

Exemplo: Responder aos seguintes questionamentos: quantas receitas de benzodiazepínicos eram dispensadas por mês antes da intervenção? Quantos pacientes eram avaliados mensalmente quanto ao uso de psicotrópicos antes da intervenção? Quantas receitas azuis passaram a ser dispensadas por mês após a intervenção? Quantos pacientes passaram a ser avaliados mensalmente pelo uso de psicotrópicos após a intervenção?

## **AGIR**

Quarta Fase - A (Action = Agir): Esta fase consiste em agir, ou melhor, fazer as correções necessárias com o intuito de evitar que a repetição do problema venha a ocorrer. Podem ser ações corretivas ou de melhorias que tenham sido constatadas como necessárias na fase anterior. Envolve a busca por melhoria contínua até se atingir o padrão, sendo que essa busca da solução dos problemas, por sua vez, orienta para: a necessidade de capacitação; o preenchimento das lacunas de conhecimento (CHOO, 2003) necessário à solução do problema, propiciando a criação de novos conhecimentos e a atualizações do padrão.

Exemplo: Se não houve melhora/mudança, qual foi o motivo?



O acolhimento está presente em todas as ações para o cuidado, oportunizando aos usuários a escuta da equipe às suas necessidades de saúde. Acolhimento é o alicerce para o alcance dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da atenção básica.

Ao acolher, ouvimos. Se ouvimos com interesse, construímos com o usuário o respeito à autonomia, os laços de vínculo, a responsabilização sobre o cuidado e a identificação de sua necessidade para resolução dos problemas de forma integral.

Quando humanizamos as relações no trabalho em saúde, quando realizamos a escuta qualificada dos usuários, quando facilitamos seu acesso aos serviços de saúde, quando nos responsabilizamos e criamos vínculo com os indivíduos, família e comunidade, quando resolvemos os problemas de saúde, e quando garantimos os direitos sanitários da população, estamos acolhendo as pessoas. Não é possível, portanto, isolá-lo como ação pontual, mas pensar em vários aspectos para oportunizar que aconteça.

### O que é o acolhimento?

É um processo que articula postura profissional, organização do processo de trabalho e interação entre o indivíduo, família e comunidade com os profissionais de saúde.

- O acolhimento envolve interesse, postura ética, cuidado, empatia, respeito, identificação de risco e vulnerabilidade, seleção de prioridade e percepção de necessidades coletivas e individuais;
- É um processo de construção de vínculo, humanização, escuta em relação às necessidades de saúde e satisfação dos usuários;
- Deve acontecer em todo e qualquer espaço de encontro onde a atenção à saúde se realize, e não apenas na porta de entrada da unidade;
- Não é uma atividade específica centrada no atendimento médico e de enfermagem, mas parte de qualquer atividade realizada pela equipe, garantindo cuidado longitudinal;
- É uma estratégia de acesso aos serviços de saúde que permite um fluxo facilitado das pessoas aos diferentes pontos da rede de atenção.



## Como organizar o acolhimento nas unidades de saúde?

A organização do acolhimento deve ser realizada a partir dos dados epidemiológicos, diagnóstico situacional e identificação de problemas por meio do planejamento em saúde, analisando a estrutura física e recursos humanos disponíveis. Toda a equipe, e também a comunidade, participam desse processo, refletindo sobre os problemas e identificando as potencialidades para o acolhimento.

Para acolher a demanda da comunidade, não basta distribuir senhas. É importante romper com a ideia do acolhimento como uma ação pontual, centrada na doença e nos procedimentos médicos.

Nesse sentido, almeja-se a organização do acolhimento de modo a ampliar o acesso, instituindo medidas organizacionais para reduzir ou eliminar filas, identificar riscos e vulnerabilidades e adequar à capacidade resolutiva da unidade de saúde.

### TÓPICO 2

### VISITA DOMICILIAR

A visita domiciliar (VD) constitui uma importante ação integrante Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem como objetivo oferecer condutas de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, da família e da coletividade, em seu espaço domiciliar. Assim, possibilita atenção interdisciplinar e multiprofissional no âmbito do domicílio. É um instrumento que promove um grande vínculo entre o profissional de saúde e as famílias de seu território de atuação, fazendo conhecer a realidade do indivíduo e de sua família *in loco*.

Ela permite à Equipe de Saúde da Família: A VD deve ser realizada em equipe, de modo que o encontro com o indivíduo e a família propicie suporte multiprofissional, facilitando, inclusive, o debate entre os diferentes profissionais. Contudo, é importante que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) lidere o grupo, pois é momento oportuno para que se legitime a sua representatividade na ESF.

### O que é a visita domiciliar na atenção primária?

A visita domiciliar (VD) é considerado como um meio importante de aproximação entre a Estratégia Saúde da família (ESF) e as famílias, favorecendo o acesso aos serviços, à construção de novas relações entre os usuários, a equipe e a formação de vínculo entre estes. Contribuindo para a melhoria das ações no tratamento e atenção aos que estão envolvidos no processo saúde/doença, é através da visita domiciliar que se realiza atividades humanas e acolhedoras criando laços de confiança ao usuário no seu ambiente familiar seja ela realizada por Agentes Comunitário de Saúde (ACS), enfermeiros, médicos (BEZERRA et al; 2013).

A VD nasceu com a intenção de privilegiar a prevenção de agravos e a busca ativa da população pelos serviços de atenção primária. No entanto, a atenção primária não é meramente preventiva. Sendo assim, sua atuação por meio da VD deve ser abrangente, desde a promoção à saúde até a recuperação do indivíduo.

O uso do roteiro de visita domiciliar é importante para facilitar o registro das informações coletadas, além de ajudar no delineamento de intervenções.

## **Por que é necessário priorizar a visita domiciliar?**

- conhecer os domicílios com suas características ambientais, socioeconômicas e culturais;
- verificar a estrutura e a dinâmica familiares;
- prestar assistência domiciliar aos pacientes acamados e em outras situações especiais;
- atuar no controle e prevenção de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis;
- estimular a adesão aos tratamentos medicamentosos e não medicamentosos propostos;
- propiciar ao indivíduo e à família uma participação ativa em seu processo saúde-doença;
- estimular a autonomia do indivíduo e da família na prática do autocuidado em seu domicílio.

## **Quem visitar primeiro?**

Tendo em vista o princípio da "equidade" do Sistema Único de Saúde (SUS), que revela a preocupação de se tratar "desigualmente os desiguais", é imprescindível a utilização de um método que diferencie as famílias, na intenção de privilegiar aquelas que possuem maior urgência dos cuidados propiciados pela VD, sem esquecer aquelas que também integram o território de atuação da ESF, mas que possuem menor urgência.

## **Qual a melhor maneira de se privilegiar a VD a famílias de maior risco sem perder a qualidade de atenção às famílias de menor risco?**

A Escala de Risco Familiar de COELHO-SAVASSI, baseada na interpretação da Ficha A do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), foi construída com o propósito de fazer tal diferenciação das famílias, priorizando aquelas que mais necessitam da VD, facilitando e potencializando a atuação da ESF na comunidade domiciliar.

## **A Escala de Risco Familiar de COELHO-SAVASSI**

É um instrumento de estratificação do risco familiar, que tem sido amplamente utilizado para atender a necessidade de se estabelecer prioridade na VD de equipes com grande número de usuários. A escala é aplicada às famílias adscritos a uma ESF, visando determinar seu risco social e de saúde, de modo a refletir o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar.

Para isso, ela utiliza dados presentes na Ficha A do SIAB e outros identificados na rotina diária da ESF. Tais dados foram chamados de Sentinelas de Risco. As Sentinelas de Risco foram selecionadas devido à sua relevância epidemiológica, sanitária e pelo potencial de impacto na dinâmica familiar. Para cada Sentinela de Risco se estabeleceu uma pontuação, denominada Escore de Risco. A partir da soma dos Escores de Risco de cada família, pode-se classificar a família em três categorias de risco familiar: menor, médio e máximo.

Dados da Ficha A do SIAB (Sentinelas de Risco)	Escore de Risco
<b>Acamado</b>	<b>3</b>
<b>Deficiência Física</b>	<b>3</b>
<b>Deficiência Mental</b>	<b>3</b>
<b>Baixas condições de saneamento</b>	<b>3</b>
<b>Desnutrição grave</b>	<b>3</b>
<b>Drogadição</b>	<b>2</b>
<b>Desemprego</b>	<b>2</b>
<b>Analfabetismo</b>	<b>1</b>
<b>Indivíduo menor de seis meses de idade</b>	<b>1</b>
<b>Indivíduo maior de setenta anos de idade</b>	<b>1</b>
<b>Hipertensão Arterial Sistêmica</b>	<b>1</b>
<b>Diabetes Mellitus</b>	<b>1</b>
<b>Relação morador/cômodo maior que 1</b>	<b>3</b>
<b>Relação morador/cômodo igual a 1</b>	<b>2</b>
<b>Relação morador/cômodo menor que 1</b>	<b>0</b>

Escore Total	Risco Familiar
<b>5 e 6</b>	<b>R1 – risco menor</b>
<b>7 e 8</b>	<b>R2 – risco médio</b>
<b>Acima de 9</b>	<b>R3 – risco máximo</b>

A escala tem se mostrado bastante efetiva na organização da demanda das visitas domiciliares, possibilitando uma percepção mais sensível e objetiva do risco das famílias avaliadas e auxiliando significativamente o trabalho da ESF. Para se entender melhor as Sentinelas de Risco, a fim de bem identificá-las e aplicá-las na categorização do risco familiar, é preciso conhecer as suas definições:

- Acamado - Conforme Organização Mundial de Saúde, define-se como “toda pessoa restrita ao seu próprio domicílio, por qualquer inabilidade e/ou incapacidade de locomover-se por si só a qualquer centro de atenção à saúde” (LICHTENFELS et al, 2004).
- Deficiência Física e Deficiência Mental - Conforme o manual para preenchimento da ficha A do SIAB, é o “defeito ou condição física ou mental de duração longa ou permanente que, de alguma forma, dificulta ou impede uma pessoa da realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer. Isto inclui desde situações em que o indivíduo consegue realizar sozinho todas as atividades que necessita, porém com dificuldade ou através de adaptações, até

aquelas em que o indivíduo sempre precisa de ajuda nos cuidados pessoais e outras atividades” (BRASIL, 1998).

- Baixas condições de saneamento - Saneamento é o controle, pelo homem, de todos os fatores de seu meio físico, os quais exercem ou podem exercer consequências deletérias ao seu estado de bem estar físico, mental ou social. Devem ser considerados os seguintes itens da Ficha A do SIAB: destino do lixo, tratamento da água no domicílio e destino de fezes e urina; pontuar em 3 quando há pelo menos uma destas situações: lixo a céu aberto, água sem tratamento e esgoto a céu aberto.
- Desnutrição grave - Percentil de Peso/Idade menor que 0,1 (Peso muito baixo para a idade), segundo a classificação do Sistema de Vigilância Nutricional para menores de 7 anos.
- Drogadição - Utilização compulsiva de drogas lícitas e/ou ilícitas, com potencial para causar dependência química. Neste grupo estão o álcool, tabaco, benzodiazepínicos, barbitúricos e drogas ilícitas.
- Desemprego - Define-se como desemprego qualquer situação que não se encaixe nos critérios definidores de ocupação (ver instrução de preenchimento da Ficha A do SIAB).
- Analfabetismo - A partir da idade escolar, o analfabetismo é a situação em que o indivíduo não consegue sequer ler ou escrever, no mínimo, um bilhete. O indivíduo que apenas assina o nome não é considerado alfabetizado.
- Menor de seis meses - Todo lactente com idade até 5 meses e 29 dias.
- Maior de setenta anos - Toda pessoa com, pelo menos, 70 anos completos.
- Hipertensão arterial sistêmica - Hipertensão arterial sistêmica - Pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg ou pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg em indivíduos que não fazem uso de medicamentos anti-hipertensivos.
- Diabetes mellitus - Grupo de doenças metabólicas que têm em comum a hiperglicemia, com complicações em vários órgãos, como olhos, rins, cérebro, coração e vasos sanguíneos.
- Relação morador/cômodo - Número de moradores do domicílio dividido pelo número de cômodos na residência. Ver a definição de cômodo na instrução para o preenchimento da Ficha A do SIAB, descrita anteriormente.

Com relação às Sentinelas de Risco de caráter individual (acamado, deficiência, desnutrição, drogadição, desemprego, analfabetismo, idade menor que seis meses ou maior que setenta anos, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus), quando estiverem presentes em mais de um indivíduo na família, devem ser contabilizadas para cada indivíduo. Por exemplo, se há duas pessoas acamadas na família, contar 3+3 no item Acamado.

A classificação da família conforme o risco familiar em risco menor (R1), médio (R2) ou máximo (R3), permite uma visão panorâmica do risco familiar no território coberto pela ESF. Assim, a ESF pode direcionar seus esforços físicos, intelectuais e econômicos, especialmente por meio da realização das visitas domiciliares, para as famílias em risco máximo, depois para aquelas em risco médio, sem se

esquecer das famílias de menor risco, otimizando o cuidado em nível de atenção primária, sempre defendendo os princípios da integralidade e da equidade na prática diária.

UNIDADE 4

PARTICIPAÇÃO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE

TÓPICO 1

PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Um problema comum vivenciado na Estratégia Saúde da Família é ausência da participação popular em saúde. Isso leva ao desconhecimento sobre os direitos e deveres, repercutindo no uso da violência como forma de satisfazer suas demandas. Além disso, perpetua-se o comportamento conformista e não resolutivo por parte da equipe de saúde, que não denuncia as agressões e nem se esforça para acolher os usuários, desconsiderando suas particularidades e até mesmo a carência de informações. Tudo isso afeta o cotidiano da equipe e pacientes, com prejuízo do processo de trabalho.

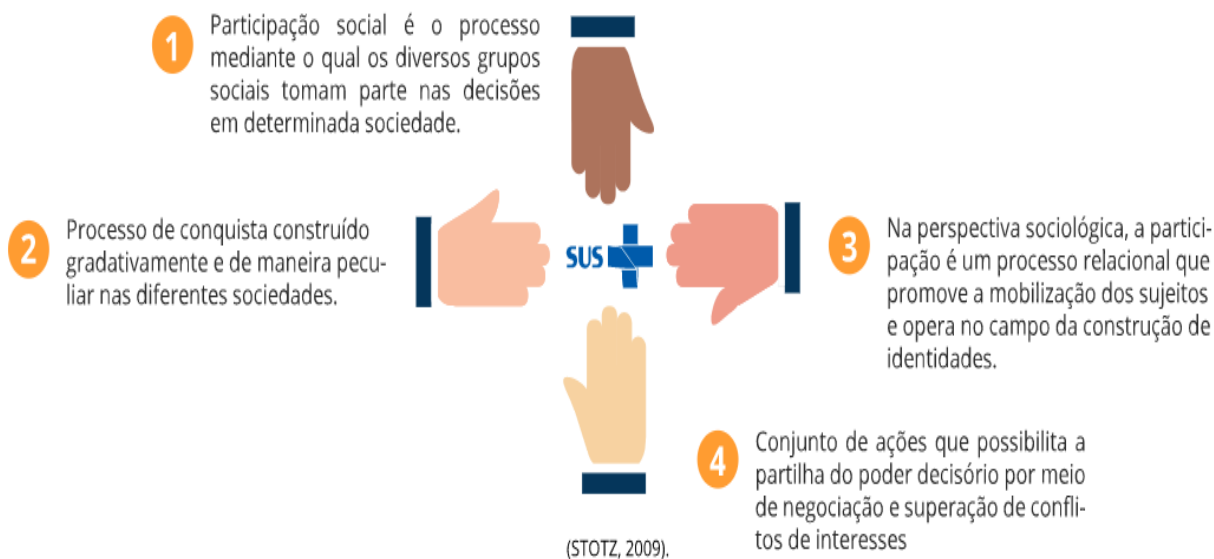


A reduzida participação popular em saúde é muitas vezes ocasionada pela falta de informação da população. Boa parte dos usuários não sabe a quem reivindicar seus direitos, quais são seus direitos e deveres, desconhecem as funções do Sistema Único de Saúde (SUS), o fluxo da rede de saúde e o papel de cada funcionário, tampouco se consideram parte ativa desse sistema. Atrelado a isso, o despreparo da equipe de saúde favorece a perpetuação desse modo de pensar e agir, muitas vezes revidando ou aceitando agressões dos usuários, sem oferecer orientações de forma adequada.

### **Por quê a participação popular é importante?**

A participação do usuário nos processos decisórios é de fundamental importância no que se refere à Saúde da Família, pois ajudar a reforçar as reivindicações para que sejam efetuadas melhorias nos processos de trabalho em saúde repercutindo na qualidade da atenção em saúde oferecida. Permite oferecer aos profissionais de saúde novas visões para resolução de alguns problemas a partir da ajuda externa da comunidade.

## PARTICIPAÇÃO



A participação social não é um processo de concessão, mas uma conquista no âmbito político e deve ser encarada dentro da noção da ética da responsabilidade. O SUS é resultado de uma ampla mobilização social cujas reflexões e negociações consolidaram o ideário do sistema de saúde na Constituição de 1988.

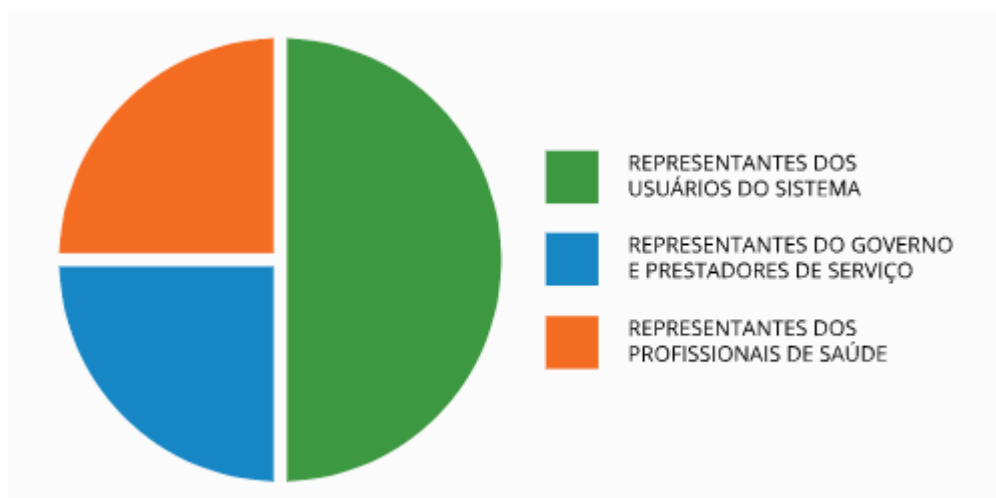
A participação organizada da sociedade no setor saúde se constitui em um dos pilares para a obtenção dos objetivos do Sistema Único de Saúde, assim como a **descentralização, a regionalização e a hierarquização dos serviços**.

O controle é exercido pela sociedade por meio da presença e da ação organizada de diversos segmentos ou movimentos sociais. O exercício do controle social no âmbito da saúde está previsto na Lei n. 8.142/90 (BRASIL, 1990), em que foram definidas duas instâncias colegiadas: **Conselho de Saúde e Conferência de Saúde**.

A Conferência de Saúde é um espaço amplo de discussão e reflexão de diferentes segmentos da sociedade civil organizada sobre os problemas e as ações desenvolvidas na área. Dela saem proposições de diretrizes para a formulação de políticas nas esferas de governo correspondentes, configurando-se como um espaço de consulta à sociedade. Cabe ao Poder Executivo ou ao próprio Conselho de Saúde convocá-la e organizá-la em uma periodicidade não superior a quatro anos. O Conselho de Saúde é um órgão colegiado composto de três segmentos:



O Conselho de Saúde é um órgão colegiado composto de três segmentos:



Esse conselho tem caráter permanente e deliberativo, e sua atuação envolve a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, em cada esfera de governo correspondente. A regulamentação da participação social no planejamento e no controle dos serviços foi normatizada pela Lei n. 8.142/90 (BRASIL, 1990), e as recomendações para sua constituição, estruturação e competências foram definidas pela Resolução n. 33/92, de dezembro de 1992, e reafirmadas pela Resolução n. 333/03, de novembro de 2003, ambas do Conselho Nacional de Saúde.

A partir daí os conselhos de saúde passaram a se constituir em todo o país e surgiram também outros, como: Conselhos Distritais; Conselhos Gestores; e Conselhos Locais.

É inegável que a institucionalização da participação social contribuiu para avanços na consolidação da implantação do SUS e para o processo de democratização da gestão pública. A partir da experiência realizada na área da saúde é que foram assegurados os mecanismos de participação social em outros setores das políticas públicas.

A ESF possui profunda identidade de propósito com a defesa da participação popular em saúde, particularmente na adequação das ações de saúde às necessidades da população.

Os profissionais que atuam segundo essa lógica estão especialmente implicados na construção e na consolidação das instâncias participativas, particularmente com os Conselhos Locais de Saúde.

Mas poderíamos afirmar que apenas a disposição do profissional da saúde garante a participação social e a construção das instâncias de controle social? Ou ainda, é válido afirmarmos que, ao ser instalado um conselho local de saúde em uma comunidade, ele automaticamente passa a responder pelo controle social das ações de saúde implementadas?

Na verdade, estamos longe de encontrar respostas positivas para essas afirmações. Todavia, a mobilidade dos profissionais de saúde ligados à ESF é um dos muitos elementos que possibilitam a participação e a construção do controle social.

Promover ações que busquem a integralidade da atenção em saúde e patrocinem espaços de construção da autonomia dos usuários pode contribuir significativamente para o processo de participação e controle social. Essas ações configuram-se no exercício de aprender a partilhar e consolidar poder entre profissionais e comunidade.

A integralidade, ao romper com as práticas cristalizadas de entendimento e de realização do processo de trabalho em saúde e avançar na construção de uma prática de cuidar mais participativa, ética, solidária e centrada no vínculo, estabelece o alicerce da participação social.

## TÓPICO 2

## PROMOÇÃO DA SAÚDE E PRÁTICAS EDUCATIVAS



FONTE: PIXABAY

Todo profissional de saúde é um educador em potencial. Você, provavelmente, já ouviu ou leu essa frase. Mas, de qual educação estamos falando ao nos referirmos como educadores?

O modelo biomédico ainda tem grande influência na formação dos profissionais e, apesar de entendermos a importância da promoção de saúde, as ações de educação ainda são muito pautadas na lógica de prevenção das doenças e recuperação de doenças.

O conceito de promoção da saúde ainda é interpretado como ações de mudanças comportamentais e isso influencia na concepção das ações educativas a serem realizadas pelos profissionais. No contexto da Estratégia Saúde da Família, os profissionais devem fomentar práticas educativas que envolvam um conjunto de conhecimentos mínimos para prevenção e promoção da saúde, abrangendo as práticas de higiene corporal e bucal, alimentação saudável e atividade física.

Quando estamos lidando com os usuários dos serviços de saúde e/ ou com outros profissionais, transmitimos o conhecimento adquirido nos anos de faculdade e de vida profissional? Ou reconhecemos que esses outros atores possuem conhecimentos e compartilhamos os saberes? Paulo Freire, sabiamente,

nos disse: Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo. Os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo.

Por vezes, as atividades de educação em saúde propostas tendem a ser desenvolvidas sem considerar as situações de risco de cada comunidade, desenvolvendo-se, aparentemente, como um fim em si mesmas. O profissional de saúde assume a condição de “educador”, como “o que sabe”, em direção ao usuário dos serviços de saúde, na condição de “educando”, como “o que desconhece”.

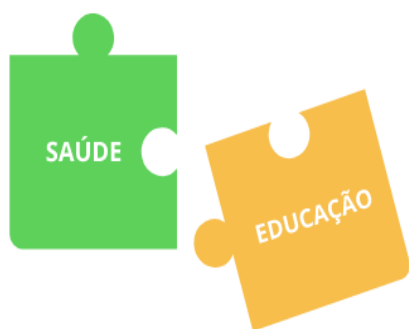
Comumente nas ações de saúde há o enfoque na visão limitada do conceito de promoção da saúde, focada no biológico, sendo o conceito de saúde entendido apenas como ausência de doenças. Há uma naturalização da realidade social, das relações de poder, das condições de vida dos indivíduos. E isso tende a gerar uma frustração no profissional de saúde, que “informa” qual a conduta a ser tomada pelos usuários, mas não consegue verificar o resultado de sua prática e a resolução dos problemas.

### **Promoção da Saúde e Educação em Saúde**

Em 1986, foi realizada a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa/Canadá, considerada o evento mais importante para o desenvolvimento da moderna noção de promoção da saúde, pois foi levada em conta, oficialmente, a influência dos determinantes sociais na saúde e na qualidade de vida; e foi revisado e ampliado o conceito de promoção da saúde. Dessa forma, promoção da saúde passou a ser definida como “o processo de capacitação (empowerment) da comunidade (indivíduos e coletividade) para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (BUSS, 2002, p. 52).

Buss (2002) propõe que as diversas conceituações disponíveis, assim como a prática da promoção da saúde, podem ser reunidas em duas grandes tendências:

1. Primeira tendência - Centrada no comportamento dos indivíduos e nos seus estilos de vida: A promoção da saúde consiste em ações relacionadas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, em uma lógica individual ou familiar, mas sem levar em consideração o ambiente. Com essa lógica, as atividades de promoção da saúde tendem a se concentrar em componentes educativos, relacionados com riscos comportamentais passíveis de serem mudados sob controle dos indivíduos, como, por exemplo: higiene pessoal, alimentação, fumo, ingestão de bebidas alcoólicas, comportamento sexual, entre outros. Nesse entendimento, os fatores que não podem ser controlados pelos indivíduos não são identificados como ações de promoção da saúde.
2. Segunda tendência - Enfoque mais amplo de desenvolvimento de políticas públicas e condições favoráveis à saúde: Ao considerar o papel protagônico dos determinantes sociais no processo de saúde-doença, temos outro tipo de enfoque sobre a promoção da saúde, ao entendermos que ela é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, como alimentação e nutrição, habitação e saneamento, trabalho, renda, educação, justiça social. Com isso, as atividades de promoção da saúde voltam-se mais para o coletivo de indivíduos e ao ambiente (físico, político, social, econômico e cultural), o que implica que a promoção da saúde vai além do setor saúde, exigindo a criação de políticas públicas intersetoriais e a mobilização da sociedade e de outros segmentos do poder público.



A educação e a saúde são caracterizadas pela sua indissociabilidade na vida concreta. No cotidiano, basta pensar que qualquer ação de saúde requer comunicação e diálogo entre os sujeitos envolvidos, seja individual ou coletivamente.

Não existe apenas um jeito de educar em saúde, mas diferentes modos de pensar e fazer educação. E esse jeito de educar em saúde vai depender da visão de mundo, da concepção de saúde e da concepção de educação que temos (VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

A educação em saúde considera o processo saúde-doença como determinado socialmente, porém sem descaracterizar a materialização do sofrimento nos corpos, nas relações dos sujeitos. Neste modelo, busca-se superar a dicotomia profissional/paciente (VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

O usuário é entendido como um sujeito com potencial crítico, criativo, transformador da realidade, e, sobretudo, capaz de decidir a respeito de sua saúde. Para isso, é preciso reconhecer que:

- cada indivíduo tem o seu saber;
- cada indivíduo carrega uma experiência com o processo saúde-doença;
- a família, os amigos e a comunidade possuem um importante papel no entendimento do processo saúde-doença.

Já, o profissional de saúde passa a ter um papel de facilitador desse processo reflexivo-criativo que conduz o indivíduo a melhores escolhas e decisões (VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

O reconhecimento da realidade dos sujeitos deve considerar sempre a necessidade de se conhecer a história, as crenças, os hábitos, os costumes e as condições em que as pessoas vivem. É importante, também, ter respeito às crenças de qualquer natureza, como religiosa, política, filosófica.

A relação entre o usuário e o profissional de saúde é entendida como uma via de mão dupla, em que ambos têm a ensinar e a aprender. Essa relação busca resgatar o protagonismo da população como sujeitos autônomos para decidir sobre sua saúde e seu corpo, e como coletivo cuja ação política pode interferir nas decisões do sistema de saúde, e deve ser baseada na troca de experiências, em que o saber técnico do profissional não é anulado e o saber popular do indivíduo/ família não é subestimado (VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

É preciso que todos assumam a condição de aprendizes, buscando compreender a realidade e as tramas de poder que dominam as relações existentes, inclusive nos serviços de saúde. Assim, é necessário que os sujeitos se descubram com poder e com força para reagir, para pensar, para criticar, para criar e para transformar (VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

A educação em saúde vai muito além do que, simplesmente, informar ou tentar mudar comportamentos. Pelicioni e Pelicioni (2007) identificam, como objetivos da educação em saúde:

- preparar os indivíduos para o exercício da cidadania plena;
- criar condições para que se organizem na luta pela conquista e implementação de seus direitos, para que se tornem aptos a cumprir seus deveres, visando a obtenção do bem comum e a melhoria da qualidade de vida para todos;
- possibilitar que esses atores se tornem capazes de transformar a sociedade.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção primária e as redes de Atenção à Saúde. Brasília: CONASS, 2015.127 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia Saúde da Família. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CORREIA, Adélia Delfina da Motta S., et al. (Org.). Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família. Campo Grande, MS: UFMS: Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2010. (Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família. v. 2, un. 1, mod. 4, p. 124-132). OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos;

PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev. bras. enferm, Brasília , v. 66, n. spe, p. 158-164, Sept. 2013.. Disponível em: . Acesso em: 09 Jun 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes/ Nerícia Regina de Carvalho Oliveira. São Luís, 2016.

CHOO, C. W. A Organização do Conhecimento. São Paulo: SENAC, 2003. CICLO PDCA. Disponível em .. Acesso em: 10 jun 2017.

GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, jan. /Mar. 1991. Disponível em: . Acesso em: 10 jun. 2017.

PACHECO, Ana Paula et al. O Ciclo PDCA na Gestão do Conhecimento: Uma Abordagem Sistêmica. Florianópolis: UFSC, 2009. Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento, Departamento de Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

QUINQUIOLO, J. M. Avaliação da Eficácia de um Sistema de Gerenciamento para Melhorias Implantado na Área de Carroceria de uma Linha de Produção Automotiva. Taubaté/SP: Universidade de Taubaté, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB. Brasília-DF, agosto de 2000.

CAMARGOS, M.H.; Equipe Tele-educação da Rede de Teleassistência de Minas Gerais. Como priorizar as visitas domiciliares com base na escala de risco familiar. Minas Gerais: Núcleo Telessaúde Estadual de Minas Gerais HC/UFMG; 2016.

COELHO FLG, Lage JL, Savassi, LCM. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi. *Journal of Management and Primary Health Care*, v. 3, p. 179-185, 2012.

COELHO FLG, Savassi LCM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v.1, n.2, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Núcleo Telessaúde Santa Catarina. Acolhimento: Saiba Mais! [Recurso eletrônico]/Universidade Federal de Santa Catarina; autores, Luana Gabriele Nilson...[et al.]. – Florianópolis: UFSC/Núcleo Telessaúde Santa Catarina, 2015. 18p.

BRASIL. Ministério da Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios – o que há de novo em saúde. Brasília: MS, 1990. BUSS, P. Promoção da Saúde da Família. *Rev. Programa Saúde da Família*, dez. 2002. p. 50-63.

PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. *Mundo saúde*, v. 31, n. 3, p. 320-328, 2007.

SILVA, A.A.D. Projeto de intervenção: criação de grupo local para incentivar a participação popular nas ações em saúde. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 2015. STOTZ, E. N. Participação social. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Dicionário de educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. Processo de trabalho na atenção básica [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Josimari Telino de Lacerda; Rodrigo Otávio Moretti-Pires. – Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. 104 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Gestão da Assistência Farmacêutica. Educação a distância. Tópicos especiais em ética, educação em saúde e modelos de

seguimento farmacoterapêutico. Mareni Rocha Farias, Luciano Soares, Fernanda Manzini. Florianópolis, SC: UFSC, 2015.

VERDI, M. I. M.; BUCHELE, F.; TOGNOLI, H. Educação em saúde [Recurso eletrônico]. Curso de Especialização em Saúde da Família. Florianópolis - SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. 44 p.