

SUPERA | 5ª EDIÇÃO

MÓDULO 5: ATENÇÃO INTEGRAL NA REDE DE SAÚDE

Biblioteca - Ministério da Justiça



MJU00060050D19

ISBN 978-85-85820-65-7
9 788585 820657



Secretaria Nacional de
Políticas sobre Drogas

Ministério da
Justiça

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

615
S62
V. 5
DE AL

Atenção Integral na
rede de Saúde

5

SUPERA



Sistema para detecção do
Uso abusivo e dependência de substâncias
Psicoativas:
Encaminhamento, intervenção breve,
Reinserção social e
Acompanhamento

Módulo 5

Atenção Integral na rede de Saúde

01. Saúde Mental, Atenção Primária à Saúde e Integralidade
02. Conceitos em Atenção Primária à Saúde e Saúde da Família
03. Panorama da Estratégia de Saúde da Família — Brasil
04. Ações e Programas
05. Estratégias de Redução de Danos: da atenção primária à secundária



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

Módulo 5

Atenção integral na rede de saúde

5ª Edição

Brasília
2014

MJ - BIBLIOTECA

Módulo 5
Atenção integral na rede de saúde

Presidenta da República
Dilma Rousseff

Vice-Presidente da República
Michel Temer

Ministro da Justiça
José Eduardo Cardozo

Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas
Vitore Andre Zilio Maximiano



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

Módulo 5
Atenção integral na rede de saúde

1155982
615.7822
S623P
Dep. Legal

5ª Edição
Brasília
2014

MJ - BIBLIOTECA

SUPERA - Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento
Desenvolvimento do projeto original: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

© 2014 Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD | Departamento de Psicobiologia | Departamento de Informática em Saúde | Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.

Disponível em: CD-ROM

Disponível também em: www.supera.senad.gov.br

Tiragem desta edição: 16.500 exemplares

Impresso no Brasil/ Printed in Brazil

Edição: 2014

Elaboração, distribuição e informações:

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD
Esplanada dos Ministérios, Bloco T, Anexo II, 2º andar, sala 213 Brasília/DF – CEP 70604-900

www.senad.gov.br

Unidade de Dependência de Drogas (UDED) | Departamento de Psicobiologia | Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Rua Napoleão de Barros, 1038 | Vila Clementino | CEP 04024-003 | São Paulo - SP

Homepage: www.supera.senad.gov.br

E-mail: faleconosco.supera5@supera.org.br

Equipe Editorial

Coordenação 5ª edição

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Supervisão Técnica e Científica

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Revisão de Conteúdo

Equipe Técnica - SENAD

Diretoria de Articulação e Coordenação de Políticas sobre Drogas

Coordenação Geral de Políticas de Prevenção, Tratamento e Reinserção Social

Equipe Técnica - UNIFESP

Eroy A. Silva

Keith Machado Soares

Monica Parente Ramos

Yone G. Moura

Desenvolvimento da Tecnologia de Educação a Distância

Departamento de Informática em Saúde da UNIFESP

Coordenação de TI: Fabrício Landi de Moraes

Projeto Gráfico

Silvia Cabral

Diagramação e Design

Marcia Omori

Sumário

Introdução	9
Objetivos de ensino	10
Capítulo 1: Saúde Mental, Atenção Primária à Saúde e integralidade	11
Os princípios que embasam o modelo de gestão de Saúde	12
Cenário atual	16
Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: diretrizes e prioridades	19
Articulação das equipes de Saúde da Família com a rede de serviços de saúde mental	27
Atividades	30
Bibliografia	32
Capítulo 2: Conceitos em Atenção Primária à Saúde e Saúde da Família	35
O papel da Atenção Básica à Saúde na Política Nacional de Saúde	36
A Estratégia de Saúde da Família	41
Os princípios organizativos da Estratégia de Saúde da Família	43
A reorganização da Atenção Primária a partir da Saúde da Família	44
Atividades	46
Bibliografia	48
Capítulo 3: Panorama da Estratégia de Saúde da Família no Brasil	49
Estratégia de Saúde da Família: a porta de entrada	50
Responsabilidades	51
O processo de trabalho	52
Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF)	55
Resultados da Estratégia de Saúde da Família	56
Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	59
Atividades	62
Bibliografia	64
Capítulo 4: Ações e Programas	65
Papel da Estratégia de Saúde da Família na abordagem de usuários de álcool e outras drogas	66
Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	67

A864

Atenção integral na rede de saúde: módulo 5. – 5. ed. – Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.
108 p. – (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação [da] 5. ed. Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni)

ISBN 978-85-85820-65-7

1. Drogas – Uso – Abuso I. Formigoni, Maria Lucia Oliveira de Souza II. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas III. Série.

CDD – 613.8

Consultórios na Rua	73
Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC- SUS).....	74
O Programa Saúde na Escola (PSE).....	81
Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS).....	82
A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)	85
Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI)	88
Atividades.....	90
Bibliografia	92
Capítulo 5: Estratégias de Redução de Danos: da atenção primária à secundária	93
Conceito de Redução de Danos.....	94
História da RD e formas de atuação	95
Redução de Danos: um campo ainda hoje polêmico na atenção ao uso de substâncias psicoativas	97
Redução de Danos e Atenção Primária: encontros possíveis.....	98
Redução de Danos e atenção secundária: a importância dos CAPS-AD.....	100
Atividades.....	104
Bibliografia	106

Nota dos organizadores

Alguns conceitos expressos nos textos deste material podem ser diferentes nos diversos módulos, pois expressam as diversas visões a respeito do assunto que existem nos sistemas de saúde, políticas públicas e assistência social. O objetivo destes capítulos é apresentar a filosofia e proposta de profissionais que atuam com diferentes tipos de abordagem. Isso é importante para que você tenha elementos para decidir se o seu paciente tem um perfil que provavelmente se adequará ou não a determinadas abordagens, e para que você possa desenvolver uma visão ampla sobre o assunto.

Introdução

A Política Nacional de Saúde Mental do SUS busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, fundamentado em uma rede de serviços e equipamentos variados, tais como os Centros de Atenção Psicossocial, os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros Culturais e de Convivência e os Leitos de Atenção Integral. Neste módulo, você conhecerá os serviços e ações da rede, quais são as diretrizes e prioridades da saúde mental na Atenção Básica, bem como a atuação articulada das Estratégias de Saúde da Família e saúde mental.

O capítulo 2 deste módulo é destinado à conceituação básica da estratégia Saúde da Família e da Atenção Básica (ou Primária) à Saúde, e a como os serviços e as equipes são organizados de forma a realizar um trabalho que proporcione a melhoria na qualidade de vida da população.

A cobertura e a integração dos programas de Estratégia de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e Saúde Bucal é apresentada no capítulo 3, com detalhamento atualizado da implantação dos serviços no país. Também são apresentados resultados das ações que indicam a ampliação do acesso aos serviços de saúde para populações economicamente menos favorecidas e historicamente excluídas. Você conhecerá o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e as ações relacionadas ao uso de álcool e outras drogas.

Com o propósito de ampliar o acesso a recursos terapêuticos que eram restritos à área privada, em 2006, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC-SUS). Ainda no apoio à ampliação da capacidade resolutiva e à qualidade do trabalho da atenção primária, o Ministério da Saúde criou, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF e, em 2012, os Consultórios na Rua, além de estabelecer parcerias com o Ministério da Justiça, através do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI), e trabalhar de forma integrada com o Ministério da Educação, através do Programa Saúde na Escola (PSE). No capítulo 4 são apresentadas as principais características desses programas.

O último capítulo deste módulo é dedicado ao estudo das estratégias de Redução de Danos para prevenção e assistência ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, enfocando sua integração às estratégias desenvolvidas na atenção primária e apresentando diferentes tipos de abordagens, para que você possa decidir de forma segura a melhor modalidade terapêutica para os seus pacientes.

Objetivos de ensino

Ao final do módulo, você será capaz de:

- ✓ Enumerar as características da Política Nacional de Saúde Mental do SUS, considerando suas diretrizes e prioridades, e as possibilidades de articulação entre as ações de Saúde da Família e os serviços de saúde mental;
- ✓ Compreender os princípios que orientam a Atenção Primária à Saúde;
- ✓ Identificar as possibilidades de reorganização da atenção primária a partir da Saúde da Família;
- ✓ Caracterizar a Política Nacional de Atenção Básica – áreas estratégicas e responsabilidades;
- ✓ Conhecer diferentes ações e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e seus parceiros para Atenção Primária à Saúde;
- ✓ Analisar as características históricas e conceituais da Redução de Danos e relacionar as ações de Redução de Danos à Atenção Primária à Saúde.

Capítulos

1. Saúde Mental, Atenção Primária à Saúde e integralidade
2. Conceitos em Atenção Primária à Saúde e Saúde da Família
3. Panorama da Estratégia de Saúde da Família no Brasil
4. Ações e Programas
5. Estratégias de Redução de Danos: da atenção primária à secundária

Capítulo 1

Saúde Mental, Atenção Primária à Saúde e integralidade

TÓPICOS

- ✓ Os princípios que embasam o modelo de gestão de Saúde
 - ✓ Cenário atual
- ✓ Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: diretrizes e prioridades
- ✓ Articulação das equipes de saúde da família com a rede de serviços de saúde mental
 - ✓ Atividades
 - ✓ Bibliografia

Os princípios que embasam o modelo de gestão de Saúde

A mudança do modelo de atenção em saúde mental tem como principal objetivo:

A ampliação e a qualificação do cuidado às pessoas com transtornos mentais e sofrimento psíquico, nos serviços comunitários, com base no território.



O que essencialmente muda?

No novo modelo, a atenção hospitalar deixa de ser o centro, como era antes, tornando-se complementar. Trata-se de uma mudança fundamental na concepção e na forma como deve se dar o cuidado: mais próximo da rede familiar, social e cultural do paciente, para que seja possível a reapropriação de sua história de vida e de seu processo de saúde/adoecimento.

Aliado a isso, adota-se a concepção de que **a produção de saúde é também produção de sujeitos**. Os saberes e práticas não somente técnicos devem se articular à construção de um processo de valorização da subjetividade, em que os serviços de saúde possam se tornar mais acolhedores, com possibilidades de criação de vínculos.

A **Política Nacional de saúde mental** do SUS¹ tem como diretriz principal a redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, com a **desinstitucionalização** de pessoas com longo histórico de internações. Ao mesmo tempo, prioriza a implantação e implementação de uma rede diversificada de serviços de saúde mental de base comunitária eficaz, capaz de atender com resolutividade aos pacientes que necessitem de cuidado.

¹<http://portalsaude.saude.gov.br>

Além da criação de uma série de dispositivos assistenciais em saúde mental, a desinstitucionalização pressupõe também **transformações culturais e subjetivas** na sociedade.

A expressão “reabilitação ou atenção psicossocial” é utilizada para indicar que: devem ser construídas, com as pessoas que sofrem transtornos mentais, oportunidades de exercerem sua cidadania e de atingirem seu potencial de autonomia e desenvolvimento, no território em que vivem.

A rede de saúde mental, segundo essa perspectiva, deve ser composta por diversas **ações e serviços de Saúde Mental**:

- ✓ Atenção Primária à Saúde – APS (Equipes de Saúde da Família, NASF, Consultórios na Rua);
- ✓ Centros de Atenção Psicossocial – CAPS;
- ✓ Residências Terapêuticas;
- ✓ Ambulatórios;
- ✓ Unidades de Acolhimento;
- ✓ Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental (em CAPS III e em Hospital Geral);
- ✓ Programa De Volta para Casa;
- ✓ Cooperativas de trabalho e geração de renda;
- ✓ Centros Culturais e de Convivência (CECCO), entre outros.

Considerações

Deve-se levar em conta que existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas de promoção da saúde ou de vida mais saudáveis. Podemos dizer que:

- ✓ Todo problema de saúde é também – e sempre – mental;
- ✓ Toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde.

Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com toda a rede de saúde e, sobretudo, com a Atenção Primária à Saúde/Estratégia de Saúde da Família (Brasil, 2004).



Fabiane Minozzo, Rosani Pagani, Karime da Fonseca Pôrto, Taciane Monteiro, Sonia Saraiva, Sandra Fortes, Daniel Almeida Gonçalves, Michele Peixoto Quevedo, Pedro Gabriel Godinho Delgado

EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DE SAÚDE MENTAL

Há princípios da APS comuns que norteiam a atuação das equipes de Saúde da Família e de saúde mental:

- ✓ Acessibilidade aos serviços de saúde: garantir acolhimento às pessoas;
- ✓ Cuidados integrais: responsabilidade pelo sujeito, considerando os aspectos biopsicossociais, desde a prevenção até a reabilitação;
- ✓ Orientação comunitária e familiar: atuação a partir do contexto sócio cultural e familiar da população;
- ✓ Continuidade do cuidado;
- ✓ Organização em rede - que deve se articular para a produção de cuidados em saúde mental no território.

É primordial, então, incluir ativamente nas políticas de expansão, formulação e avaliação da Atenção Primária à Saúde, as ações de saúde mental que, com potencial transversal, devem ajudar as equipes a trabalhar a dimensão do sofrimento psíquico, o qual é mais que uma simples ameaça à integridade biológica, como também à sua integridade como ser humano, como sujeito de ação e reação, que possui necessidades próprias e específicas.

Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção de saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania, efetivando os princípios do SUS.

As equipes de Saúde da Família (SF) precisam ter o apoio e trabalhar próximas aos profissionais e serviços de saúde mental. Precisam ter competência para atuar nas questões de saúde mental pertinentes ao seu nível de atenção.

O trabalho integrado das equipes de SF e saúde mental potencializa o cuidado e facilita uma abordagem integral, aumentando a qualidade de vida dos indivíduos e comunidades. Também propicia um uso mais eficiente e efetivo dos recursos e pode aumentar as habilidades e a satisfação dos profissionais (Saraiva e Cremonese, 2008).

Fabiane Minozzo, Rosani Pagani, Karime da Fonseca Pôrto, Taciane Monteiro, Sonia Saraiva, Sandra Fortes, Daniel Almeida Gonçalves, Michele Peixoto Quevedo, Pedro Gabriel Godinho Delgado

QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO DAS EQUIPES EM SAÚDE MENTAL

Como já mencionado anteriormente, o Ministério da Saúde criou, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para ampliar, qualificar, e aumentar a resolutividade do trabalho da Estratégia de Saúde da Família, principalmente no que tange o atendimento de casos em saúde mental e psiquiatria.

Em 2011, o NASF foi republicado através da Portaria nº 2.488. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reforça o papel do NASF como componente estratégico da Atenção Primária à Saúde e ainda traz mudanças em relação ao funcionamento e à composição dessa equipe, como também cria o NASF 3, através da Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Destaca-se que a sua atuação deve ocorrer de maneira integrada e apoiando os profissionais, não somente os das equipes de Saúde da Família, mas também os das equipes de Atenção Primária à Saúde para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada, compartilhando práticas e saberes em saúde nos territórios onde atuam.

O NASF é uma das opções para a qualificação do trabalho das equipes em saúde mental. Os gestores locais, juntamente com as equipes de saúde, devem identificar meios possíveis para melhorar o conhecimento dos profissionais nessa área.

Opções para levar conhecimento e qualificação em saúde mental aos trabalhadores das equipes de Saúde da Família:

- ✓ Escolas Técnicas do SUS – ETSUS;
- ✓ Telessaúde;
- ✓ Equipes de matriciamento formadas a partir dos recursos humanos disponíveis;
- ✓ Matriciamento a partir do CAPS, dos NASFs e dos ambulatorios gerais;
- ✓ Ofertas de cursos de aperfeiçoamento e especialização em saúde mental;
- ✓ Programa de Educação pelo Trabalho – PET Saúde/Saúde Mental.

Programas de Residência Multiprofissional em saúde mental e em Saúde da Família, e Residência Médica em Medicina de Família, Comunidade e Psiquiatria. A Organização Mundial da Saúde – OMS (2001) considera que o manejo e o

SAIBA MAIS:
Os termos **Atenção Básica** e **Atenção Primária à Saúde** podem ser utilizados como sinônimos na maioria das vezes, sem que se torne um problema conceitual, porém existem algumas críticas quanto à origem e diferenças conceituais. Na literatura nacional e internacional há produções científicas em que os dois termos aparecem. Porém, o termo **Atenção Básica** no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS é mais utilizado nos documentos oficiais do Ministério da Saúde. (Mello GA; Fontanella BJB; Demarzo MMP. *Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: Origens e diferenças conceituais*. (artigo de revisão). Rev. APS. V12, nº 2, p. 204-13. abr-jun, 2009.

tratamento de transtornos mentais no contexto da Atenção Primária à Saúde são um passo fundamental para possibilitar, a um maior número de pessoas, o acesso mais facilitado e rápido ao cuidado em saúde mental. Isso não só proporciona uma atenção de melhor qualidade, como também reduz exames supérfluos e tratamentos impróprios ou não específicos.

Cenário atual

Segundo dados de prevalência internacionais, divulgados pelo Ministério da Saúde:

- ✓ 3% da população apresenta transtornos mentais severos e persistentes, necessitando de cuidados contínuos;
- ✓ É alta, no país, a prevalência de transtornos mentais comuns, de diversos níveis de gravidade, e que necessitam de cuidado. Estudos apontam que entre 25% - 30% da população apresentou algum quadro de transtorno mental comum (TMC) em um ano em São Paulo (Maragno, Andrade et al 2006);
- ✓ Quanto aos transtornos decorrentes do uso prejudicial de **álcool e outras drogas**, estima-se que as dependências de álcool e outras drogas (exceto tabaco) atingem cerca de 6% da população.

Se considerarmos apenas o álcool, 9% a 11% das pessoas entre 12 e 65 anos de idade são dependentes, de acordo com pesquisas realizadas no Brasil, pelo CEBRID/UNIFESP (Carlini et al, 2005).

Os usuários que já apresentam padrão de dependência para substâncias psicoativas não constituem a maior parcela da população de consumidores dessas substâncias. Para a maioria dos casos é mais útil pensar em **problemas associados ao uso de álcool e/ou outras drogas** do que em “dependência”, uma vez que não só a dependência deve ser tratada, mas também todas as formas de uso que tragam prejuízo à saúde e ao bem-estar do usuário, de sua família e seu meio.

As diferentes formas de sofrimento psíquico constituem importante causa de perda de qualidade de vida na população em geral. A realidade das equipes de Saúde da Família demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de “saúde mental”: **56% das equipes de Saúde da Família referiram realizar “alguma ação de saúde mental”** (OPAS/MS, 2002).

Estudos, desde a década de oitenta, demonstram que, entre os pacientes que procuram as unidades de Atenção Primária à Saúde, uma grande proporção apresenta sintomatologia relacionada à sofrimento psíquico, revelando que entre 33% e 56% dos pacientes atendidos, nesse nível assistencial, podem apresentar sintomas de transtornos mentais comuns (Mari, Vilano, Fortes, 2008).

Um estudo da OMS (WHO, 2001) levantou a coexistência de depressão e ansiedade como um dos problemas psicológicos mais frequentes na atenção primária. Outras evidências apontaram (WHO, 2001; Araya et al, 2001; Fortes et al, 2008) que os sintomas físicos persistentes, sem explicação médica, também podem estar associados a questões de saúde mental.

Diante dessas prevalências, é preciso, portanto, qualificar a Atenção Primária à Saúde para o atendimento adequado de pessoas com tais problemas.



Uma das principais estratégias para ampliação do acesso ao cuidado em saúde mental é a priorização das ações de saúde mental na Atenção Primária à Saúde.

Experiências municipais

Diversas experiências municipais já consolidadas demonstram que o **apoio matricial** em saúde mental melhorou a efetividade da atuação das equipes de Saúde da Família. Um levantamento preliminar de 2006, realizado pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, em 12 estados da federação (Brasil, 2006), constatou que 16,3% dos municípios pesquisados realizam **ações sistemáticas** de saúde mental na atenção primária.

Fabiane Minozzo, Rosani Pagani, Karime da Fonseca Pôrto, Taciane Monteiro, Sonia Saraiva, Sandra Fortes, Daniel Almeida Gonçalves, Michele Peixoto Quevedo, Pedro Gabriel Godinho Delgado

No entanto, são referidas dificuldades pelos profissionais de atenção primária para lidar com o sofrimento psíquico de seus pacientes, incluindo especialmente a abordagem das questões psicossociais da clientela por eles atendida e o manejo de transtornos mentais.

A Organização Mundial da Saúde, juntamente com a Associação Mundial de Médicos de Família² (Wonca), aponta como principais razões para a integração de saúde mental na atenção primária (WHO/Wonca, 2008):

- ✓ Relevante magnitude e prevalência dos transtornos mentais;
- ✓ Necessidade de um cuidado integral em saúde devido à indissociação entre os problemas físicos e de saúde mental;
- ✓ Altas prevalências de transtornos mentais e baixo número de pessoas recebendo tratamento;
- ✓ Aumento do acesso aos cuidados em saúde mental, quando realizados na Atenção Primária à Saúde;
- ✓ Maior qualificação das ações e dos serviços, propiciando o respeito aos direitos humanos;
- ✓ Redução de custos indiretos com a procura de tratamento em locais distantes;
- ✓ Bons resultados em decorrência do cuidado integral à saúde de sujeitos com sofrimento psíquico.

² <http://www.globalfamilydoctor.com>



Fabiane Minozzo, Rosani Pagani, Karime da Fonseca Pôrto, Taciane Monteiro, Sonia Saraiva, Sandra Fortes, Daniel Almeida Gonçalves, Michele Peixoto Quevedo, Pedro Gabriel Godinho Delgado

Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: diretrizes e prioridades

Diante do cenário apresentado, considera-se que a inclusão de ações de saúde mental na Atenção Primária à Saúde deve ser prioridade na organização das redes de saúde. Para o melhor manejo da saúde mental na Atenção Primária à Saúde, propõe-se um trabalho compartilhado de suporte às equipes de SF, através do desenvolvimento do apoio matricial em saúde mental.

O que é o apoio matricial?

O apoio matricial é um arranjo técnico-assistencial que visa à ampliação da clínica das equipes de Saúde da Família, superando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização entre as equipes de Saúde da Família e de saúde mental, com a construção de vínculos entre profissionais e usuários, pretendendo uma maior resolutividade na assistência em saúde (Campos e Domitti, 2007).

O apoio matricial tem duas dimensões:

1. Suporte assistencial, que vai demandar uma ação clínica direta com os usuários e/ou família;
2. Suporte técnico-pedagógico, que vai demandar uma ação e apoio educativo com e para a equipe.

As equipes de Saúde da Família podem solicitar o apoio matricial dos profissionais de saúde mental que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ou de equipes de Saúde Mental atuantes nas diversas unidades do município. O apoio matricial em saúde mental é indicado, ou solicitado, quando a equipe de Saúde da Família encontra limites e dificuldades na condução de casos clínicos complexos. Os profissionais do apoio matricial, através de espaços de discussão em equipe, irão contribuir na elaboração e planejamento de atividades relativas à área da saúde mental e que integrem os aspectos subjetivos.

É desejável buscar a articulação com programas de formação médica e de enfermagem, construindo iniciativas compartilhadas de ensino-serviço na comunidade, em que o componente do matriciamento em saúde mental esteja presente.

Fabiane Minozzo, Rosani Pagani, Karime da Fonseca Porto, Taciane Monteiro, Sonia Saraiva, Sandra Fortes, Daniel Almeida Gonçalves, Michele Peixoto Quevedo, Pedro Gabriel Godinho Delgado

Como organizar as ações de apoio matricial?

Há duas maneiras básicas de integração entre apoiadores matriciais e equipes de Saúde da Família (Campos e Domitti, 2007):

1. **Encontros periódicos e regulares:** através de agenda semanal ou quinzenal entre equipe de Atenção Primária à Saúde/Saúde da Família e apoiador matricial, com o objetivo discutir casos selecionados pela ESF; elaborar conjuntamente a condução dos casos selecionados; realizar ações conjuntas, discutir temas clínicos, de saúde coletiva ou de gestão, fortalecer a educação permanente.
2. **Solicitação do apoiador matricial em casos imprevistos, urgentes e de crises,** para os quais não é possível aguardar os encontros periódicos, através de contato telefônico ou eletrônico.

O apoio matricial implica sempre a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) integrado entre apoiadores e equipe de Atenção Primária à Saúde/Saúde da Família, e essa articulação pode desenvolver-se em três planos:

1. **Atendimentos e intervenções conjuntas** entre o matriciador e equipe de Saúde da Família;
2. **Atendimentos programados** para o especialista ou para o serviço especializado que realiza o apoio matricial, nas situações que exijam atenção específica do profissional, mas mantendo-se o contato com a equipe de Saúde da Família que não se descompromete com o caso;
3. **Troca de conhecimentos e orientações,** discussão de caso clínico, diálogo sobre alterações nas condutas terapêuticas, permanecendo o cuidado com a equipe de Saúde da Família (Campos e Domitti, 2007).



Todos os profissionais de saúde devem trabalhar em equipe solicitando o apoio de especialistas quando necessárias condutas específicas para casos complexos.

Fabiane Minozzo, Rosani Pagani, Karime da Fonseca Porto, Taciane Monteiro, Sonia Saraiva, Sandra Fortes, Daniel Almeida Gonçalves, Michele Peixoto Quevedo, Pedro Gabriel Godinho Delgado

AÇÕES DE APOIO MATRICIAL

Nos encontros entre equipes de SF e de saúde mental busca-se o desenvolvimento de ações conjuntas, em que a troca de impressões, informações, cuidado e apoio tornam-se fonte de fortalecimento mútuo para enfrentamento das dificuldades trazidas pelos usuários. Dentre as ações conjuntas destacam-se:

- ✓ **Discussão de casos clínicos:** reuniões nas quais participam profissionais da Equipe de Saúde da Família, referência para o caso clínico em questão e o apoiador ou equipe de apoio matricial. Geralmente, os casos elencados para esse tipo de discussão são os mais complexos, com os quais a equipe de SF enfrenta alguma dificuldade de cuidado. A ideia consiste em rever e problematizar o caso, contando com o suporte e aporte do apoiador ou da equipe de apoio matricial, buscando possíveis alternativas e revisões na condução da situação. De acordo com as necessidades de alguns casos, pode ser necessária a participação direta do apoiador ou de outros serviços de saúde da rede, o que não desresponsabiliza a equipe de SF pela situação. O exercício deve visar o entendimento de vários aspectos da singularidade do caso, a partir da troca de informações, hipóteses e experiências, com o objetivo de formular um projeto terapêutico singular (Oliveira, 2010).
- ✓ **Atendimento conjunto:** intervenções que são realizadas conjuntamente entre a equipe de SF e apoiador ou equipe matricial, através de atendimento individual compartilhado, seja na unidade de saúde, no domicílio ou até mesmo na rua; realização de procedimentos em conjunto, tendo como objetivo transformar saberes e práticas em atos, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos. Gera-se a oportunidade de compartilhamento de saberes e de dificuldades no cotidiano. Os atendimentos compartilhados proporcionam aos profissionais da SF observar como o apoiador aborda o caso, bem como permitem ao mesmo que vivencie mais de perto o vínculo e os tensionamentos que vivem os profissionais da SF (Oliveira, 2010).

Fabiane Minozzo, Rosani Pagani, Karime da Fonseca Pôrto, Taciane Monteiro, Sonia Saraiva, Sandra Fortes, Daniel Almeida Gonçalves, Michele Peixoto Quevedo, Pedro Gabriel Godinho Delgado

Algumas modalidades de atendimentos conjuntos são: consulta, visita domiciliar, abordagem familiar, coordenação de grupos em conjunto e enfrentamentos de desafios no território. No apoio matricial, o profissional responsável pode participar de reuniões de planejamento das equipes, discussão de casos, de atendimentos compartilhados e específico, além de participar das iniciativas de educação permanente (Brasil, 2010).

Ao aumentar a capacidade das equipes de Saúde da Família em lidar com o sofrimento psíquico e integrá-las com os demais pontos da rede assistencial, o apoio matricial possibilita que a prevenção e o tratamento dos transtornos mentais, assim como a promoção da saúde e a reabilitação psicossocial, aconteçam a partir da atenção primária. A corresponsabilização pela demanda – tanto a equipe de Saúde da Família como a equipe de saúde mental são responsáveis por determinado território –, leva à desconstrução da lógica de referência e contrarreferência, que favorece a desresponsabilização e dificulta o acesso da população. (Brasil, 2004; Saraiva & Cremonese, 2008).

O **cuidado compartilhado** prevê uma rede de ações, dispositivos de saúde e dispositivos comunitários que possibilitem que o processo de cuidar se organize, tendo como **eixo central** o sujeito e seu processo de saúde/doença. O locus do tratamento se revela mutável ao longo do tempo, com intensificação no ponto da rede em que a atenção demonstra ser mais viável, seja este na Atenção Primária à Saúde, nos serviços especializados ou em ambos. Assim, todos são responsáveis pela garantia do acesso, da equidade e da universalidade (pereira, 2007).

A responsabilização compartilhada pelos casos visa aumentar a capacidade resolutiva da equipe local, estimulando a **interdisciplinaridade** e a **aquisição de novas competências** (Brasil, 2004). Esse cuidado torna-se um dispositivo para que os usuários também possam se responsabilizar pelo seu tratamento, pelos seus sintomas e pela sua vida, produzindo outras relações com o seu processo de adoecimento, estimulando a pró-atividade e a autonomia do sujeito na construção do seu projeto de vida.

DIRETRIZES GERAIS

No planejamento e organização dessas ações, devem ser consideradas as seguintes diretrizes gerais:

- ✓ Deve-se identificar, acolher e atender as demandas de saúde mental

Fabiane Minozzo, Rosani Pagani, Karime da Fonseca Pôrto, Taciane Monteiro, Sonia Saraiva, Sandra Fortes, Daniel Almeida Gonçalves, Michele Peixoto Quevedo, Pedro Gabriel Godinho Delgado

do território, em seus graus variados de severidade – os pacientes devem ter acesso ao cuidado em saúde mental mais próximo possível do seu local de moradia, de seus laços sociais, culturais e familiares;

- ✓ Devem ser priorizadas as situações mais graves, que exigem cuidados mais imediatos (situações de maior vulnerabilidade e risco social);
- ✓ As intervenções devem se dar a partir do contexto familiar e comunitário – a família e a comunidade devem ser parceiras no processo de cuidado;
- ✓ É fundamental a garantia de continuidade do cuidado pelas equipes de Saúde da Família, seguindo estratégias construídas de forma interdisciplinar;
- ✓ As redes sanitária e comunitária são importantes nas estratégias a serem pensadas para o trabalho conjunto entre saúde mental e equipes de Saúde da Família;
- ✓ O cuidado integral articula ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação psicossocial;
- ✓ A educação permanente deve ser o dispositivo fundamental para a organização das ações de saúde mental na Atenção Primária à Saúde.

Geralmente, as necessidades complexas expressas por parte significativa da população não podem ser satisfeitas com base apenas em tecnologias utilizadas por esta ou aquela especialidade, mas, exigem:

- ✓ Esforços criativos e conjuntos inter e transdisciplinares;
- ✓ Mobilização de recursos institucionais e comunitários;
- ✓ Recursos materiais e subjetivos, que somente podem ser articulados a partir da construção de projetos terapêuticos singulares, pactuados com o usuário e sua rede social significativa (SMS, Aracaju, 2003).



As particularidades da saúde mental na Atenção Primária à Saúde e a necessidade de “ampliação da clínica” (Goldberg, 1996) devem fazer parte do conhecimento e do cotidiano das equipes de saúde mental que trabalharão junto às equipes de Saúde da Família.

Busca-se evitar ações fragmentadas e aumentar a capacidade de acolhimento e de resolubilidade nesse nível de atenção.

SITUAÇÕES DE RISCOS E DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

As equipes da Atenção Primária à Saúde se deparam com situações de risco psicossocial que exigem intervenção urgente, tais como:

- ✓ Cárcere privado;
- ✓ Abuso ou negligência familiar;
- ✓ Suspeita de maus-tratos, abuso sexual de crianças e adolescentes;
- ✓ Violência doméstica;
- ✓ Situações de violência entre vizinhos;
- ✓ Situações de extremo isolamento social;
- ✓ Situações de negligência (idoso ou pessoa com deficiência em situação de abandono, crianças e adolescentes em situação de risco pessoal ou social, população em situação de rua, etc);
- ✓ Indivíduos com história de múltiplas internações psiquiátricas, sem tratamento extra-hospitalar;
- ✓ Uso de medicação psiquiátrica por longo tempo sem avaliação médica;
- ✓ Problemas graves relacionados ao abuso de álcool e outras drogas;
- ✓ Crises psicóticas;
- ✓ Tentativas de suicídio;
- ✓ Crises convulsivas e conversivas.



As pessoas com **doenças crônicas não transmissíveis**, em especial **hipertensão e diabetes mellitus**, muitas vezes exigem escuta qualificada dos aspectos subjetivos a elas vinculados. Frequentemente, casos considerados de difícil atenção e de não-adesão ao tratamento estão associados a sofrimento psíquico e a problemas psicossociais. Essa situação também pode ocorrer na relação mãe-bebê e no cuidado ao desenvolvimento da criança, pois, muitas vezes, crises do ciclo vital não raramente são acompanhadas de sofrimento mental e geram prejuízos ao efetivo cuidado da criança.

Por atuarem no território, as equipes de Saúde da Família (SF) se deparam cotidianamente com a **violência**, que apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas. Agressão física, abuso sexual, violência psicológica, violência institucional, violência armada são formas de violência presentes cotidianamente na vida de grande parte dos brasileiros – todas elas com um importante componente de sofrimento psíquico. O entranhamento do **racismo** e da **homofobia** na cultura brasileira e a persistente situação de **desigualdade das mulheres** na sociedade, sendo alguns dos determinantes da violência, são também determinantes sociais do sofrimento psíquico.

As ações de saúde pública são sempre práticas sociais, e o entendimento dos determinantes sociais são fundamentais para entender os processos de adoecimento (Onocko Campos & Gama In Campos e Guerreiro, 2008). Dessa forma, as equipes de Saúde da Família, na medida em que reconhecem esses determinantes sociais do sofrimento, são estratégicas para a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação social e da exclusão social.

Muitos usuários da atenção primária, apresentam vários problemas simultaneamente (problemas psicológicos, físicos e sociais) e alto grau de comorbidade. Geralmente, há coexistência de quadros depressivos, ansiosos, de somatização e abuso de substâncias. Isso aponta para a necessidade de aumentar a detecção e a capacidade resolutiva para o tratamento das pessoas com transtornos mentais, bem como o desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde.

Fabiane Minozzo, Rosani Pagani, Karime da Fonseca Pôrto, Taciane Monteiro, Sonia Saraiva, Sandra Fortes, Daniel Almeida Gonçalves, Michele Peixoto Quevedo, Pedro Gabriel Godinho Delgado

Para tanto, faz-se necessário:

- ✓ Ampliar as ações de saúde mental na Atenção Primária à Saúde;
- ✓ Qualificar as equipes de Saúde da Família, juntamente com as equipes dos NASF e dos serviços de saúde mental.



No entanto, mediante a rotina de múltiplas demandas (programas verticais “prioritários” baseados em doenças – HAS/DM/Hiperdia), ou ciclos de vida – gestantes e crianças que cabe à Atenção Primária à Saúde, a responsabilização por cuidados em saúde mental é um grande desafio. Além disso, lidar com situações relacionados ao uso de álcool e outras drogas demanda tempo e orientação específica.

Além da articulação em rede, que será melhor descrita a seguir, as Unidades Básicas de Saúde devem ser reestruturadas no que se refere à organização do processo de trabalho, de modo a garantirem acessibilidade e cuidados integrais. Usuários de drogas não procuram usualmente as UBS (Unidades Básicas de Saúde) para tratamento dessa condição, ainda mais quando a agenda é restrita às condições “prioritárias” da ESF.

Quando o fazem ou, ainda, quando procuram a UBS por condições clínicas, é fundamental que os profissionais da atenção primária estejam familiarizados com abordagem ampliada, de modo a detectarem o uso das substâncias psicoativas. Podemos citar como exemplo que o odontólogo converse sobre o uso abusivo do álcool e suas consequências com um paciente atendido por causa de dor de dentes, mas que apresenta lesões gengivais decorrentes precariedade da higienização bucal, podendo estar associada ao uso de álcool.

Além dos espaços matriciais para educação permanente, a familiarização com o método clínico centrado na pessoa é uma alternativa viável para ampliação e aproximação de usuários de drogas. Através das etapas desse



Fabiane Minozzo, Rosani Pagani, Karime da Fonseca Pôrto, Taciane Monteiro, Sonia Saraiva, Sandra Fortes, Daniel Almeida Gonçalves, Michele Peixoto Quevedo, Pedro Gabriel Godinho Delgado

método, a abordagem motivacional (abordada em outro capítulo deste curso) é factível de ser realizada mesmo numa rotina de alta demanda.

A orientação familiar facilita o fluxo de informações e dispara visitas domiciliares e buscas ativas de dependentes químicos, por exemplo. A porta aberta da UBS e agentes comunitários de saúde sensibilizados, aumentam a permeabilidade da UBS para acolhimento de usuários de drogas e a aplicação de instrumentos como o ASSIST. Uma vez detectados, o apoio matricial exerce papel fundamental na orientação para abordagem de casos que não procuram ou não são absorvidos nos demais equipamentos de saúde da rede de serviços de saúde mental.

O apoio matricial também é fundamental para que a equipe da Atenção Primária à Saúde, em sua totalidade, supere preconceitos e impotências que são entraves na efetivação do cuidado a esses usuários e seus familiares, que muitas vezes são os grandes aliados da equipe para que sejam construídos a aproximação, o contato e abordagem de seus problemas e dificuldades.

Articulação das equipes de Saúde da Família com a rede de serviços de saúde mental

A articulação com os serviços especializados, principalmente com os CAPS, dentro da Lógica Matricial, organiza o fluxo de atendimento e o processo de trabalho de modo a tornar horizontais as especialidades e a permitir que estas permeiem toda a atuação das equipes de saúde. Muitos casos graves, que necessitariam de acompanhamento mais intensivo em um dispositivo de saúde mental de maior complexidade, permanecem na Atenção Primária à Saúde por questões vinculares, geográficas e socioeconômicas, o que reforça a **importância das ações locais** de saúde mental.

Fabiane Minozzo, Rosani Pagani, Karime da Fonseca Pôrto, Taciane Monteiro, Sonia Saraiva, Sandra Fortes, Daniel Almeida Gonçalves, Michele Peixoto Quevedo, Pedro Gabriel Godinho Delgado

O **CAPS** é um serviço de referência para casos graves, que necessitem de cuidado mais intensivo e/ou de reinserção psicossocial, e ultrapassem as possibilidades de intervenção das equipes de Saúde da Família e intervenções conjuntas com as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). A Atenção Primária à Saúde deve buscar uma integração permanente com o CAPS de seu território, levando em conta que também é tarefa do CAPS realizar ações de apoio matricial para a Atenção Primária à Saúde.



Destaca-se a importância da integração entre as equipes de Saúde da Família e de NASF com os CAPS, a partir da organização de espaços coletivos de trocas, discussões de casos, construções de projetos terapêuticos singulares (PTS) e intervenções conjuntas no território entre as diferentes equipes, tendo como foco a singularidade de cada situação de saúde mental.

A política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas propõe a constituição de uma rede que articule a Atenção Primária à Saúde, os CAPS álcool e drogas (CAPS-AD), os leitos para internação em Hospitais Gerais (para desintoxicação e outros tratamentos), as estratégias de Redução de Danos, os Consultórios na Rua para usuários que estejam em situação de rua, Unidades de Acolhimento, dentre outras estratégias.

Os municípios que não possuem CAPS ou outros serviços de saúde mental poderão apoiar a Atenção Primária à Saúde/Saúde da Família para a atenção em saúde mental, implantando a estratégia do apoio matricial, através do suporte de profissionais da área da saúde mental.

Além dos serviços específicos de cuidados em saúde mental, das equipes de Saúde da Família e dos NASF, que viabilizam a construção de uma rede de atenção, devem estar articulados à rede de saúde em geral e também a outros recursos intersetoriais e da comunidade.

O Programa Saúde na Escola (PSE), Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI), Academias da Saúde, os Centros Culturais e de Convivência, que existem em alguns municípios brasileiros, constituídos na intersetorialidade

Fabiane Minozzo, Rosani Pagani, Karime da Fonseca Pôrto, Taciane Monteiro, Sonia Saraiva, Sandra Fortes, Daniel Almeida Gonçalves, Michele Peixoto Quevedo, Pedro Gabriel Godinho Delgado

(saúde, ação social e cultura), se configuram como dispositivos importantes de inclusão social das pessoas com transtornos mentais, assim como outros dispositivos e experiências de promoção da saúde mental, criados na diversidade sociocultural brasileira a partir das necessidades de cada realidade local.

Atividades

REFLEXÃO

As necessidades cada vez mais complexas expressas por parte significativa da população não podem ser satisfeitas com base apenas em tecnologias ou por uma determinada especialidade. Quais são os tipos de ações que podem suprir a demanda de tais necessidades?

TESTE SEU CONHECIMENTO

1. Assinale a alternativa CORRETA:

- a) A Política Nacional de saúde mental do SUS tem como diretriz principal a redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos.
- b) Para Campos e Domotti, 2007, o apoio matricial é um arranjo assistencial que não visa a ampliação da clínica das equipes de Saúde da Família.
- c) No apoio matricial, a dimensão assistencial é sem dúvida a mais importante, uma vez que o NASF foi criado para apoiar assistencialmente as equipes de Saúde da Família.
- d) Quando falamos de cuidado integral, estamos nos referindo à articulação de ações de prevenção e reabilitação, apenas.

2. Sobre a qualificação do trabalho das equipes em saúde mental, assinale a alternativa CORRETA:

- a) O NASF é a única opção para a qualificação das equipes em saúde mental.
- b) Os gestores devem contratar somente os profissionais do CAPS para realizar qualificação das equipes em saúde mental.
- c) Os gestores locais, juntamente com as equipes de saúde, devem identificar meios possíveis para melhorar o conhecimento dos profissionais nessa área.
- d) As equipes de saúde não necessitam de qualificação em saúde mental.

3. Em relação ao apoio matricial em saúde mental, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) O apoio matricial busca romper com a lógica dos encaminhamentos desresponsabilizados para os profissionais e serviços especializados e apoiar as equipes de Atenção Primária à Saúde/Saúde da Família na atenção em saúde mental.
- b) O apoio matricial pode ser realizado pelos profissionais de saúde mental que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou por profissionais de saúde mental atuantes no município.
- c) O termo apoio indica uma maneira de fazer acontecer uma relação entre especialista e equipe de Atenção Primária à Saúde/Saúde da Família, baseada na autoridade do especialista.
- d) As duas dimensões do apoio matricial são: suporte assistencial e suporte técnico-pedagógico.

4. Sobre a saúde mental na Atenção Primária à Saúde, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) As equipes de Atenção Primária à Saúde são responsáveis pelos casos de sofrimento psíquico de seu território. Nos casos mais complexos, devem contar com o apoio matricial e dos serviços especializados.
- b) As particularidades da saúde mental na Atenção Primária à Saúde e a necessidade de ampliação da clínica devem fazer parte do conhecimento dos profissionais de saúde mental que atuam junto às equipes de Atenção Primária à Saúde.
- c) É fundamental a continuidade do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico pelas equipes de Atenção Primária à Saúde, seguindo estratégias construídas de forma interdisciplinar.
- d) As pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, que acessam frequentemente os serviços de Atenção Primária à Saúde, raramente apresentam aspectos subjetivos vinculados a estas doenças.

Fabiane Minozzo, Rosani Pagani, Karime da Fonseca Pôrto, Taciane Monteiro, Sonia Saraiva, Sandra Fortes, Daniel Almeida Gonçalves, Michele Peixoto Quevedo, Pedro Gabriel Godinho Delgado

Bibliografia

Andrade LHS, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiquiatr Clin*. 2006;33(2):43-54.

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4a. edição. DSM-IV-TR. Porto Alegre: Artmed, 2002.

Aracaju. Secretaria Municipal de Saúde. Integração saúde mental na Atenção Básica. Aracaju: Secretaria Municipal de Saúde; 2003.

Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry*. 2001;178(3):228-33.

Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A. Collaborative care for depression in primary care: making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *Br J Psychiatry*. 2006;189(6):484-93.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008: Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Diário Oficial da União*, Brasília, 4 de mar. 2008. Seção 1, p. 38-42.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. III Conferência Nacional saúde mental: Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental no SUS: Relatório de gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brazil, LHA, Yuan-Pang W, Andreoni S, Silveira CM, Silva CA, Siu ER, Nishimura R, Anthony JC, Gattaz WF, Kessler RC, Viana MC. Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. Disponível em: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0031879;jsessionid=4151EEE277978104A67C1B5132944915> Campos GWS. Saúde Paideia. São Paulo: Hucitec; 2003.

Fabiane Minozzo, Rosani Pagani, Karime da Fonseca Pôrto, Taciane Monteiro, Sonia Saraiva, Sandra Fortes, Daniel Almeida Gonçalves, Michele Peixoto Quevedo, Pedro Gabriel Godinho Delgado

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):399-407.

Campos GWS, Guerreiro AVP, organizadores. Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008.

Carlini EA, Galduróz JC, coordenadores. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. Brasília: SENAD/CEBRID; 2005.

Cohen A, editor. Delivering mental health in primary care: an evidence-based approach. London: Royal College of General Practitioners; 2008.

Fontanella, BJB, Demarzo, MP, Mello, GA, Fortes, SL. Os usuários de álcool, Atenção Primária à Saúde e o que é perdido na tradução: Interface comun saúde educ. 2011;15(37):573-85.

Fortes S, Villano L, Lopes C. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatria*. 2008;30(1):32-7.

Freire P. Pedagogia da autonomia: saber necessário à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1993.

Goldberg DP, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Tavistock; 1992.

Goldberg J. Clínica da psicose: um projeto na rede pública, 2ª ed. Rio de Janeiro: Te Corá Editora / Instituto Franco Basaglia; 1996.

Gonçalves D, Kapcsisnki F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(7):1641-50.

Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Liu J, Swartz M, Blazer DG. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *Br J Psychiatry*. 1996;168(Supl30):17-30.

Kirmayer LJ, Robbins JM. Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence and sociodemographic characteristics. *J Nervous Mental Dis*. 1997;179(11):647-55.

Lancetti A. Saúde Mental nas entranhas da metrópole. In: Jatene AD, Lancetti A, Mattos SAF, organizadores. Saúde e loucura: saúde mental e saúde da família. São Paulo: Hucitec; 2000.

Lima ARS. O desafio do apoio matricial em saúde mental feito às equipes de saúde da família em Aracaju. *Cadernos IPUB*. 2007;XIII(24):101-8.

Lima MCP. Transtornos mentais comuns e uso de álcool na população urbana de Botucatu: um estudo de comorbidade e utilização de serviços [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.

MJ - BIBLIOTECA

Fabiane Minozzo, Rosani Pagani, Karime da Fonseca Pôrto, Taciane Monteiro, Sonia Saraiva, Sandra Fortes, Daniel Almeida Gonçalves, Michele Peixoto Quevedo, Pedro Gabriel Godinho Delgado

Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(8):1639-48.

Mari JJ. Minor psychiatric morbidity in three primary care clinics in the City of São Paulo. Issues on the mental health of the urban poor. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 1987;22:129-38.

Mari JJ, Lacoponi E, Williams P, Simões O, Silva JBT. Detection of psychiatric morbidity in the primary medical care setting in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 1987;21(6):501-7.

Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2020. *PLoS Med*. 2006;3:(e 442).

Oliveira, GN. Apoio Matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: Campos, GWS; Guerreiro, AVP. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2010.

OPAS, Ministério da Saúde. Relatório do seminário internacional sobre saúde mental na atenção básica, realizado em parceria com MS/OPAS/UFRJ/Universidade de Harvard; Mimeo, 2002.

Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Pereira AA. Saúde Mental para médicos e enfermeiros que atuam no Programa de Saúde da Família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. *Cadernos IPUB*. 2007;XIII(24):101-8.

Saraiva SL, Cremonese E. Implantação do modelo de apoio matricial em saúde mental no município de Florianópolis, SC. Brasília: Anais dos Trabalhos Premiados no III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família; 2008. p. 37-48.

Ustun TB, Sartorius N. Mental illness in general health care: an international study. Chichester: John Wiley & Sons; 1995.

Villano LA. Problemas psicológicos e morbidade psiquiátrica em serviços de saúde não psiquiátricos: o ambulatório de clínica geral [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina; 1998.

World Health Organization. mhGAP Mental Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2008.

World Health Organization/World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva: World Health Organization; 2008.

World Health Organization. Europe. Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005.

World Health Organization. The World Health Report 2001 - Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.

Capítulo 2

Conceitos em Atenção Primária à Saúde e Saúde da Família

TÓPICOS

- ✓ O papel da Atenção Básica à Saúde na Política Nacional de Saúde
 - ✓ A Estratégia de Saúde da Família
- ✓ Os princípios organizativos da Estratégia de Saúde da Família
 - ✓ A reorganização da atenção primária a partir da Saúde da Família
 - ✓ Atividades
 - ✓ Bibliografia

O papel da Atenção Básica à Saúde na Política Nacional de Saúde

A Atenção Primária ou Atenção Básica à Saúde vem alcançando progressivamente mais espaço de discussão no cenário mundial das Políticas de Saúde, a partir da Conferência de Alma-Ata, em 1978, quando foi definida como importante estratégia para diminuir as iniquidades dos serviços de saúde.

No Brasil, a Atenção Básica (AB) é desenvolvida com alto grau de descentralização, buscando a lógica do território onde as pessoas vivem. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que compreenda e proponha intervenções mais efetivas diante da situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Tais cuidados são realizados de forma individual ou coletiva, utilizam meios ou técnicas que dispensam equipamentos sofisticados e de alto custo. Isso não significa dizer que se trata de uma intervenção menos complexa, porque eles necessitam de uma abordagem ampliada dos indivíduos, da família, da comunidade e do contexto em que as pessoas vivem, levando em consideração aspectos culturais, econômicos e estruturais do processo saúde-doença.

De acordo com Starfield (2002), a Atenção Primária à Saúde (APS) possui quatro atributos essenciais:

- 1. Primeiro contato:** implica a acessibilidade e o uso do serviço a toda a população, sempre que houver alguma necessidade de saúde. As Unidades Básicas de Saúde devem ser os lugares que as pessoas procuram inicialmente nessas situações, devido à facilidade de acesso.
- 2. Longitudinalidade:** requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo. As relações entre a equipe de saúde e os usuários na Atenção Primária são de longa duração, independentemente da presença ou ausência de problemas de saúde. Isso significa uma atenção e cuidado personalizados ao longo do tempo. As pessoas recebem acompanhamento durante todo o ciclo da vida: nascimento, infância, adolescência e juventude, idade adulta e no processo de envelhecimento.
- 3. Integralidade:** supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de ações que atendam as necessidades mais comuns da população adscrita e a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde. Implica, então, realizar a atenção integrando ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação, promovendo acesso aos diferentes níveis de atenção e ofertando respostas ao conjunto de necessidades de saúde de uma comunidade, e não apenas a um recorte de problemas.
- 4. Coordenação da atenção:** implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, pela equipe de saúde, com reconhecimento dos problemas que requerem seguimento em outros pontos da rede, coordenar as ações de saúde, considerando a história anterior de atenção ao usuário (terapias ou ações já utilizadas) e as necessidades do presente, atuando com o compromisso de buscar a resolução dos problemas e prestar atenção continuada à pessoa/família, mesmo nos casos de encaminhamento a outros níveis de atenção, atuando de forma integrada com os profissionais dos serviços especializados.

Os serviços de Atenção Primária à Saúde são os únicos que contemplam os quatro atributos conjuntamente.

Princípios e valores que orientam o desenvolvimento da Atenção Básica:

- ✓ **Universalidade:** possibilitar o acesso universal e contínuo a ações e serviços de saúde de qualidade e resolutivos;
- ✓ **Territorialização:** delimitar e conhecer o território de atuação, mapeando no espaço local os recursos e formas de organização da comunidade, as diferenças, desigualdades e riscos nas microáreas; identificar indivíduos, famílias ou grupos com maior vulnerabilidade e/ou risco;
- ✓ **Adscrição de clientela:** definir e registrar as populações, de territórios delimitados, sobre as quais a equipe (profissionais e serviços de referência) terá responsabilidade sanitária;
- ✓ **Acessibilidade:** é uma característica que favorece o alcance das ações e dos serviços de saúde pelo usuário. É influenciada por um conjunto de fatores: localização do estabelecimento, horário e dias de atendimento, capacidade de atendimento de demanda espontânea, entre outros. Isso significa que na instalação e organização dos serviços da Atenção Básica é preciso pensar em sua localização e distribuição no território, bem como em todos os outros aspectos da organização que facilitarão o alcance das ações pela comunidade;
- ✓ **Vínculo:** estabelecer relação entre o profissional e o usuário, família, comunidade, baseada na ética, na corresponsabilidade, no respeito e na confiança. A constituição de vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. A base do vínculo para a equipe é o compromisso com a saúde daqueles que a procuram, ou são por ela procurados;
- ✓ **Responsabilização:** a equipe é responsável pelo planejamento, execução e avaliação das ações de saúde realizadas para a população de determinado território, atuando com compromisso e de forma proativa;
- ✓ **Humanização:** valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores, considerando a dimensão subjetiva das práticas de saúde. A

autonomia, o protagonismo, a corresponsabilidade, o acolhimento, o estabelecimento de vínculos, a participação da comunidade e a qualidade da atenção são alguns dos valores que envolvem esse princípio;

- ✓ **Equidade:** a partir da identificação de riscos e vulnerabilidades, planejar e desenvolver ações de forma justa, de acordo com as necessidades identificadas na comunidade – os recursos e esforços das equipes de saúde devem ser direcionados em maior proporção àqueles que precisam mais ou estão em maior risco de adoecer/morrer, sem prejuízo da atenção à população adscrita como um todo;
- ✓ **Participação social:** a Atenção Básica, por todas as suas características, possui uma posição privilegiada para ouvir o usuário, estimular a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, valorizar e fortalecer a participação efetiva da população nos processos de planejamento e decisão no âmbito da gestão e da atenção em saúde.

SISTEMAS DE SAÚDE ORIENTADOS PELA ATENÇÃO BÁSICA

Na constituição de sistemas de saúde, a Atenção Básica é concebida como responsável pela provisão de serviços de saúde integrados e acessíveis, prestados por profissionais responsáveis por atender às necessidades de saúde da população, desenvolvendo uma parceria com os usuários e exercitando sua prática no contexto das famílias e da comunidade.

A Organização Mundial da Saúde, em seu relatório sobre a saúde no mundo (2003), propõe o modelo de sistema de saúde baseado na Atenção Primária à Saúde. Esse sistema de saúde é orientado pelos princípios de Alma-Ata de **equidade, acesso universal, participação da comunidade e ação intersetorial**; é centrado nas questões sanitárias; cria condições necessárias para assegurar a oferta de serviços; organiza a atenção integrada e avalia continuamente a situação de saúde, buscando a melhoria do desempenho do sistema.

Nas redes de atenção à saúde, a Atenção Básica deve cumprir algumas funções:

- ✓ **Ser base:** ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;
- ✓ **Ser resolutiva:** identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma definição capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;
- ✓ **Coordenar o cuidado:** elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das redes de atenção à saúde, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articula também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais, desempenhando uma função de centro de comunicação;
- ✓ **Ordenar as redes:** reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos pontos de atenção e contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde do usuário.



De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (2005), o desenvolvimento de sistemas de saúde baseados na APS se constitui no melhor enfoque para produzir uma melhoria sustentável e equitativa na saúde. A APS é definida com uma forma de organização e operação dos sistemas de saúde. Evidências internacionais demonstram que sistemas de saúde organizados com base na APS apresentam melhores resultados, são mais equitativos e eficientes,

geram menores custos e produzem mais satisfação dos usuários, quando comparados com sistemas de baixa orientação pela APS.

A Estratégia de Saúde da Família

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da Atenção Básica deve seguir as diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais. Nessa estratégia, o cuidado tem como foco a família.

Parte-se da compreensão de que os modos de viver influenciam fortemente a saúde e a doença. Assim, a família, com suas diferentes formas de organização, relacionamentos, cuidados diários, costumes, normas e valores, tem papel fundamental na construção social da situação de saúde e de desenvolvimento humano, não desconsiderando outros fatores. O restabelecimento ou a manutenção da saúde se dá por meio do cuidado e, cotidianamente, a família é provedora de cuidados.



FORMAÇÃO DA EQUIPE

Cada equipe de Saúde da Família é formada por uma equipe multiprofissional, composta por no mínimo:

- ✓ Um médico generalista ou médico especialista em Saúde da Família, ou médico de família e comunidade;
- ✓ Um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família;
- ✓ Um técnico ou auxiliar de enfermagem;
- ✓ Agentes Comunitários de Saúde.

Podem ser acrescentados a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal:

- ✓ Cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família;
- ✓ Auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal;

A equipe de Saúde da Família atuará em um determinado território e será responsável pelos cuidados de saúde de uma população de no máximo 4.000 pessoas. Porém, a média recomendada pela Política Nacional de Atenção Básica é de 3.000 pessoas por equipe.

A equipe de Saúde da Família é responsável por:

- ✓ Buscar conhecer o território em vários aspectos - população/famílias (número total, quantidade por faixa-etária, distribuição no território, condições de vida e saúde, vulnerabilidades e riscos), ambiente e contexto socioeconômico e cultural;
- ✓ Planejar ações com base na realidade local;
- ✓ Realizar ações de saúde, priorizando as que solucionam os problemas de maior frequência e relevância;
- ✓ Desenvolver atenção integral, contínua e humanizada;
- ✓ Atuar como reguladora do sistema, encaminhando as pessoas para outros níveis de atenção, quando houver real necessidade, mantendo a coordenação do cuidado;
- ✓ Realizar o primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas e estar sempre preparada para atender as demandas clínicas da população residente em sua área de abrangência, na medida em que elas aparecem;
- ✓ Avaliar ações e indicadores de saúde no seu território;
- ✓ Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;
- ✓ Apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.



O fortalecimento dessa estratégia precisa ser sustentado por um processo político e administrativo, que permita a real substituição do modelo de atenção, desenvolvido nos serviços tradicionais dos municípios, por um modelo com capacidade de produção de resultados positivos na situação de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

Os princípios organizativos da Estratégia de Saúde da Família

A ESF, como modelo de Atenção Básica, organiza-se de acordo com os preceitos do SUS. Além dos princípios gerais da Atenção Primária, a ESF possui algumas características particulares:

- ✓ **Abordagem comunitária:** o trabalho da equipe multiprofissional pauta-se na dimensão do cuidado familiar, considerando os diferentes contextos em que a população vive – domicílios, espaços comunitários, de trabalho e outros. A equipe integra uma rede de suporte à comunidade, estabelecendo uma relação de mútua confiança que favorece a construção de vínculo;
- ✓ **Orientação familiar:** a relação da equipe de saúde com a família é o foco central da estratégia. Os profissionais das equipes de Saúde da Família devem ter postura proativa frente aos problemas de saúde-doença, compreendendo a grande influência do ambiente, a estrutura e a dinâmica familiar nesse processo. As equipes devem priorizar a abordagem integral, buscando compreender a família de forma sistêmica, como espaço de desenvolvimento individual e de grupo, dinâmico e passível de crises;
- ✓ **Competência cultural:** os profissionais necessitam ter outros conhecimentos e habilidades, para além do campo das disciplinas acadêmicas da área de saúde, que envolvem relacionamentos, capacidade de escuta e de manejar situações adversas,

Samantha Pereira França, Izabeth Farias, Daisy Maria Coelho, Daniela Santos Borges, Fabiane Minozzo

desenvolvimento de trabalho em equipe, estabelecimento de parcerias e comprometimento com os usuários, respeitando os modos de viver dos indivíduos e famílias;

- ✓ **O profissional é fonte de recursos para uma população definida:** ele se sente corresponsável pela melhoria da qualidade de vida da comunidade, sendo um aliado na busca de recursos. Advoga em favor da comunidade e mantém a interface com os diferentes setores da área social.

A reorganização da Atenção Primária a partir da Saúde da Família

A organização da Atenção Básica, a partir da Estratégia de Saúde da Família, visa:

- ✓ Melhorar a qualidade e a eficiência da assistência;
- ✓ Melhorar as condições de saúde da população;
- ✓ Aproximá-la dos serviços de saúde.

Esse novo modelo de organização, propiciado pela Estratégia de Saúde da Família:

- ✓ É capaz de solucionar os problemas mais comuns e mais frequentes da população;
- ✓ Alcança melhores resultados no controle das doenças crônicas e de suas complicações, na prevenção de doenças e incapacidades, assim como na diminuição da solicitação de exames desnecessários e na racionalização dos encaminhamentos para os outros níveis de atenção;
- ✓ Reduz a procura direta dos atendimentos de urgência e hospitais.



Samantha Pereira França, Izabeth Farias, Daisy Maria Coelho, Daniela Santos Borges, Fabiane Minozzo

A comunidade, e não somente a unidade de saúde, constitui o espaço de atuação das equipes.

As pessoas podem receber atenção, em suas casas ou em espaços comunitários, possibilitando a abordagem não apenas de questões de saúde individual ou familiar, mas de problemas e dificuldades da comunidade, o que favorece o alcance de resultados em saúde melhores do que aqueles conseguidos por abordagens tradicionais. Assim, é possível:

- ✓ Estimular hábitos de vida saudáveis;
- ✓ Atuar sobre os fatores de risco para algumas doenças;
- ✓ Identificar e tratar as doenças em um estágio inicial;
- ✓ Participar da recuperação das pessoas doentes, auxiliando-as a retornar às suas atividades com o máximo possível de independência.

IMPORTANTE!

A Atenção Primária à Saúde, ao considerar o sujeito na sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, encontra interface com outras políticas públicas que, numa ação sinérgica, atuam na melhoria da qualidade de vida da população.

Atividades

REFLEXÃO

Por que a família é um foco importante na Atenção Básica?

TESTE SEU CONHECIMENTO

1. A longitudinalidade, como atributo da Atenção Básica, significa:

- a) Que o serviço deverá ser estendido a toda a população.
- b) Que os profissionais da rede devem avaliar sua demanda de atendimento, priorizando os pacientes que requeiram um tempo mais longo de atenção.
- c) Atenção e cuidado personalizados ao longo do tempo, com acompanhamento durante todo o ciclo da vida: nascimento, infância, adolescência e juventude, idade adulta e no processo de envelhecimento.
- d) Um conjunto de ações que atendam as necessidades mais comuns da população e a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde.

2. Entre as responsabilidades da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), temos:

- a) Planejar suas ações com base nos dados epidemiológicos nacionais, independentemente da prevalência das doenças entre a comunidade de sua abrangência.
- b) Priorizar a identificação de casos que requeiram ações de atenção secundária e terciária.
- c) Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde doença da população.
- d) Desestimular as estratégias de fortalecimento da gestão local.

3. Sobre a Estratégia de Saúde da Família, é INCORRETO afirmar que:

- a) O trabalho da equipe multiprofissional se pauta na dimensão do cuidado familiar, considerando os diferentes contextos em que a população vive – domicílios, espaços comunitários, de trabalho e outros.
- b) A relação da equipe de saúde com a família é o foco central da estratégia. Os profissionais das equipes de Saúde da Família devem ter postura proativa frente aos problemas de saúde-doença, compreendendo a grande influência do ambiente, a estrutura e a dinâmica familiar nesse processo.
- c) Os profissionais devem se especializar no campo das disciplinas da área da saúde, pois diferentes conhecimentos devem ser abordados por profissionais de outras áreas e de outros setores do serviço público.
- d) O profissional se sente corresponsável pela melhoria da qualidade de vida da comunidade, sendo um aliado na busca de recursos. Advoga em favor da comunidade e mantém a interface com os diferentes setores da área social.

4. Entre os objetivos da Estratégia de Saúde da Família, busca-se:

- a) Estimular hábitos de vida saudáveis.
- b) Atuar sobre os fatores de risco para algumas doenças.
- c) Identificar e tratar as doenças em um estágio inicial.
- d) Todas as alternativas anteriores estão corretas.

Bibliografia

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Mendes EV. Agora mais que nunca: uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. In: Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema de Saúde. I Caderno de Apresentação: Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2009. p. 54 -76.

Mendes EV. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

Organización Mundial de La Salud. Informe sobre La Salud en el Mundo: forjemos el futuro. Ginebra: Organización Mundial de La Salud; 2003.

Pan American Health Organization. Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization. Washington: PAHO; 2005.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde/UNESCO; 2002.

Capítulo 3

Panorama da Estratégia de Saúde da Família no Brasil

TÓPICOS

- ✓ Estratégia de Saúde da Família: a porta de entrada
 - ✓ Responsabilidades
 - ✓ O processo de trabalho
- ✓ Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF)
 - ✓ Resultados da Estratégia Saúde da Família
- ✓ Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
 - ✓ Atividades
 - ✓ Bibliografia

Estratégia de Saúde da Família: a porta de entrada

A partir da atual Política Nacional de Atenção Básica, através da Portaria nº 2488, em 2011, considerando a consolidação da Estratégia de Saúde da Família como forma prioritária para reorganização da Atenção Básica no Brasil, estabelecem-se diretrizes importantes, tais como: desenvolver-se com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas, ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

Áreas estratégicas para atuação da Atenção Básica em todo o território nacional:

- ✓ Eliminação da hanseníase;
- ✓ Controle da tuberculose;
- ✓ Controle da hipertensão arterial;
- ✓ Controle do diabetes;
- ✓ Eliminação da desnutrição infantil;
- ✓ Saúde da criança;
- ✓ Saúde da mulher;
- ✓ Saúde do idoso;
- ✓ Saúde Mental;
- ✓ Saúde bucal;
- ✓ Promoção da saúde.



Responsabilidades

As responsabilidades de cada esfera de governo também foram definidas pela Portaria nº 2488, da seguinte forma:

São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo:

1. Apoiar e estimular a adoção da Estratégia de Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica à saúde;
2. Aos municípios e ao Distrito Federal cabe organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo Estado e pela União;
3. Às Secretarias Estaduais de Saúde cabe o apoio aos municípios na reorganização da Atenção Básica a partir da Estratégia de Saúde da Família, assim como a destinação de recursos para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, bem como o monitoramento e a avaliação do desenvolvimento da Saúde da Família nos municípios;
4. Ao Ministério da Saúde cabe definir, de forma tripartite, estratégias de articulação com as gestões estaduais e municipais do SUS, com vista à institucionalização da avaliação e qualificação da Atenção Básica; garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento do Piso da Atenção Básica – PAB fixo e variável; prestar apoio institucional aos gestores dos estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica; estabelecer, de forma tripartite, diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, de formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica;
5. As equipes de Saúde da Família planejam suas ações tendo como base a territorialização, o diagnóstico situacional, o vínculo, as ações intersetoriais e a participação social. Seu trabalho tem como foco a família e a comunidade.

O espaço de atuação das equipes **não se restringe às unidades de saúde**. Ele se estende à comunidade da área adscrita.

O processo de trabalho

São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

- I. Definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes;
- II. Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde, segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência;
- III. Planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais, evitando-se a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias que dificultam o acesso dos usuários;
- IV. Desenvolvimento de ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;
- V. Realização de acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;
- VI. Provimento de atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;
- VII. Realização de atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada;
- VIII. Desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;

SAIBA QUE:

Ambiência na saúde compreende o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. referência em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/dicas/170_ambiencia.html

- IX. Implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como: a participação coletiva nos processos de gestão; a valorização, fomento à autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde; o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado; a constituição de vínculos solidários; a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;
- X. Participação no planejamento local de saúde, assim como no monitoramento e avaliação das ações na sua equipe, unidade e município, visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;
- XI. Desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;
- XII. Apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social;
- XIII. Realização de atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados /compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde; e realização do cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos.

- ✓ As **Equipes de Saúde da Família** trabalham com demanda espontânea, como o atendimento às intercorrências clínicas, e com ações programáticas, como o atendimento aos grupos prioritários, como mulheres, crianças, pessoas portadoras de doenças crônicas, usuários de álcool e drogas, idosos, entre outros.
- ✓ As **Equipes de Saúde da Família** realizam várias ações que visam atender às necessidades de saúde da população, tais como: atendimentos de pré-natal, puericultura, saúde mental, prevenção do câncer de colo do útero, abordagem de situações de violência, diagnóstico precoce dos cânceres ginecológicos, planejamento reprodutivo, vacinação, grupos, atividades comunitárias, cuidado domiciliar, participação no controle social, dentre outras.



As ações programáticas envolvem o diagnóstico das principais necessidades da comunidade atendida, o planejamento de atividades de promoção, prevenção, cura e reabilitação, e a avaliação do resultado das ações na saúde da população. O uso prejudicial de álcool e outras drogas pode ser identificado como um dos problemas de saúde da população do território, o que aponta para a importância do planejamento de ações que visem à sua prevenção, enfrentamento e promoção da saúde, bem como à necessidade de avaliação das metas e resultados das atividades propostas.

LEMBRE-SE:

Cada equipe de Saúde da Família é responsável por, **no máximo, 4.000 habitantes**, sendo a média **recomendada de 3.000 habitantes**, com jornada de trabalho de **40 horas semanais** para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde - ACS.

Cada ACS deve ser responsável por no máximo 750 pessoas.

Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Os dados da tabela abaixo mostram que a Estratégia de Saúde da Família no Brasil possui números expressivos em relação à **proporção da população atendida** tanto pelos Agentes Comunitários de Saúde - ACS, quanto pelas equipes de Saúde da Família.

Atualmente, a Estratégia de Saúde da Família está presente em 5.297 municípios, atingindo 54,8% da população brasileira, proporcionando atenção à saúde para 105.504.240 brasileiros, com ampla distribuição por todo o território nacional, como mostra o mapa de cobertura.

COBERTURA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) SAÚDE BUCAL (SB)

SAÚDE DA FAMÍLIA

População Brasil	192.374.287
Proporção de cobertura populacional ESF	54,8%
Nº de municípios com ESF	5.297
Nº de equipes SF implantadas	33.404
População coberta por equipe SF	105.504.290

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

ACS cadastrados	262.363
ACS implantados	257.265
Estimativa da população coberta por ACS	125.119.788
Proporção de cobertura populacional ACS	65,0%
Nº de municípios com estratégia ACS	5.425

SAÚDE BUCAL

Nº de municípios com equipe SB	4.901
Equipes SB Modalidade I implantadas	20.155
Equipes SB Modalidade II implantadas	2.048

Tabela 1 - Banco de dados do Departamento de Atenção Básica - Fevereiro/2013

Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde - BRASIL, NOVEMBRO/2012

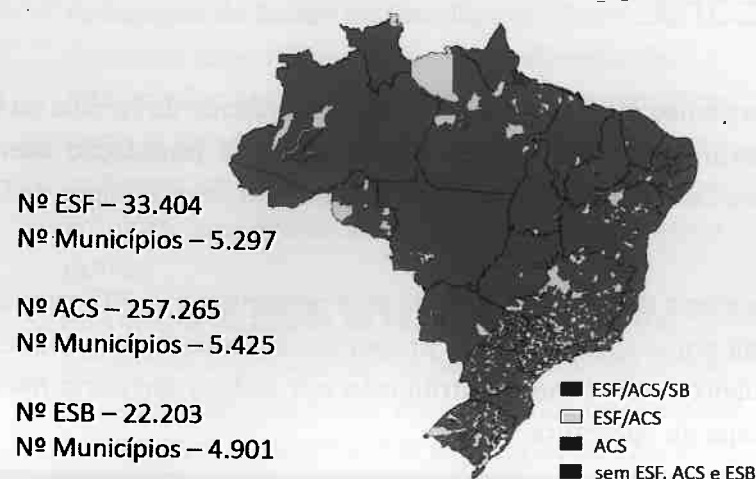


FIGURA 1:
Dados de Fevereiro de 2013. Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica e SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Resultados da Estratégia de Saúde da Família

A Estratégia de Saúde da Família vem demonstrando ser um modelo de atenção importante na resolução dos principais problemas de saúde da população. Vários estudos comparativos entre a Atenção Básica Tradicional e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) têm demonstrado resultados significativamente melhores do modelo priorizado pelo Ministério da Saúde. A Estratégia de Saúde da Família, tem recebido importante reconhecimento nacional e internacional.

Os efeitos da expansão da ESF têm sido comprovados por um número crescente de estudos divulgados em periódicos nacionais e internacionais, congressos e eventos no Brasil e no exterior. Nos últimos cinco anos, o volume de publicações sobre a Estratégia de Saúde da Família foi quase sete vezes maior do que o registrado nos primeiros anos de implantação dessa estratégia.

A seguir, são citados alguns de seus resultados.

A análise de dados secundários disponíveis no DATASUS e na Pesquisa Nacional de Demografia de Saúde da Criança e da Mulher apontou mudanças no comportamento de indicadores relacionados às condições de vida da população.

Foi verificado que 8 anos de exposição à Estratégia de Saúde da Família (ESF) estão associados a:

- ✓ 5,4 pontos percentuais de redução na mortalidade em menores de um ano, quando comparados municípios com e sem ESF;
- ✓ 6 pontos percentuais de aumento na ocupação de adultos entre 18 e 55 anos;
- ✓ 4,5 pontos percentuais de aumento de crianças e adolescentes entre 10 e 17 anos matriculadas na escola;
- ✓ 4,6 pontos percentuais de redução na probabilidade de mulheres entre 18 e 55 anos com experiência de parto em um intervalo de 21 meses.

O efeito sobre o aumento da oferta da força de trabalho e ocupação de adultos foi mais significativo entre mulheres, o que seria explicado como efeito secundário da redução da fecundidade e aumento da escolarização de crianças. Isto liberaria a força de trabalho feminina para o mercado. Entre os homens, os maiores efeitos foram observados na faixa etária de 41 a 55 anos, e o aumento da ocupação seria explicado pela melhoria do acesso a serviços de saúde para um grupo populacional em que a empregabilidade depende das condições de saúde.

O resultado do aumento de crianças e adolescentes matriculados nas escolas pode levar a maior acesso a informações sobre os aspectos positivos (efeitos de prazer) e consequências negativas do uso de álcool e outras drogas. A escola é um espaço privilegiado na realização de ações de saúde voltadas aos jovens, pois ela agrega grande parte dos adolescentes da comunidade, sendo um espaço de construção, socialização, formação e informação, assim como o lugar onde passam a maior parte do seu tempo.

Já o resultado do aumento da ocupação pode produzir efeitos importantes na qualidade de vida dos adultos, na melhoria da sua autoestima, na sua valorização



pessoal e social o prazer gerado pelo trabalho pode auxiliar na redução do uso abusivo de álcool e outras drogas.

A análise de outros indicadores de saúde aponta que o impacto da Estratégia de Saúde da Família tem sido mais significativo em duas situações: em

municípios com maior cobertura pela ESF e naqueles com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Observam-se resultados significativos na saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adulto, saúde do idoso, saúde bucal, dentre outros. Cerca de 30% das internações hospitalares poderiam ser evitadas pela Atenção Primária, representando 15% do gasto público total em saúde. Enquanto o custo médio desses tratamentos em ambiente hospitalar é de US\$374, seria de US\$17 em Unidades Básicas de Saúde.

A **Estratégia de Saúde da Família** também vem assumindo papel importante na organização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, ao promover a integralidade no acesso ao sistema de saúde, a coordenação do cuidado e a articulação intersetorial. Os resultados dessa atuação estão sendo documentados em estudos como o de Giovanella (2008) que, por meio de quatro estudos de caso em grandes centros urbanos que contam com quase 70% de cobertura de Saúde da Família, analisou a posição da ESF na rede assistencial, em termos de integração da rede de serviços, continuidade da atenção e intersetorialidade. Participaram dessa pesquisa gestores, profissionais de saúde e famílias.

Os esforços para integrar a Estratégia de Saúde da Família à rede de serviços foram avaliados positivamente pelos gestores entrevistados e reconhecidos pelos profissionais e famílias. O estudo reconhece as potencialidades da ESF ao ser implementada em uma perspectiva que reorienta a organização do sistema de saúde para a garantia do direito universal à saúde.

Entre as iniciativas mais exitosas para promover a integração da rede são apontadas:

- ✓ Investimentos em tecnologias de informação e comunicação (implantação de sistemas informatizados de regulação e prontuários eletrônicos);
- ✓ Constituição de fóruns integrados de discussão entre a atenção primária e a especializada;
- ✓ Telemedicina;
- ✓ Apoio matricial.

Integralidade, coordenação do cuidado e articulação intersetorial são aspectos fundamentais para uma atenção efetiva à saúde.

No que se refere ao cuidado aos usuários de álcool e outras drogas com certa frequência das situações complexas se apresentam para as equipes de Saúde da Família. Por exemplo, o caso de um usuário de drogas que em dado momento precisa de uma contenção de crise. Isto exigirá o apoio de outras equipes, tecnologias, serviços e instituições, com a responsabilização das ESF pela coordenação do cuidado. Nesse caso, torna-se fundamental o trabalho articulado à rede de saúde em geral e a outros recursos intersetoriais e da comunidade, bem como a solicitação do apoio matricial dos profissionais de saúde mental, que pode ser oferecido através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF ou de outras formas de organização municipal.



Estudos e pesquisas mostram que a Estratégia de Saúde da Família tem alcançado excelentes resultados, especialmente nos municípios com maior cobertura. Um dos seus maiores efeitos é a **ampliação do acesso** aos serviços de saúde para populações economicamente menos favorecidas e historicamente excluídas.

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Uma das principais diretrizes atuais do Ministério da Saúde é executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo a toda a população o acesso e a qualidade da atenção à saúde. Nesse sentido, diversificados esforços têm sido empreendidos no sentido de ajustar as estratégias previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na direção de reconhecer a qualidade dos serviços de Atenção Básica (AB) ofertados à sociedade brasileira e estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos existentes no país.

Nos últimos anos, com o alcance de uma cobertura estimada de mais de metade da população brasileira pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e uma cobertura populacional por outros modelos de AB, que pode variar entre 20% e 40%, a questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes de AB tem assumido maior relevância na agenda dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) propõe várias iniciativas centradas na qualificação da AB e, entre elas, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

O PMAQ foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, e foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS, que contou com vários momentos nos quais o Ministério da Saúde e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), respectivamente, debateram e formularam soluções para viabilizar um desenho do Programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica em todo o Brasil.

O principal objetivo do Programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior **transparência e efetividade das ações governamentais** direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

Entre os seus objetivos específicos, podemos destacar:

- I. Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB;
- II. Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB;
- III. Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB.

Por seu caráter pedagógico, a implantação do PMAQ orienta as equipes de Atenção Básica na realização de várias ações, dentre elas algumas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Seguem exemplos de padrões vinculados a tais ações, presentes nos cadernos das equipes de Saúde da Família:

4.33	A equipe de Consultórios na Rua identifica e acompanha as pessoas com sofrimento psíquico em seu território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
------	--	------------------------

A equipe identifica as pessoas em situação de rua com sofrimento psíquico em seu território e faz o acompanhamento delas por meio de atividades desenvolvidas individualmente, em grupos ou por meio de abordagem familiar. Assume a coordenação do cuidado e desenvolve ações que incluem acolhimento, tratamento e acompanhamento, reinserção social e encaminhamento para a rede de atenção, quando necessário. Realiza atendimentos programáticos ou de livre demanda, dentro e fora do espaço físico da Unidade Básica de Saúde, e nas visitas domiciliares, bem como outras estratégias de cuidado, para as pessoas com sofrimentos psíquicos. São condições geradoras de sofrimento psíquico: depressão, lutos, perdas, transtornos ansiosos, dependências químicas, psicoses, entre outras.

4.34	A equipe de Atenção Básica identifica e acompanha os usuários de álcool e outras drogas na perspectiva da Redução de Danos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
------	---	------------------------

A equipe de Atenção Básica identifica os usuários de álcool e outras drogas no território e faz o acompanhamento por meio de atividades desenvolvidas individualmente, em grupos ou por meio de abordagem familiar. Assume a coordenação do cuidado e desenvolve ações que incluem acolhimento, prevenção primária ao uso prejudicial do álcool e outras drogas, diagnóstico precoce, Redução de Danos, tratamento e acompanhamento, reinserção social e encaminhamento para a rede de atenção, quando necessário. A equipe faz atendimentos programáticos ou de livre demanda, dentro e fora do espaço físico da Unidade Básica de Saúde e nas visitas domiciliares, sempre buscando fortalecer a rede social e comunitária.

A partir do banco de dados digital do PMAQ, pode ser realizada avaliação dos resultados quanto à adesão dos municípios ao Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica e análise dos resultados dos padrões de qualidade exemplificados acima.

- ✓ Consta no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que, atualmente, 8.268 equipes de Atenção Básica estão realizando atendimento a **usuários de álcool**, 4.647 equipes de Atenção Básica estão realizando atendimento a **usuários de outras drogas** e 3.876 equipes de Atenção Básica estão realizando atendimento a **usuários de álcool e outras drogas**.
- ✓ Consta também no SIAB que, atualmente, 3.532 equipes de Atenção Básica estão realizando atendimento a **usuários de álcool e outras drogas** e também de **Saúde Mental**, e 13.687 equipes de Atenção Básica estão realizando atendimento a usuários de **Saúde Mental**.

Para conhecer mais sobre o PMAQ, acesse o site: www.saude.gov.br/dab

Atividades

REFLEXÃO

Quais são os aspectos fundamentais para uma atenção efetiva à saúde dos usuários de álcool e outras drogas?

TESTE SEU CONHECIMENTO

1. Induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde, é o objetivo da:
 - a) Política Nacional de Humanização.
 - b) Atenção Básica.
 - c) Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.
 - d) Estratégia de Saúde da Família.
2. Atualmente, qual é a porcentagem de cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família dentro do território brasileiro?
 - a) 54,8% (aproximadamente 106 milhões de pessoas).
 - b) 35,7% (aproximadamente 70 milhões de pessoas).
 - c) 45,8% (aproximadamente 88 milhões de pessoas).
 - d) 12,5% (aproximadamente 25 milhões de pessoas).

3. Alguns estudos vêm demonstrando que a Estratégia de Saúde da Família apresenta melhores resultados quando comparada com o modelo de Atenção Básica Tradicional. Entre esses resultados, temos:
 - a) O aumento de 4,5% de crianças e adolescentes entre 10 e 17 anos matriculados na escola.
 - b) A redução em 5,4% da mortalidade entre crianças com menos de 1 ano.
 - c) O aumento da prevalência de casos de dengue nos municípios com ESF.
 - d) As alternativas A e B estão corretas.
4. Quanto às ações da equipe de Atenção Básica relacionadas ao acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas, é INCORRETO afirmar que:
 - a) Identifica os usuários de álcool e outras drogas no território e faz o acompanhamento por meio de atividades desenvolvidas individualmente, em grupos ou por meio de abordagem familiar.
 - b) Assume a coordenação do cuidado e desenvolve ações que incluem acolhimento, prevenção primária ao uso prejudicial do álcool e outras drogas, diagnóstico precoce, Redução de Danos, tratamento e acompanhamento, reinserção social e referenciamento para a rede de atenção, quando necessário.
 - c) Faz atendimentos programáticos ou de livre demanda, dentro e fora do espaço físico da Unidade Básica de Saúde e nas visitas domiciliares, sempre buscando fortalecer a rede social e comunitária.
 - d) Encaminha imediatamente os usuários para tratamento hospitalar especializado.

Bibliografia

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool - Brasil. Brasília; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Manual instrutivo. Brasil. Brasília; 2011.

Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de Atenção Primária à saúde no Brasil. Cad Saúde Pública. 2009;14(3):783-94.

Macinko J. Analysis of the Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2007). Draft Text. New York: New York University; 2009.

Sampaio LFR. Debate sobre o artigo de Conill. Cad Saúde Pública. 2008;24(supl.2):S19-s21.

Sanchez ZM, Oliveira LG, Nappo SA. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. Rev Saúde Pública. 2005;39(4):599-605.

World Bank 2005. Brazil: Addressing the challenge of non-communicable diseases in Brazil. Report nº 32576- BR. [Banco Mundial 2005. Brasil - Tratando do desafio das doenças não transmissíveis no Brasil. Relatório nº 32576-BR].

Capítulo 4

Ações e Programas

TÓPICOS

- ✓ Papel da Estratégia de Saúde da Família na abordagem de usuários de álcool e outras drogas
 - ✓ Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)
 - ✓ Consultórios na Rua
- ✓ Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC-SUS)
 - ✓ O Programa Saúde na Escola (PSE)
- ✓ Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS)
 - ✓ Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)
- ✓ Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI)
 - ✓ Atividades
 - ✓ Bibliografia

Rosani Pagani, Carmem De Simoni, Fabiane Minozzo, Ana Rita Novaes, Silvana Solange Rossi, Suzana Rachel de Oliveira, Silvia Maria Franco Freire, Alessandro C. Dias, Ana Paula de Melo, Ricardo Sparapan Pena, Ariane Alvarenga

Papel da Estratégia de Saúde da Família na abordagem de usuários de álcool e outras drogas

Dentre as características do trabalho das equipes da **Estratégia de Saúde da Família (ESF)**, destaca-se seu papel na construção de parcerias, na integração de projetos sociais, no desenvolvimento de ações intersetoriais e na promoção de hábitos saudáveis. Neste contexto é essencial a prevenção do uso de tabaco, álcool e outras drogas e o oferecimento de uma atenção qualificada para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas e seus familiares.

As equipes de Saúde da Família devem trabalhar de maneira articulada com a sua comunidade e com as diversas instituições que a integram, entre as quais escolas, creches, hospitais, conselhos tutelares, defensoria pública, etc, ou seja, com os diversos setores no território, como a Assistência Social, a Justiça, a Educação, entre outros.

Essa parceria é essencial para que temas importantes como o uso de álcool e outras drogas sejam debatidos e refletidos de forma coletiva, auxiliando a sociedade a reduzir os estigmas e preconceitos em relação aos usuários de álcool e drogas, o que favorece o acolhimento, entendimento e enfrentamento dos danos associados com algumas formas de uso. Assim, é fundamental que a equipe conheça o funcionamento das redes de saúde, educação e assistência, com particular atenção aos órgãos de referência para atendimento ao usuário de álcool e outras drogas.

Desse modo, poderá estabelecer contatos e trabalhar de maneira integrada, constituindo juntamente com os demais serviços uma rede de atenção aos usuários que necessitam de cuidado devido ao uso de álcool e/ou outras drogas. Essas interfaces e parcerias auxiliam a ampliação da Atenção Primária aos principais problemas de saúde da população. Com o propósito de ampliar o acesso a recursos terapêuticos que eram restritos à área privada, em 2006, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC-SUS).

Ainda no apoio à ampliação da capacidade resolutiva e à qualidade do trabalho da Atenção Primária à Saúde, o Ministério da Saúde criou, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF e, em 2011, os Consultórios na Rua, além de estabelecer parcerias com o Ministério da Justiça, através do Programa Nacional de Segurança Pública Com Cidadania (PRONASCI), e trabalhar de forma integrada com o Ministério da Educação, através do Programa Saúde na Escola (PSE).

Rosani Pagani, Carmem De Simoni, Fabiane Minozzo, Ana Rita Novaes, Silvana Solange Rossi, Suzana Rachel de Oliveira, Silvia Maria Franco Freire, Alessandro C. Dias, Ana Paula de Melo, Ricardo Sparapan Pena, Ariane Alvarenga

Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Visando apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária à Saúde, bem como sua resolubilidade, além dos processos de territorialização e de regionalização, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, com a Portaria GM nº 154, 2008¹, e em 2011 o incluiu na própria Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de acordo com a Portaria nº 2.488. Importante ressaltar que, em 2012, através da Portaria nº 3.124, houve a ampliação do NASF, sendo incluída mais uma modalidade, o NASF 3. Criou-se uma nova definição de vinculação com as equipes da AB, universalizada para todos os municípios brasileiros. Destacamos aqui que a PNAB (2011) foi revista e ampliada, incorporando novas configurações de equipes multiprofissionais e com incremento em sua capacidade de atuação no território.

¹ <http://dab.saude.gov.br/nasf.php>

São propostas novas modalidades para as de Equipes de Atenção Básica, a fim de ampliar sua possibilidade de atuação nos diferentes territórios brasileiros:

- ✓ Equipe de Saúde da Família;
- ✓ Equipe de Atenção Básica parametrizada;
- ✓ Equipe de Saúde Bucal;
- ✓ Equipe de Agentes Comunitários de Saúde;
- ✓ Equipes de Consultórios na Rua;
- ✓ Equipes de Saúde da Família para o atendimento da população ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul-Matogrossense;
- ✓ Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF);
- ✓ Equipe de Melhor em Casa/Atenção Domiciliar;
- ✓ Equipe dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.



MJ - BIBLIOTECA

Rosani Pagani, Carmem De Simoni, Fabiane Minozzo, Ana Rita Novaes, Silvana Solange Rossi, Suzana Rachel de Oliveira, Silvia Maria Franco Freire, Alessandro C. Dias, Ana Paula de Melo, Ricardo Sparapan Pena, Ariane Alvarenga

Foi também ampliada a potencialidade de suas ações, na medida em que foram implementadas novas Ações, Programas e Estratégias; dentre elas, destacamos:

- ✓ Academia da Saúde;
- ✓ Programa Saúde na Escola;
- ✓ Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade / PMAQ;
- ✓ Criação de critérios de equidade para o Piso da Atenção Básica (critérios diferenciados para os municípios);
- ✓ Modificação da carga horária dos médicos (Portaria nº 2.027/11, com 5 novas configurações);
- ✓ Saúde para Todos em Todos os Lugares (fixação de profissionais em áreas e regiões prioritárias);
- ✓ Brasil sem Miséria (voltado à população em extrema pobreza);
- ✓ Consultórios na Rua;
- ✓ Melhor em Casa/Atenção Domiciliar;
- ✓ Núcleo de Apoio à Saúde da Família;
- ✓ Programa de Requalificação das UBS (construção, reforma, ampliação);
- ✓ Telessaúde em Redes;
- ✓ Comunidade de Práticas;
- ✓ Ampliação das Publicações e Comunicação do Departamento da AB.

É possível observar que o NASF se insere nesse contexto ampliado, configurando-se como **componente estratégico** no desafio de apoiar e fortalecer a AB, fomentando a intersecção com as redes, projetos e programas do SUS.

Com a potencialização da proposta, e no contexto de novas modalidades de equipes da AB, outras profissões, de diferentes áreas de conhecimento, passam a compor os NASF. Sua atuação deve ocorrer de maneira integrada e apoiando os profissionais, não somente os das Equipes de Saúde da Família, mas também os das Equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e a Academias da Saúde, compartilhando práticas e saberes em saúde nos territórios onde atuam.

Rosani Pagani, Carmem De Simoni, Fabiane Minozzo, Ana Rita Novaes, Silvana Solange Rossi, Suzana Rachel de Oliveira, Silvia Maria Franco Freire, Alessandro C. Dias, Ana Paula de Melo, Ricardo Sparapan Pena, Ariane Alvarenga

MODALIDADES DOS NASF

Existem três modalidades de NASF:

- ✓ **NASF 1** – Composto por, no mínimo, cinco das profissões de nível superior, dentre as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações – CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional, vinculado a 5-9 Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas.
- ✓ **NASF 2** – Composto por, no mínimo, três profissionais de nível superior, dentre as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações – CBO: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional, vinculado a, no mínimo, de 3 a 4 equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas.
- ✓ **NASF 3** – Deverá estar vinculado a no mínimo uma e a no máximo duas Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada.

Cada NASF poderá ser vinculado a no máximo 3 (três) polos do Programa Academia da Saúde em seu território de abrangência, independentemente do tipo de NASF e da modalidade do pólo implantado. O programa Academia da Saúde amplia a capacidade de intervenção da AB para as ações de promoção, prevenção e reabilitação, além de possibilitar o fortalecimento do protagonismo dos grupos sociais. As equipes NASF devem se apropriar desses espaços como um local de potencialização do seu trabalho em prol da qualidade de vida da população.



A definição dos profissionais que irão compor o NASF é de **responsabilidade dos gestores municipais**, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos do território, das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas.

DIRETRIZES DO NASF

O processo de trabalho do NASF atende e está configurado de acordo com as diretrizes e princípios do SUS e da AB, agregando, principalmente, em seu alicerce estrutural:

1. a interdisciplinaridade;
2. a intersetorialidade;
3. educação Popular em Saúde;
4. o território;
5. a integralidade;
6. o controle social;
7. a educação permanente em saúde;
8. a promoção da saúde;
9. a humanização.

As equipes dos NASF deverão atuar em conjunto com as equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, apoiando-as para que possam incrementar a implantação da atenção integral na prática cotidiana, com vista à resolutividade e qualidade do cuidado em saúde.

Essas equipes (NASF e as equipes da Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas) **devem criar espaços de discussões e construção de compromisso** para gestão do cuidado. Exemplo: reuniões de equipe (ESF e/ou EAB para populações específicas e NASF) para discussão de casos concretos do dia a dia do serviço, visitas domiciliares compartilhadas, atendimentos conjuntos, entre outros, constituindo processo de aprendizado coletivo.

O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às ESF e/ou EAB para populações específicas, e tem como objetivos fundamentais o aumento da resolutividade da Atenção Básica, o processo de responsabilização das equipes pelo cuidado continuado, a gestão compartilhada do processo de trabalho e da clínica e o apoio à coordenação do cuidado exercido pela ESF e/ou EAB para populações específicas.



Considerando suas características tanto na constituição das equipes como em seu processo de trabalho, os NASFs têm um grande potencial para auxiliar os profissionais da ESF e/ou EAB para populações específicas na atenção às pessoas usuárias de drogas e álcool e suas famílias. A organização do processo de trabalho das equipes de NASF nos territórios deve se desenvolver através de:

IMPORTANTE:

A ideia principal na constituição desses núcleos é que suas equipes possam atuar matriciando (de maneira técnico-assistencial e técnico-pedagógica) e apoiando o trabalho dos profissionais das equipes, aumentando a resolutividade de suas ações e fortalecendo a qualidade da atenção prestada. Assim como as equipes de Saúde da Família e/ou EAB para populações específicas, as equipes de NASF deverão atuar no território de abrangência da equipe à qual estiverem ligadas, contribuindo com um olhar diferenciado sobre determinada comunidade e atuando de forma compartilhada com as equipes nas ações de saúde locais.

- Ações Clínicas Compartilhadas**, para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para os profissionais envolvidos. Com ênfase nas consultas e intervenções conjuntas; em estudo e discussão de casos e situações; realização de projeto terapêutico singular; etc.
- Intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias**, com discussão e negociação *a priori* com os profissionais da equipe de ESF e/ou EAB para populações específicas responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê em situações necessárias e, quando ocorrer, o profissional do NASF continuará mantendo contato com a equipe de ESF, que não se descomprometerá com o caso; ao contrário, procurará redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível com o cuidado oferecido pelo NASF diretamente ao usuário, à família ou à comunidade.
- Ações compartilhadas nos territórios** de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com as equipes de ESF e/ou EAB para populações específicas, como o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais etc.

Para o apoio ao desenvolvimento do processo de trabalho do NASF, algumas ferramentas podem ser enumeradas, das quais são exemplos: Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território (PST) e Pactuação do Apoio:

- ✓ **Apoio Matricial:** os profissionais irão compartilhar os seus saberes para que as Equipes de SF e/ou EAB para populações específicas, sob sua responsabilidade, sejam capazes de resolver os problemas mais comuns. O Apoio tem duas dimensões:

- Dimensão assistencial: é aquela que vai demandar uma ação clínica direta com os usuários;
- Dimensão técnico-pedagógica: é aquela que vai demandar uma ação e apoio educativo com e para a equipe.

- ✓ **Clínica Ampliada:** tem como objetivo produzir saúde e ampliar o grau de autonomia das pessoas. Concebe a saúde como seu objeto, considerando o risco do sujeito em seu contexto. Propõe a realização da avaliação diagnóstica considerando não só o saber clínico, mas também o contexto singular do sujeito, e define a intervenção terapêutica considerando a complexidade biopsicossocial das demandas de saúde (PNH/MS).

- ✓ **Projeto Terapêutico Singular:** consiste em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou um coletivo. É o resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar com o usuário, tendo o apoio matricial como recurso a ser usado, se necessário. Pode ser estruturado através dos momentos de: diagnóstico, definição de metas, responsáveis, avaliação;

- ✓ **Projeto de Saúde no Território:** é uma estratégia das equipes de referência (equipe de SF e/ou EAB para populações específicas) e de apoio (NASF) para desenvolver ações na produção da saúde no território, que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades.

- ✓ **Pactuação do Apoio em duas dimensões:**

- Construção do Projeto do NASF em conjunto com os gestores, equipe de SF e controle social e;
- Pactuação do processo de trabalho do NASF entre gestores, equipe de SF e NASF.

ESTRUTURA DO NASF

O NASF é composto por **nove áreas estratégicas**, sendo elas:

1. Atividade física/práticas corporais;
2. Práticas integrativas e complementares;
3. Reabilitação e a saúde integral de pessoas idosas no NASF;
4. Alimentação e nutrição;
5. Saúde Mental;
6. Serviço social;
7. Saúde da criança, do adolescente e do jovem;
8. Saúde da mulher;
9. Assistência farmacêutica.

É importante destacar que tais áreas estratégicas não se limitam à atuação específica e exclusiva de uma categoria profissional. Por exemplo: a área de alimentação e nutrição, embora seja específica do nutricionista, acarreta ações que podem e devem ser desempenhadas por outros profissionais do NASF. Assim, o que deverá definir se a ação é do nutricionista ou de outro profissional é a situação, ou seja, a necessidade da população e as características da equipe. E assim sucessivamente, para todas as áreas estratégicas.



Consultórios na Rua

A Política Nacional da Atenção Básica – PNAB nos traz que a responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, com destaque especial para a Atenção Básica. Para fortalecer essa responsabilidade foi criado em 2011 o Consultório na Rua.

Rosani Pagani, Carmem De Simoni, Fabiane Minozzo, Ana Rita Novaes, Silvana Solange Rossi, Suzana Rachel de Oliveira, Sílvia Maria Franco Freire, Alexandre C. Dias, Ana Paula de Melo, Ricardo Sparapan Pena, Ariane Alvarenga

Com o objetivo de ampliar o acesso desses usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna atenção integral à saúde, pode-se lançar mão das equipes dos Consultórios na Rua, que são equipes da Atenção Básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua.

As equipes deverão realizar suas atividades sempre articuladas, e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes de Atenção Básica do território (UBS e NASF) e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social, entre outras instituições públicas e da sociedade civil.



² Compreende-se por sistemas médicos complexos as abordagens do campo da MNPC – Medicina Natural e Práticas Complementares – que possuem teorias próprias sobre o processo saúde-doença, diagnóstico e terapêutica. (LUZ.T.M, Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva, São Paulo, Editora Hucitec; 2003).

³ Compreende-se por recursos terapêuticos aqueles instrumentos utilizados nos diferentes sistemas médicos complexos.

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC- SUS)

A inclusão das Práticas Integrativas e Complementares – PICs – nas ações e estratégias de atenção em Saúde da Família está de acordo com os princípios de **universalidade**, **integralidade** e **equidade** que estruturam o SUS. Pressupõe o acesso democrático aos serviços de saúde por todos os cidadãos e em todos os níveis de complexidade do sistema, com ênfase na Atenção Básica, considerando o indivíduo na sua totalidade, respeitando as peculiaridades e necessidades individuais e coletivas.

O campo da PNPIC contempla sistemas médicos complexos² e recursos terapêuticos³, os quais são também denominados pela Organização Mundial de Saúde – OMS – de **medicina tradicional** e **complementar/alternativa** (MT/MCA) (WHO,2002).

Rosani Pagani, Carmem De Simoni, Fabiane Minozzo, Ana Rita Novaes, Silvana Solange Rossi, Suzana Rachel de Oliveira, Sílvia Maria Franco Freire, Alexandre C. Dias, Ana Paula de Melo, Ricardo Sparapan Pena, Ariane Alvarenga

Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase em:

- ✓ Escuta acolhedora;
- ✓ Desenvolvimento do vínculo terapêutico;
- ✓ Integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens nesse campo são a **visão ampliada do processo saúde-doença** e a **promoção global do cuidado humano**, especialmente do **autocuidado**.

A PNPIC contempla diretrizes e ações para inserção de serviços referentes à Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, além de Observatórios de Saúde para Termalismo Social e Medicina Antroposófica.

MEDICINA TRADICIONAL CHINESA

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) é uma ciência milenar, com uma racionalidade própria, que contempla o ser humano na sua integralidade e conta com um grande arsenal de recursos terapêuticos, que atuam auxiliando os sujeitos no seu equilíbrio dinâmico, ativando a capacidade de autorregulação do organismo, tais como:

- ✓ Acupuntura;
- ✓ Massagem;
- ✓ Dietoterapia Chinesa;
- ✓ Fitoterapia Chinesa;
- ✓ Práticas corporais e meditativas (Automassagem ou Do-In, Lian Gong, Tai Chi Chuan, Qi Gon, entre outros).

A MTC adota as concepções de **vida**, do ser humano, de saúde e de adoecimento, com uma visão integrada entre corpo, mente e espírito, baseada nos princípios dos 5 elementos e do Yin e Yang.

Rosani Pagani, Carmem De Simoni, Fabiane Minozzo, Ana Rita Novaes, Silvana Solange Rossi, Suzana Rachel de Oliveira, Silvia Maria Franco Freire, Alexsandro C. Dias, Ana Paula de Melo, Ricardo Sparapan Pena, Ariane Alvarenga

HOMEOPATIA

A Homeopatia foi sistematizada nos séculos XVIII e XIX pelo médico alemão Cristiano Frederico Samuel Hahnemann (1755-1843), e deve ser compreendida como um sistema médico complexo, incluindo semiologia, diagnose e terapêutica próprias, embora partilhando a fisiologia e anatomia da medicina moderna.



A Homeopatia contempla uma **abordagem integral e dinâmica** do processo saúde-adoecimento, com ações no campo da prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde. Por isso, **pode agora ser disponibilizada** aos moradores dos municípios brasileiros, por meio das Equipes de Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

PLANTAS MEDICINAIS/FITOTERAPIA

A Fitoterapia é a terapêutica caracterizada pelo “uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal” (Brasil, 2006).

A prática da Fitoterapia incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social. A PNPIC contempla as diretrizes e linhas de ação para sua inserção e desenvolvimento no SUS. Os serviços podem oferecer os seguintes produtos: planta medicinal *in natura*, planta medicinal seca (droga vegetal), fitoterápico manipulado e/ou fitoterápico industrializado, observando as exigências de regulamentação e estrutura para cada nível de complexidade, para oferta de produtos seguros, eficazes e de qualidade.

As diretrizes e linhas de ação para desenvolvimento de toda a cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos, inclusive seu uso na rede pública de saúde, estão contempladas na Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Decreto Presidencial nº 5.813, de 22 de junho de 2006), que objetiva “garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional” (Brasil, 2006).

Rosani Pagani, Carmem De Simoni, Fabiane Minozzo, Ana Rita Novaes, Silvana Solange Rossi, Suzana Rachel de Oliveira, Silvia Maria Franco Freire, Alexsandro C. Dias, Ana Paula de Melo, Ricardo Sparapan Pena, Ariane Alvarenga

TERMALISMO SOCIAL/CRENOTERAPIA

O uso das águas minerais para tratamento de saúde é um procedimento dos mais antigos, utilizado desde a época do império grego. Foi descrito por Heródoto (450 a.C.), autor da primeira publicação científica termal.

- ✓ **Termalismo:** Compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde;
- ✓ **Crenoterapia:** Consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica, atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.

MEDICINA ANTROPOSÓFICA

A Medicina Antroposófica (MA) foi introduzida no Brasil há aproximadamente 60 anos, e apresenta-se como uma abordagem médico-terapêutica complementar, de **base vitalista**, cujo modelo de atenção está organizado de maneira **transdisciplinar**, buscando a **integralidade** do cuidado em saúde. Os médicos antroposófi- cos utilizam os conhecimentos e recursos da MA como instrumentos para ampliação da clínica, tendo obtido reconhecimento de sua prática por meio do Parecer nº 21/93 do Conselho Federal de Medicina, em 23/11/1993⁴. Entre os recursos que acompanham essa abordagem médica, destaca-se o uso de medicamentos baseados na Homeopatia, na Fitoterapia e outros específicos da Medicina Antroposófica. Integrada ao trabalho médico está prevista a atuação de outros profissionais da área da saúde, de acordo com as especificidades de cada categoria.

⁴<http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1993/21-1993.htm>

TERAPIA COMUNITÁRIA

A Terapia Comunitária é uma metodologia de intervenção com comunidades, através de encontros interpessoais e intercomunitários. Tem como objetivo:

A promoção da saúde por meio da construção de vínculos solidários, valorização das experiências de vida dos participantes, o resgate da identidade, a restauração da autoestima e da confiança em si, a ampliação da percepção dos problemas e possibilidades de resolução a partir das competências locais.

Rosani Pagani, Carmem De Simoni, Fabiane Minozzo, Ana Rita Novaes, Silvana Solange Rossi, Suzana Rachel de Oliveira, Silvia Maria Franco Freire, Alessandro C. Dias, Ana Paula de Melo, Ricardo Sparapan Pena, Arianne Alvarenga

A Terapia Comunitária centra a sua ação na **reflexão sobre o sofrimento causado pelas situações estressantes**. Procura criar **espaços de partilha** desses sofrimentos, reduzindo a ansiedade que traz riscos para a saúde das populações. Procura prevenir, promover a saúde em espaços coletivos, e não apenas combater a patologia individualmente, o que é da competência dos especialistas.

A Terapia Comunitária **acolhe, escuta, cuida e encaminha** melhor as demandas direcionadas à Atenção Básica e permite que só afluam para os outros níveis de atendimento aqueles casos que não foram resolvidos nesse primeiro nível de atenção.

SOBRE A INTEGRAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES (PICs) NA ESF

A equipe de profissionais das PICs deverá atuar em parceria com os profissionais das respectivas equipes de Saúde da Família, nos territórios sob responsabilidade destas últimas, **compartilhando suas práticas em saúde** com todos os níveis de atenção e promovendo assim a integralidade na estratégia.

Destacam-se como as **principais ações**:

- ✓ Realizar **mapeamento dos saberes populares existentes nos territórios**, com a participação de todos os sujeitos envolvidos;
- ✓ **Identificar profissionais e/ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho educativo** em Práticas Integrativas e Complementares, em conjunto com as ESF;
- ✓ **Realizar planejamento participativo a partir do mapeamento de tais saberes**, de forma a contemplar a inclusão das práticas identificadas como complemento dessa construção do cuidado pela equipe multiprofissional;
- ✓ **Construir fluxos que potencializem a interação dessas práticas** com aquelas já ofertadas pelas redes locais de saúde;
- ✓ **Veicular informações que visem à divulgação das práticas junto aos profissionais, gestores e população** com foco na promoção da saúde, prevenção de agravos e estímulo ao resgate do cidadão e autocuidado;

Rosani Pagani, Carmem De Simoni, Fabiane Minozzo, Ana Rita Novaes, Silvana Solange Rossi, Suzana Rachel de Oliveira, Silvia Maria Franco Freire, Alessandro C. Dias, Ana Paula de Melo, Ricardo Sparapan Pena, Arianne Alvarenga

- ✓ **Incentivar a criação de espaços de inclusão social**, com ações que ampliem o sentimento de pertencimento social nas comunidades, por meio das ações individuais e coletivas referentes às Práticas Integrativas e Complementares;
- ✓ **Proporcionar educação permanente em Práticas Integrativas e Complementares**, juntamente com as equipes de SF e o controle social, sob a forma da coparticipação, acompanhamento supervisionado, discutindo casos e empregando as demais metodologias da aprendizagem em serviço;
- ✓ **Articular ações, de forma integrada às equipes de SF**, sobre o conjunto de prioridades locais em saúde que incluam os diversos setores da administração pública;
- ✓ **Contribuir para a ampliação e a valorização da utilização dos espaços públicos de convivência**, como proposta de inclusão social e combate à violência;
- ✓ **Integrar-se à articulação universidade-serviço-comunidade** como forma de potencializar as dimensões da integralidade e da interdisciplinaridade no olhar dos profissionais;
- ✓ **Apoiar a capacitação de profissionais das equipes de SF**, para atuarem como facilitadores/monitores no processo de divulgação e educação em saúde referente às Práticas Integrativas e Complementares;
- ✓ **Promover ações ligadas às Práticas Integrativas e Complementares junto aos demais equipamentos públicos** presentes no território - escolas, creches etc;
- ✓ **Desenvolver ações individuais e coletivas** relativas às Práticas Integrativas e Complementares;
- ✓ **Valorizar a atuação do Agente Comunitário de Saúde como agente intercultural e promotor da saúde**;
- ✓ **Realizar atividades clínicas** pertinentes a sua responsabilidade profissional.

Algumas ações de apoio dos profissionais das PICs às equipes de Saúde da Família e demais serviços da rede na atenção aos usuários de álcool e drogas:

- ✓ Difundir junto às Equipes de Saúde da Família e demais profissionais da rede de saúde as concepções teórico-práticas das PICs, ampliando a concepção do processo saúde-doença e o conhecimento de outras possíveis ferramentas para abordagem no cuidado dos usuários de álcool e drogas.
- ✓ Partilhar com as equipes de Saúde da Família e especialistas as ações de prevenção e tratamento dos principais agravos da dependência química, quer sejam decorrentes do uso abusivo de álcool e drogas, ou das comorbidades e intercorrências biopsíquicas.
- ✓ Contribuir no cuidado dos usuários de álcool e drogas, assim como de seus familiares, considerando a subjetividade dos usuários e o sofrimento biopsicossocial, à luz dos conhecimentos das PICs.
- ✓ Acompanhar as atividades educativas para o grupo de usuários de álcool e drogas ancoradas nos princípios holísticos das PICs.
- ✓ Atuar de forma interdisciplinar em grupos de promoção à saúde e tratamento de usuários de drogas, utilizando-se da Homeopatia, Fitoterapia, Antroposofia e das técnicas terapêuticas da MTC, tais como a Meditação, o Tai Chi Chuan, Shiatsu, Tui Na e a Acupuntura, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida.
- ✓ Acompanhar, de forma articulada com os profissionais de saúde, os familiares dos usuários de álcool e drogas, promovendo acolhimento e apoio social.



O Programa Saúde na Escola (PSE)

O **Programa Saúde na Escola (PSE)**, instituído por decreto presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da Rede Pública de Ensino: Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e Adultos (EJA).

O foco do Programa situa-se nas estratégias para intervir frente às vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens brasileiros.

Esse Programa teve início em 2008, beneficiando inicialmente 2 milhões de alunos das escolas priorizadas. O público-alvo do Programa, definido para 2008, incluiu a lista de municípios prioritários do Ministério da Educação (MEC) para o Plano de Desenvolvimento da Educação, os **1.242 municípios** referidos na Resolução CD/FNDE nº 29, de 20 de junho de 2007.



COMPONENTES DO PSE

São três os componentes do PSE:

- I. **Avaliação clínica e psicossocial:** Que objetivam identificar necessidades de saúde e garantir a atenção integral a elas na Rede de Atenção à Saúde;
- II. **Promoção e prevenção da Saúde:** Que articulem práticas de formação, educativas e de saúde, visando:
 - à promoção da alimentação saudável;
 - à promoção de práticas corporais e atividades físicas nas escolas;
 - à educação para a saúde sexual e reprodutiva;
 - à prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas;
 - à promoção da cultura de paz e prevenção das violências;
 - à promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável.

Rosani Pagani, Carmem De Simoni, Fabiane Minozzo, Ana Rita Novaes, Silvana Solange Rossi, Suzana Rachel de Oliveira, Silvia Maria Franco Freire, Alessandro C. Dias, Ana Paula de Melo, Ricardo Sparapan Pena, Arianne Alvarenga

III. Educação permanente: Para qualificação da atuação dos profissionais da educação e da saúde e formação de jovens.

RESPONSABILIDADES DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO NO PSE

Dentre as responsabilidades do Ministério da Educação no PSE estão a aquisição e distribuição de materiais impressos e equipamentos para o desenvolvimento das ações previstas no Programa, como:

- ✓ Publicação e distribuição de Materiais do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas;
- ✓ Aquisição e distribuição de equipamentos médicos, que contemplam os insumos para atuação das equipes de Saúde da Família nas escolas;
- ✓ Elaboração de materiais impressos;
- ✓ Disponibilização do Kit do Projeto Olhar Brasil, para as ESF e Agentes Comunitários de Saúde dos municípios do Programa, bem como às entidades parceiras e aos gestores e alfabetizadores do Programa Brasil Alfabetizado, e às escolas do ensino fundamental dos municípios que fazem parte do Programa Brasil Alfabetizado, mas não estão no PSE.

Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS)

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS visa orientar as práticas de atenção e gestão no SUS, baseando-se na experiência concreta das trocas entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de sujeitos comprometidos com as práticas em saúde, destacando a subjetividade presente nessas práticas.

A partir da sistematização de experiências do chamado “SUS que dá certo”, foi formulada pelo Ministério da Saúde, em 2003, permanecendo em constante elaboração de seu modo de funcionar, reconhecendo que estados, municípios e serviços de saúde apresentam bons resultados nas ações de atenção e gestão, o que contribui para a legitimação do SUS como política pública.

Rosani Pagani, Carmem De Simoni, Fabiane Minozzo, Ana Rita Novaes, Silvana Solange Rossi, Suzana Rachel de Oliveira, Silvia Maria Franco Freire, Alessandro C. Dias, Ana Paula de Melo, Ricardo Sparapan Pena, Arianne Alvarenga

Em seu modo de funcionar, a HumanizaSUS busca incluir no processo de produção de saúde:

- ✓ Trabalhadores, gestores e usuários; produzindo autonomia, protagonismo e corresponsabilidade através da realização das rodas de conversas;
- ✓ Os fenômenos que questionam os modelos tradicionais de atenção e gestão, provocando mudanças nos processos de trabalho por meio da análise coletiva dos conflitos existentes;
- ✓ O coletivo, seja como movimento social ou qualquer acontecimento que provoque a transformação subjetiva dos trabalhadores organizados em equipes, pois pode transformar as práticas em saúde através do fomento das redes.



A Política Nacional de Humanização trabalha por um SUS:

- ✓ Humanizado;
- ✓ Comprometido com a defesa da vida; e
- ✓ Fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva.

Entendemos a humanização do SUS como:

- ✓ **Valorização dos diferentes sujeitos** implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- ✓ Fomento da **autonomia** e do **protagonismo** desses sujeitos e da coletividade;
- ✓ Aumento do grau de **corresponsabilidade** na produção da saúde;
- ✓ Estabelecimento de **vínculos solidários** e de **participação coletiva** no processo de gestão;
- ✓ Mapeamento e **interação com as demandas** sociais, coletivas e subjetivas de saúde;

Rosani Pagani, Carmem De Simoni, Fabiane Minozzo, Ana Rita Novaes, Silvana Solange Rossi, Suzana Rachel de Oliveira, Silvia Maria Franco Freire, Alessandro C. Dias, Ana Paula de Melo, Ricardo Sparapan Pena, Ariane Alvarenga

- ✓ Defesa de um SUS que **reconhece a diversidade** do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual;
- ✓ Mudança nos **modelos de atenção e gestão** em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;
- ✓ Proposta de um **trabalho coletivo** para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo;
- ✓ Compromisso com a **qualificação da ambiência**, melhorando as condições de trabalho e de atendimento;
- ✓ Compromisso com os processos de **formação profissional**, com os serviços e práticas de saúde;
- ✓ A construção de um SUS com a **participação de todos e comprometido com a qualidade** dos seus serviços e com a saúde integral.

São princípios da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS-HumanizaSUS:

- ✓ **Indissociabilidade** entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde. Refere-se a práticas interdependentes e complementares. A humanização dos serviços de saúde ocorre considerando-se tal entendimento;
- ✓ **Transversalidade**: Trata-se de concepções e práticas que atravessam as diferentes ações e instâncias, que aumentam o grau de abertura da comunicação intra e intergrupos, o que se reflete em mudanças nas práticas de saúde;
- ✓ **Autonomia e protagonismo dos sujeitos**: Busca a corresponsabilidade entre gestores, usuários e a participação coletiva nos processos de gestão.



Rosani Pagani, Carmem De Simoni, Fabiane Minozzo, Ana Rita Novaes, Silvana Solange Rossi, Suzana Rachel de Oliveira, Silvia Maria Franco Freire, Alessandro C. Dias, Ana Paula de Melo, Ricardo Sparapan Pena, Ariane Alvarenga

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

A Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada através da Portaria nº 687, de março de 2006, afirma que as ações públicas em saúde devem ir além da ideia de cura e reabilitação, privilegiando, também, medidas preventivas e de promoção, transformando os fatores da vida cotidiana.

Tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária, e colocam os sujeitos e as comunidades como os únicos responsáveis pelas várias mudanças/arranjos ocorridos no processo saúde-doeiramento ao longo da vida. Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual. Ao contrário, os modos como os sujeitos organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses **pertencem também à ordem coletiva**, uma vez que seu processo de construção se dá no contexto social onde está inserido.

O que se propõe?

Propõe-se, então, que as **intervenções em saúde ampliem seu escopo**, tomando como objeto:

“Os problemas e necessidades de saúde, seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção envolva as ações e serviços de saúde **para além dos muros** das unidades de saúde, incidindo sobre as condições de vida da população e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos no território onde vivem e trabalham”.

Nessa direção, a promoção da saúde estreita sua relação com a vigilância em saúde, numa articulação que reforça a exigência de um **movimento integrador** na construção de consensos e sinergias e na execução das agendas governamentais, a fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida

MJ - BIBLIOTECA

Rosani Pagani, Carmem De Simoni, Fabiane Minozzo, Ana Rita Novaes, Silvana Solange Rossi, Suzana Rachel de Oliveira, Silvia Maria Franco Freire, Alessandro C. Dias, Ana Paula de Melo, Ricardo Sparapan Pena, Arianne Alvarenga

e estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação, ratificando os preceitos constitucionais de participação social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

- ✓ Incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na Atenção Básica.
- ✓ Ampliar a autonomia e a corresponsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, dentre outras).
- ✓ Promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, entre os trabalhadores em saúde, tanto das atividades-meio, como das atividades-fim.
- ✓ Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de Promoção da Saúde.
- ✓ Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde.
- ✓ Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde.
- ✓ Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis.
- ✓ Contribuir para a elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem a melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais.
- ✓ Ampliar os processos de integração baseados na cooperação, solidariedade e gestão democrática.
- ✓ Prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde.
- ✓ Estimular a adoção de modos de viver não violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz no país.

Rosani Pagani, Carmem De Simoni, Fabiane Minozzo, Ana Rita Novaes, Silvana Solange Rossi, Suzana Rachel de Oliveira, Silvia Maria Franco Freire, Alessandro C. Dias, Ana Paula de Melo, Ricardo Sparapan Pena, Arianne Alvarenga

- ✓ Valorizar e ampliar a cooperação do setor da saúde com outras áreas de governos, setores e atores sociais para a gestão de políticas públicas e a criação e/ou o fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdade.

AÇÕES PRIORIZADAS PELA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

- ✓ **Alimentação Saudável:** As mudanças ocorridas na alimentação da população brasileira têm afetado o perfil nutricional dos cidadãos, possibilitando um aumento das doenças crônicas. A PNPS apresenta estratégias para garantir acesso a uma alimentação segura quanto aos aspectos sanitários, adequada quanto às necessidades biológicas e sociais dos indivíduos, valorizando o consumo de alimentos regionais saudáveis.
- ✓ **Práticas Corporais/Atividade Física:** De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), atualmente, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo. O desafio da Promoção da Saúde é aumentar cada vez mais o número de pessoas que tenham o hábito de praticar alguma atividade, um compromisso coletivo que exige, além da vontade do indivíduo, o apoio de governantes na construção de espaços propícios para esse tipo de iniciativa.
- ✓ **Prevenção e Controle do Tabagismo:** Cerca de 200 mil pessoas morrem por ano no país devido ao tabagismo. Através do Programa Nacional de Controle do Tabagismo são realizadas ações educativas, de comunicação e de atenção à saúde, junto com instrumentos legislativos e econômicos, importantes estratégias para prevenir a iniciação ao uso do tabaco, promover sua cessação e proteger a população dos riscos do tabagismo passivo.
- ✓ **Álcool e outras drogas:** O consumo de álcool e outras drogas têm sido apontados como fator de risco para diversas doenças e agravos à saúde, o que tem colocado esse fenômeno e seus desdobramentos na agenda prioritária das ações de Promoção da Saúde e do estabelecimento dos princípios da Redução de Danos.

Rosani Pagani, Carmem De Simoni, Fabiane Minozzo, Ana Rita Novaes, Silvana Solange Rossi, Suzana Rachel de Oliveira, Silvia Maria Franco Freire, Alessandro C. Dias, Ana Paula de Melo, Ricardo Sparapan Pena, Arianne Alvarenga

- ✓ **Acidentes de Trânsito:** Pensar sobre o trânsito demanda necessariamente um estudo sobre a cidade, seu desenho e arquitetura, e o ir e vir das pessoas. Sendo assim, discutir trânsito e Promoção da Saúde impõe uma intervenção cujo ponto de partida é o ser humano, sendo necessário analisar os aspectos de mobilidade e de acessibilidade do homem. Nesse sentido, a PNPS prioriza uma agenda voltada para a prevenção e redução das lesões e mortes provocadas pelo trânsito.
- ✓ **Cultura de Paz:** A violência é considerada uma questão de grande relevância para a saúde pública devido ao impacto que vem causando sobre a saúde da população. Esse fenômeno possui causas múltiplas, complexas e correlacionadas com os determinantes sociais, econômicos e culturais, transformando os hábitos e comportamentos sociais, a organização dos espaços urbanos e a arquitetura das cidades. A promoção da saúde desenvolve estratégias intersetoriais, interinstitucionais e interdisciplinares, buscando intervir sobre as causas desse problema.
- ✓ **Desenvolvimento Sustentável:** A interface entre a saúde e o ambiente compreende os esforços multissetoriais, que passam por questões de saneamento, habitação, educação, cultura e até de políticas voltadas para a criação de emprego e renda, em prol do bem-estar e da saúde humana. Nesse contexto, a Promoção da Saúde estreita sua relação com a Saúde Ambiental a fim de promover iniciativas conjuntas que contribuam para a melhoria da qualidade de vida da população.

Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI)

Desenvolvido pelo Ministério da Justiça, o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI) marca uma iniciativa inédita no combate à criminalidade no país. O projeto articula políticas de segurança com ações sociais, prioriza a prevenção e busca atingir as causas que levam à violência.

O PRONASCI atua com foco territorial, priorizando inicialmente onze regiões metropolitanas do país onde os índices de criminalidade mostram-se mais altos.

Rosani Pagani, Carmem De Simoni, Fabiane Minozzo, Ana Rita Novaes, Silvana Solange Rossi, Suzana Rachel de Oliveira, Silvia Maria Franco Freire, Alessandro C. Dias, Ana Paula de Melo, Ricardo Sparapan Pena, Arianne Alvarenga



O PRONASCI é voltado aos jovens, comunidades e à polícia. Para os jovens, a ideia é dar um futuro melhor, por meio do acesso a oportunidades e serviços sociais como saúde, educação, profissionalização, cultura e esportes.

Nas comunidades serão criados e/ou implementados programas sociais, núcleos de justiça comunitária, defensorias públicas e conselhos de segurança pública. Na área policial, a proposta é melhorar as condições de trabalho e também a formação/capacitação dos profissionais – policiais civis e militares, bombeiros, guardas municipais, peritos e agentes penitenciários.

Uma das ações prioritárias do PRONASCI é a implantação e ampliação da Estratégia de Saúde da Família nas onze regiões metropolitanas indicadas pela iniciativa. As visitas domiciliares das equipes de Saúde da Família, em particular dos Agentes Comunitários de Saúde, contribuem para detectar o risco da violência intrafamiliar, causada muitas vezes pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, e identificar as principais vítimas.

Em geral, mulheres e crianças são as que mais procuram os serviços em decorrência de danos físicos, mentais ou emocionais causados por atos violentos.

As onze regiões metropolitanas brasileiras mais violentas, segundo dados dos Ministérios da Justiça e da Saúde, são: Belém, Belo Horizonte, Brasília (Entorno), Curitiba, Maceió, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo e Vitória.

Rosani Pagani, Carmem De Simoni, Fabiane Minozzo, Ana Rita Novaes, Silvana Solange Rossi, Suzana Rachel de Oliveira, Silvia Maria Franco Freire, Alexandre C. Dias, Ana Paula de Melo, Ricardo Sparapan Pena, Arianne Alvarenga

Atividades

REFLEXÃO

A PNIC-SUS (Política Nacional de Práticas Integrativas e complementares no SUS) se utiliza tanto da medicina tradicional quanto complementar/alternativa. Sobre as práticas da medicina complementar/alternativa cite um exemplo e uma forma pela qual ela pode ser aplicada de maneira prática no atendimento ao usuário de drogas.

TESTE SEU CONHECIMENTO

1. Assinale a alternativa CORRETA. São diretrizes dos NASF:

- a) A interdisciplinaridade; A intersetorialidade; Educação Popular em Saúde; O território; A integralidade; O controle social; A educação permanente em saúde; A promoção da saúde; A humanização.
- b) Dar suporte às equipes de saúde da família fazendo os encaminhamentos de pacientes para níveis mais complexos de atendimento.
- c) Garantir oferta de lazer e oportunidades de emprego para toda a população.
- d) Nenhuma das alternativas.

2. A organização do processo de trabalho das equipes de NASF deve ser:

- a) Através da realização do Projeto Terapêutico Singular e do Projeto de Saúde no Território.
- b) Através de Ações Clínicas Compartilhadas, intervenções específicas do profissional do NASF, Ações compartilhadas nos territórios.
- c) Através do Apoio Matricial e da Clínica Ampliada.
- d) Através do apoio educativo.

Rosani Pagani, Carmem De Simoni, Fabiane Minozzo, Ana Rita Novaes, Silvana Solange Rossi, Suzana Rachel de Oliveira, Silvia Maria Franco Freire, Alexandre C. Dias, Ana Paula de Melo, Ricardo Sparapan Pena, Arianne Alvarenga

3. Quanto à composição dos NASF, é CORRETO afirmar que:

- a) A definição dos profissionais que irão compor o NASF é de responsabilidade dos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos do território, das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas.
- b) Ela deve ser definida pelo gestor e pelo prefeito.
- c) A definição dos profissionais que irão compor o NASF é de responsabilidade dos gestores estaduais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos do território, das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas.
- d) A definição deve seguir os critérios de prioridade e ser efetuada pelas equipes de saúde que serão apoiadas.

4. Como devem ser desenvolvidas as atividades dos profissionais dos Consultórios na Rua?

- a) As equipes deverão realizar suas atividades, buscando ações articuladas em parceria exclusiva com instituições do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).
- b) As equipes deverão realizar suas atividades articuladas somente com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
- c) As equipes deverão realizar suas atividades sempre articuladas na rua e não em Unidades Básicas de Saúde.
- d) As equipes deverão realizar suas atividades articuladas e em parceria com as demais equipes de Atenção Básica do território (UBS e NASF) e dos Centros de Atenção Psicossocial, da rede de urgência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social, dentre outras instituições públicas e da sociedade civil.

Rosani Pagani, Carmem De Simoni, Fabiane Minozzo, Ana Rita Novães, Silvana Solange Rossi, Suzana Rachel de Oliveira, Silvia Maria Franco Freire, Alessandro C. Dias, Ana Paula de Melo, Ricardo Sparapan Pena, Ariane Alvarenga

Bibliografia

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2009, nº 27: 160.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. nº 84, p. 20-24. Brasília, 4 de maio de 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Promoção da Saúde. Qualidade de vida. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Programa Saúde na Escola PSE. Brasília; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde-SUS. O que humaniza SUS. Brasília; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde-Anexo1. Brasília; 2011.

Luz MT. Novos saberes e práticas em saúde coletiva. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.

Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Decreto Presidencial Nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas e Fitoterápicos e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b. 60p.

Capítulo 5

Estratégias de Redução de Danos: da atenção primária à secundária

TÓPICOS

- ✓ Conceito de Redução de Danos
- ✓ História de Redução de Danos e formas de atuação
- ✓ Redução de Danos: um campo ainda hoje polêmico na atenção ao uso de substâncias psicoativas
- ✓ Redução de Danos e Atenção Primária: encontros possíveis
- ✓ Redução de Danos e Atenção Secundária: a importância dos CAPS-AD
 - ✓ Atividades
 - ✓ Bibliografia

Conceito de Redução de Danos

O que são Estratégias de Redução de Danos?

No campo da prevenção, as **Estratégias de Redução de Danos (RD)** envolvem a utilização de medidas que diminuam os danos provocados pelo uso das drogas, mesmo quando os indivíduos não pretendem ou não conseguem interromper o uso dessas substâncias. São ações práticas, pois consideram que o ideal de **não usar drogas** pode ou não ser alcançado pelo indivíduo, ou seja, caso o indivíduo continue com o uso, que o faça com o menor risco possível. Mais recentemente, o conceito de RD foi estendido para as práticas de assistência, ou seja, para as situações de tratamento.

Trata-se também de uma lógica de trabalho, uma perspectiva que se propõe a refletir sobre como cada sujeito se relaciona com as drogas, que lugar subjetivo e objetivo ela ocupa na vida de cada pessoa, sendo isso mais relevante do que a droga em si mesma.

Os princípios básicos da Redução de Danos segundo Allan Marlatt são:

- ✓ É uma alternativa de saúde pública aos modelos moral/criminal e de doença do uso e da dependência de drogas (historicamente utilizados para compreensão e tratamento da dependência química);
- ✓ Reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos do uso de substâncias psicoativas;
- ✓ Surgiu principalmente como uma abordagem “de baixo para cima”, baseada na defesa do dependente, em vez de uma política “de cima para baixo”, promovida pelos formuladores de políticas de drogas;
- ✓ Promove acesso a serviços de baixa exigência como uma alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência.



No caso do uso injetável de drogas, por exemplo, se um indivíduo ainda não consegue deixar de usar uma droga, as ações incidem no sentido de que ele o faça de forma **não injetável**. Se ele ainda não consegue isso, que o faça **sem compartilhar seringas**. Caso isso também não seja possível, que ele e os parceiros usem métodos eficientes de esterilização do equipamento de injeção, e assim por diante. A troca de seringas é apenas uma das ações a ser empregada. Junto a essa tarefa, **obrigatoriamente**, outras devem ser realizadas.

➤ Pensar ações de Redução de Danos consiste em pensar práticas em saúde que considerem a singularidade dos sujeitos, que valorizem sua autonomia e que tracem planos de ação que priorizem sua qualidade de vida. É preciso lançar mão de estratégias que sejam mais interessantes conforme cada situação, seja o uso protegido, a diminuição do uso ou a abstinência.

História da RD e formas de atuação

Na segunda metade do século XX, as políticas voltadas para o usuário de drogas eram, quase exclusivamente, pautadas em ações repressivas que visavam à diminuição da oferta de drogas pela repressão da produção, distribuição e consumo de drogas ilícitas. Essa estratégia foi denominada, no governo Reagan (EUA), de política de “**Guerra às Drogas**”.

Essa política colocou pouca ênfase nas ações de prevenção, que, quando ocorrem, como no caso das campanhas de “**Diga Não às Drogas**”, baseiam-se em atemorizar a população-alvo, ressaltando apenas os graves danos produzidos pelo uso de drogas. Essa estratégia de prevenção não levou em consideração que a população-alvo rapidamente identificou as contradições contidas nesse discurso, como a percepção de que as drogas também produzem prazer e que existem pessoas que usam drogas sem desenvolver os quadros mais graves divulgados pelas campanhas alarmistas. A prática da política de “**Guerra às Drogas**” não produziu os objetivos desejados, e as campanhas alarmistas foram igualmente ineficazes. Em 1984, em Amsterdã, uma associação de usuários de drogas injetáveis, buscando a melhoria de sua qualidade de vida e preocupada com a crescente contaminação pelo vírus da hepatite B, iniciou um programa experimental de troca de seringas usadas por

novas. Mais tarde, essa estratégia passou a ser adotada para prevenção, também, da contaminação pelo vírus HIV. Essas ações foram o embrião para políticas de Redução de Danos em diversas partes do mundo. No Brasil, em 1989, o município de Santos realizou a primeira tentativa de implantar um programa de Redução de Danos. Impedidos de fornecer seringas para usuários de drogas injetáveis como forma de evitar a contaminação pelo vírus HIV, os profissionais estimulavam o uso de hipoclorito de sódio para a desinfecção de agulhas e seringas reutilizadas. Em 2003, o Ministério da Saúde, através da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, estimulou a divulgação do conceito de Redução de Danos. Assim, ressaltou a necessidade de múltiplas possibilidades de atenção, tendo em vista a multiplicidade dos sujeitos, apostando na defesa da vida, no aumento do grau de liberdade e na corresponsabilidade.

O número de programas de Redução de Danos chegou a mais de cem no Brasil, quase todos financiados pelo Ministério da Saúde. Sua atividade mais conhecida é a substituição de seringas usadas por outras novas e estéreis. No entanto, no contato com usuários de drogas, os programas de RD, obrigatoriamente, desenvolvem várias outras atividades.

As atividades dos programas de Redução de Danos no Brasil incluem:

- ✓ Localização e abordagem da rede de usuários de drogas (UDs);
- ✓ A substituição de seringas usadas por novas (para o caso de drogas injetáveis);
- ✓ Informações e orientações de saúde;
- ✓ Disponibilização de serviços de saúde;
- ✓ Testagem anônima para HIV e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs);
- ✓ Exames para os demais problemas de saúde;
- ✓ Encaminhamento para avaliação e tratamento médico de problemas relacionados ou não ao HIV, DSTs ou ao uso de álcool e outras drogas;
- ✓ Encaminhamento para tratamento da dependência e para outros recursos sociais da rede de assistência (serviços sociais, reinserção social, jurídicos, educação, etc).

Alguns programas de RD também realizam outras ações específicas para redução dos riscos e danos pelo uso de drogas, para determinadas parcelas da população; atendimento a populações específicas como aos usuários de crack, travestis que injetam silicone, jovens que dirigem sob o efeito do álcool, populações em situação de rua.

Redução de Danos: um campo ainda hoje polêmico na atenção ao uso de substâncias psicoativas

Desde o início da utilização das estratégias de RD essas práticas vêm encontrando forte oposição, criando em seu entorno um campo de polêmicas e reflexões importantes. Dentre os que se colocam contra essa proposta se alinham os que têm uma compreensão moral ou religiosa da questão e aqueles que só aceitam uma “sociedade livre de drogas” e a abstinência completa e imediata (para o indivíduo). Outros opositores da RD manifestam preocupação com o possível aumento do consumo de drogas e das doenças de contaminação por via venosa e sexual. No campo da atenção ao uso, abuso e dependência química não existem, até o momento, práticas que solucionem, de forma completa e indiscriminada, as problemáticas advindas dessas condições. Dessa forma, mais importante do que se colocar a favor ou contra – como se tratássemos de times de futebol – é compreender que os diferentes contextos exigem diferentes estratégias e perspectivas de trabalho. Dessa forma, a Redução de Danos se oferece como mais uma possibilidade de atuação dos profissionais de saúde que se deparam com a complexidade da prevenção do uso indevido e do tratamento da dependência química.



As estratégias de Redução de Danos:

- ✓ Não são contraditórias, nem dispensam ações preventivas, dirigidas para a redução da oferta ou da demanda;
- ✓ Não interessam a produtores e vendedores de drogas;
- ✓ Consideram também os quadros de dependência;
- ✓ Não constituem uma estratégia permissiva;
- ✓ Não passam uma mensagem de descrédito de que seja possível interromper o uso de drogas (no âmbito individual) ou de que os problemas relacionados ao uso podem ser minimizados;
- ✓ Não são contrárias à abstinência, se esta for avaliada como importante para determinada situação.

Não é incomum haver confusão de conceitos em relação às propostas de RD. Há uma tendência **clara de minimização do conceito de Redução de Danos**. É comum ouvir ou ler críticas de conteúdo preconceituoso às estratégias de RD.

Ocorrem tentativas de associar a ideia da RD exclusivamente a práticas, como a da substituição de drogas (*para o usuário de heroína ou morfina a troca por metadona; para o dependente de cocaína, tratamento que use maconha; para o usuário de bebidas destiladas, substituição por outras de menor teor alcoólico, por exemplo*) ou às medidas para o “uso seguro de drogas” (fornecimento e troca de seringas, por exemplo).

Redução de Danos e Atenção Primária: encontros possíveis

A assistência aos usuários de drogas e álcool deve ser encarada considerando sua enorme complexidade. Observando os padrões de consumo de drogas, é possível perceber diferenças não apenas geográficas, mas também no volume e qualidade do que se consome, na forma e tipos de consumo, nos subgrupos de consumidores e nas consequências sociais, econômicas e para a saúde dos diferentes territórios.

Da mesma forma, ao analisar problemas como o tráfico de drogas e a violência, ou as diferentes condições e realidades sociais e as formas de consumo, é possível ter ideia do tamanho do desafio a ser enfrentado e da inadequação das propostas do tipo “pacotes de ações para tudo e para todos”. Cada região, estado, cidade, local, subgrupo social possui diferenças e particularidades. “O cardápio é variado” e exige, necessariamente, estratégias específicas para cada realidade. Nesse sentido, em termos de saúde pública, a estratégia de RD é, talvez, uma das únicas capazes de verdadeiramente penetrar em todos os “círculos” onde estão as drogas. Referimo-nos aqui, inclusive, aos ambientes em que são consumidas de maneira aceitável, social, e sem qualquer questionamento sobre seus possíveis danos ou consequências.

A Atenção Primária à Saúde é campo fértil para pensarmos ações de cuidado à saúde das pessoas que usam drogas, pois as equipes de saúde dividem cotidianamente o território objetivo e subjetivo com os usuários a que atendem, compondo a cena e partilhando dos mesmos conflitos.



Só poderemos ajudar as pessoas que usam drogas a reverem seu uso, priorizando sua saúde e cuidado de si, se compreendermos, junto com elas, que espaço a droga ocupa em suas vidas e de que forma é possível transformar essa função que a droga ocupa em algo menos danoso.

Acompanhar a história dessas pessoas, identificando sua relação com a droga, é fundamental para que possamos identificar os recursos disponíveis e indicados a cada situação. Precisamos, junto com os usuários do SUS – de forma geral e, nesse caso, com as pessoas que usam drogas –, traçar estratégias de atenção que contemplem suas necessidades.

A **proximidade**, que o território e a população adstrita proporcionam, abre espaço para o efetivo processo de construção de saúde das pessoas e das comunidades. O **trabalho em equipe**, por exemplo, pautado na construção coletiva de diferentes saberes, oxigena as práticas, diminuindo as fronteiras entre os profissionais e, conseqüentemente, entre estes e os usuários. O trabalho em equipe multiprofissional e a diversidade de formações oferecem olhares que se complementam e possibilitam um importante exercício de troca.

Quando pensamos nas pessoas que usam drogas, os Agentes Comunitários de Saúde podem ser importantes colaboradores no processo de criação de confiança necessária ao atendimento. Através do Agente Comunitário de Saúde podemos mostrar às pessoas que usam drogas que os **profissionais da saúde são agentes de saúde, e não agentes da justiça ou da repressão**. A nós, que estamos no dia-a-dia em contato com os mais diversos hábitos de vida e em busca da melhoria da qualidade de vida das comunidades, **não cabe julgar** o que é certo ou errado, bom ou ruim. Esses julgamentos, além de serem conceitos extremamente abstratos e relativos, podem ser um grande entrave no atendimento aos usuários em geral e em especial às pessoas que usam drogas. Dessa forma, precisamos estar disponíveis ao encontro e a conhecer de forma profunda cada realidade, cada subjetividade, tendo o Agente Comunitário de Saúde como o elo forte dessa relação.

Trabalhar com o **conceito de qualidade de vida** para as pessoas que usam drogas envolve **pensar a saúde inserida em um contexto**, levando em consideração que

o autocuidado envolve possibilidades de lazer, acesso à educação, entre outras. Assim, as ações intersetoriais precisam fazer parte do cotidiano da Atenção Primária à Saúde, abrindo as Unidades de Saúde para atividades que ultrapassam aquela velha noção do que deve ser feito em um “postinho”. Precisamos, no cotidiano do trabalho em saúde, exercitar uma escuta qualificada que coloque o sujeito em primeiro plano e que trabalhe com ele, ao seu lado, na construção de sua demanda em saúde, elaborando planos terapêuticos singulares, humanizados e continentes.

É preciso **resgatar o cidadão por trás das pessoas que usam drogas**, reduzindo danos, valorizando o que há de vital e construtivo sob a aparência de pura tragédia e desumanidade. A química da droga é importante, sim, levando em conta suas características e efeitos fisiológicos, mas esse é apenas um dos fatores, e nem sempre o mais importante: **Muitas vezes o que se destaca como grande empecilho é a exclusão social e cultural.** Lançar mão das **ferramentas da Atenção Primária à Saúde** pode ser de grande valia na atenção às pessoas que usam drogas. O registro em prontuário, as reuniões de equipe, discussão de situações, planos de intervenção singulares, espaços de estudo e realização de parcerias intersetoriais são fundamentais para a qualificação do trabalho e apoio entre profissionais. Com essa finalidade é imprescindível o trabalho em rede, que inclua o apoio matricial descrito em outros capítulos.

Redução de Danos e atenção secundária: a importância dos CAPS-AD

Em 2003, o Ministério da Saúde lançou oficialmente a política para a assistência ao uso indevido de álcool e outras drogas no Brasil. Com ela, foram instituídos uma diretriz clínico-política, a Redução de Danos, e seu dispositivo assistencial, os Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD). Estes têm como objetivo integrar as redes de saúde, social, cultural e a comunidade. A base de sua assistência está na atenção comunitária, com ênfase na **reabilitação psicossocial** dos usuários. Nesses serviços, a abstinência não é mais tratada como a única meta possível, o que evita a exclusão de muitos usuários e torna possível a assistência a um número maior de usuários.

Os **CAPS-AD** pretendem ainda, além de reduzir os riscos e danos causados pelo uso de drogas lícitas e ilícitas, resgatar o papel autorregulador e a responsabilidade de seus usuários, em suas relações com as drogas. Esses serviços objetivam assumir, como sua responsabilidade central, a mobilização social para as tarefas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras de cidadania.

O desenvolvimento do modelo de reabilitação psicossocial, traduzido em montagens institucionais como os CAPS, tem se constituído como eixo central das ações inovadoras que, nos últimos anos, ocorreram no campo da Saúde Mental brasileira, e coloca-se como uma medida consequente de atenção ao usuário de drogas. Esses modelos de reabilitação são oferecidos com o objetivo de mobilizar recursos sociais e culturais que possam permitir e promover a integração efetiva dos pacientes em uma nova forma de tratamento e sociabilidade possíveis.

Segundo a política do Ministério da Saúde, um CAPS-AD tem como objetivo oferecer atendimento à população, respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, buscando:

- ✓ Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de RD;
- ✓ Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados;
- ✓ Oferecer atendimento, nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento;
- ✓ Oferecer condições para a desintoxicação ambulatorial ou o repouso de usuários que necessitem de cuidados;
- ✓ Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;
- ✓ Promover, mediante diversas ações (que envolvem trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas e planejamento de projetos de vida mais saudáveis;
- ✓ Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo reduzir a influência dos fatores de risco para tal consumo;
- ✓ Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo.

Se, por um lado, a criação dos CAPS-AD concretizou e vem nortear a criação e a implementação de uma rede de assistência aos usuários de drogas, baseada na proposta de RD, por outro evidenciou a necessidade de uma rede ainda maior e mais articulada, com ações locais em cada microambiente onde o uso de drogas aponta diferentes questões e dimensões a serem conhecidas e problematizadas. Em cada município, bairro, comunidade e ambiente social e de trabalho podem existir demandas específicas e intervenções necessárias, capazes de serem contempladas pela criação de ações e iniciativas locais, com ampla participação de diferentes atores sociais.

Nesse contexto, reforça-se a necessidade de implementação de ações e de medidas que visem maior aproximação e conhecimento das reais necessidades da população daquele território, com estímulo a participação da comunidade, em parceria com a Atenção Primária, através da Estratégia de Saúde da Família. Nos últimos anos, o crescimento dos problemas com o crack e a preocupação com o uso de álcool e outras drogas por pessoas que estejam em situação de rua e/ou **em situação de vulnerabilidade social e familiar** motivaram a inserção na **rede pública** de novos dispositivos, como o Consultório na Rua e as Unidades de Acolhimento. Esses serviços e suas atribuições já foram descritos em outros capítulos. As ações de RD, em vez das exigências (julgamentos e preconceitos), oferecem aproximação de forma mais acolhedora e flexível entre os profissionais de saúde e os usuários de álcool e outras drogas, aumentando as chances de encontros significativos e que produzam possibilidades de caminhos mais satisfatórios na construção de abordagens terapêuticas a esta população.

São elementos fundamentais para tecer essa rede de ações:

- ✓ A Saúde da Família;
- ✓ As instituições comunitárias, como as escolas e igrejas, atuando em tarefas de prevenção, triagem e encaminhamentos para tratamento e/ou orientação de pessoas direta ou indiretamente envolvidas com o uso de álcool e outras drogas;
- ✓ O treinamento de Agentes Comunitários de Saúde, com responsabilidades específicas aos seus territórios para ações com usuários de álcool e outras drogas, suas famílias e o contexto em que vivem.

Para isso, são necessários o incentivo, o investimento e a capacitação dos diversos setores e atores dessa “teia local”. Para isso, a SENAD promove capacitação de lideranças comunitárias e religiosas por meio do curso “Fé na prevenção”. Os CAPS-AD, por sua vez, podem servir como elemento importante dessa rede e se

oferecer como um dispositivo, para além das funções eminentemente clínicas. Eles devem se prestar como possível elemento organizador e centralizador dessa rede, tendo como uma de suas tarefas o “diagnóstico territorial” e a definição das estratégias de ação local, bem como a convocação dos agentes locais para a tarefa.

Para finalizar:

A lógica da Redução de Danos aponta estratégias que constituem ações práticas e humanistas para diminuir os danos relacionados ao uso prejudicial do álcool e outras drogas. Estas ações são eficazes em diminuir os riscos de contágio de doenças transmissíveis, por via venosa e sexual, sem aumentar o consumo de drogas.

O uso de substâncias psicoativas sempre pode produzir danos para o indivíduo e para aqueles que o cercam. No entanto, as drogas possuem historicamente uma função social, e as tentativas de simplesmente excluí-las da sociedade, pela repressão, sempre se mostraram insuficientes e, muitas vezes, até danosas. Facilmente, a “Guerra às Drogas” pode transformar-se em “guerra aos usuários”.

As Estratégias de RD também consideram as diferenças individuais, ou seja, o fato de que as pessoas são diferentes entre si, e que, portanto, não se deve propor ações que exijam comportamento igual para todos em todas as situações. A proposta de RD apresenta-se, como uma estratégia capaz de, ao invés de colocar as drogas no lugar central e de causa principal dos problemas e “doenças”, incluí-las como parte integrante da sociedade e de sua complexa relação com as drogas.

Precisamos oferecer o cuidado em saúde como uma possibilidade atrativa, que qualifique os sujeitos e resgate aspectos relacionados ao exercício da cidadania. Precisamos “estar ali”, simplesmente, colocando-nos não como os grandes salvadores dos males da humanidade, mas como humanos e parceiros, dispostos a descobrir e construir, juntos, caminhos alternativos aos já traçados no mundo da exclusão. Precisamos, do ponto de vista dos trabalhadores, ampliar nossos olhares, abandonar velhas receitas que prometem curas milagrosas e lidar com a perspectiva da clínica ampliada, que recoloca os sujeitos a partir de suas histórias e seus contextos.

É preciso lembrar que a Redução de Danos é uma perspectiva que amplia, que inclui, e não o contrário. Nessa abordagem cabem muitas propostas, desde o uso controlado e seguro à abstinência, sendo que o mais importante não é a técnica, mas a relação que se estabelece e resgata possibilidades afetivas.

Atividades

REFLEXÃO

Ainda hoje a Redução de Danos gera polêmica e controvérsias. Disserte sobre possíveis questões que geram tais polêmicas e proponha formas de superá-las em prol do tratamento dos usuários de drogas.

TESTE SEU CONHECIMENTO

1. Sobre Redução de Danos, é INCORRETO afirmar que:

- a) Reconhece a abstinência como único resultado possível.
- b) Promove o acesso aos serviços de baixa exigência.
- c) É uma alternativa de saúde pública aos modelos moral/criminal.
- d) Aceita alternativas que diminuam os danos.

2. Não se inclui entre as principais atividades de Redução de Danos desenvolvidas no Brasil:

- a) Substituição de seringas usadas por novas no caso de drogas injetáveis.
- b) Informações e orientações de saúde.
- c) Testagem anônima para HIV e DST.
- d) Articulação com os agentes de repressão para internação involuntária de usuários de crack.

3. Não se encontra entre as vantagens da utilização das Estratégias de Redução de Danos nas ações de Atenção Primária:

- a) Viabilizar lidar com a diversidade de contextos sociais e de saúde.
- b) Contemplar a individualidade dos sujeitos com suas diferentes formas de relação com as substâncias.
- c) Oferecer abordagens previamente definidas, e padronizadas, com um conjunto de ações comuns a todos os usuários e situações.
- d) Permitir a atenção à história de vida de cada pessoa e a proximidade com cada um na comunidade.

4. O CAPS-AD é um dispositivo assistencial que visa à reabilitação psicossocial dos indivíduos. Não estão entre os principais objetivos do CAPS-AD:

- a) Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados.
- b) Oferecer atendimento, nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento.
- c) Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços.
- d) Realizar a triagem inicial do uso de álcool e outras drogas no domicílio dos usuários.

Bibliografia

Brasil. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. p. 1-54.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, 2ª ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Álcool e Redução de Danos: uma abordagem inovadora para países em transição. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil, Ministério da Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e Projeto Terapêutico Singular, 2ª edição. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2007;23(2):399-407.

Coimbra C. Operação Rio - mito das classes perigosas: um estudo sobre a violência urbana, a mídia impressa e os discursos de segurança pública. Rio de Janeiro: Oficina do Autor. Niterói; Intertexto, 2001.

Conte M, Mayer RTR, Reverbel C, Sbruzzi C, Menezes CB, Alves GT, et al. Redução de Danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. Boletim de Saúde – SES/RS, 2004;18(1):59-78.

Cruz MS. Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de Redução de Danos. Em: Cirino O, Medeiros R, organizadores. Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis. Belo Horizonte: Autêntica; 2006. p. 13-24.

Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Ed. Hucitec; 2005.

Delgado GP. Drogas: desafios da saúde pública. Em: Acselrad G, organizado Avestos do Prazer: drogas, Aids, e direitos humanos. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

Domanico A. “Craqueiros e cracados: bem vindo ao mundo dos nórias!”. Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil [tese]. Salvador: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia; 2006.

Fonseca EM. Política de Redução de Danos do uso de drogas: o contexto internacional e uma análise preliminar aos programas brasileiros [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

Lancetti A. Clínica peripatética. São Paulo: HUCITEC; 2006.

Lancetti A. Saúde Mental e saúde da família. Revista Saúde Loucura 7, 2ª edição. São Paulo: Hucitec; 1994.

Marlatt GA. Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.

Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004, p.108-37. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Nadelmann E, Mcneely J, Drucker E. International perspectives. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod LG, editors. Substance abuse: a comprehensive textbook, 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1997. p. 22-39.

Nascimento ABN. Uma visão crítica das políticas de descriminalização e de patologização do usuário de drogas. Rev Psicol Estudo (Maringá). 2006;11(1):185-90.

Scóz TMX, Fenili RM. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. Rev Eletrônica Enferm. 2003;5(2):71-7.

SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas. Fórum Nacional sobre Drogas. Mimeo; 2004.

Soares LE, Athayde C, MV Bill. Cabeça de porco. Rio de Janeiro: Objetiva; 2005.

Souza TP. Redução de Danos no Brasil: a clínica e a política em movimento [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia; 2007.



O QUE É O VIVAVOZ?

O VIVAVOZ é uma central telefônica de orientações e informações sobre a prevenção do uso indevido de drogas. O telefonema é gratuito e o atendimento é sigiloso. A pessoa não precisa se identificar.

É BOM FALAR COM QUEM ENTENDE

- ✓ O atendimento é realizado por consultores capacitados e supervisionado por profissionais, mestres e doutores, da área da saúde;
- ✓ Os profissionais indicam locais para tratamento;
- ✓ Os profissionais oferecem aconselhamento por meio de Intervenção Breve para pessoas que usam drogas e seus familiares;
- ✓ Os profissionais prestam informações científicas sobre drogas.

O VIVAVOZ é resultado de uma parceria entre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e o Programa Crack, é Possível Vencer, do Governo Federal.



MÓDULO 1

O uso de substâncias psicoativas no Brasil

MÓDULO 2

Efeitos de substâncias psicoativas

MÓDULO 3

Deteção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas

MÓDULO 4

Intervenção Breve

MÓDULO 5

Atenção Integral na rede de Saúde

MÓDULO 6

Modalidades de tratamento e encaminhamento

MÓDULO 7

O Sistema Único de Assistência Social e as Redes Comunitárias

GUIA DO ESTUDANTE

VÍDEOS

7 MÓDULOS E GUIA DO ESTUDANTE EM CD