

Reminiscências da disciplina de Atenção Integral à Saúde da Família (AISF) do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia programa vinculado à rede PROFSAUDE da ABRASCO/FIOCRUZ

Reminiscences of the discipline of Integral Attention to Family Health (AISF) of the Graduate Program in Family Health of the Faculty of Medicine of the Federal University of Uberlândia, a program linked to the PROFSAUDE network of ABRASCO/FIOCRUZ

Edson Geraldo Fagundes¹

Mariana Hasse²

Carla Denari Giuliane³

¹ Discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (2022/2023), programa vinculado à rede PROFSAUDE da ABRASCO/FIOCRUZ. Especialista em Saúde Pública e da Família pelo Instituto Máximo (2021) - Especialista em Enfermagem Ginecológica e Obstétrica (Em Curso) - Instituto Máximo. Especialista em Enfermagem do Trabalho Lato Sensu - UNIASSELVI (2015). Especialista em Gestão da Clínica na Atenção Primária a Saúde pelo SENAC Minas (2010) e em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG 2009). Graduação em Enfermagem pela Faculdade Cidade de João Pinheiro (FCJP 2007). Atuou como Docente dos Cursos Técnico em Enfermagem e Segurança do Trabalho do SENAC Minas Unidade Três Marias. Atualmente é Coordenador da ESF10 Raugmara da Silva Correia, no Município de João Pinheiro/MG. E-mail para contato: edson.fagundes@ufu.br. <http://lattes.cnpq.br/6394444786288487>

² Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED-UFU), é coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia programa vinculado à rede PROFSAUDE da ABRASCO/FIOCRUZ. Graduação em Psicologia (2007), mestrado (FMRP-USP/2011) e doutorado (EERP-USP/2016) em Saúde Coletiva. Atua como tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da FAMED-UFU. Desenvolve projetos de pesquisa e extensão sobre violência, gênero, direitos sexuais e reprodutivos e produção de cuidado. É membro da Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO. Faz parte do Banco de Avaliadores do Sistema de Ensino Superior Brasileiro - BASIS-INEP-MEC (Portaria nº499/2022). E-mail para contato: mhasse@ufu.br. <https://lattes.cnpq.br/4986970372853513>

³ Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED-UFU). Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de São Carlos (1997) e Mestrado em Ciências Fisiológicas pela Universidade Federal de São Carlos (2001) e Doutorado em História e Cultura pela Universidade Federal de Uberlândia (2012). Professora Associada III na Universidade Federal de Uberlândia (UFU), MG, Brasil. Coordenadora e Fundadora do Laboratório Avançado em Estudos de Gênero (LGV) da Universidade Federal de Uberlândia. ORCID: 0000-0001-5598-2230. Filiação: Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Contato e-mail: carla.giuliani@ufu.br, <http://lattes.cnpq.br/0924515986721388>

Recebido em 03/02/2023

Aprovado em 18/04/2024

Sistema de Avaliação: Double Blind Review



Resumo: Este estudo traz reminiscências e reflexões produzidas na disciplina de Atenção Integral à Saúde da Família e objetiva inferir sobre sua influência no cenário acadêmico e profissional através de discussões sobre a criação do SUS, seus princípios doutrinários, organizacionais e os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de um ensaio teórico baseado nos artigos estudados e nas atividades práticas realizadas durante o componente curricular. A análise se deu com a identificação de elementos significativos e reflexivos no contexto estudado. Consideramos que o conhecimento sobre o SUS, desde sua criação até a atualidade, é significativo nos âmbitos profissional, acadêmico e cidadão, pois possibilita reflexões sobre retrocessos e evoluções decorrentes da fragilização das políticas públicas de saúde e da inerte participação popular, culminando no enfraquecimento dos princípios de universalidade, equidade e integralidade.

Palavras-chave: Sistemas de Saúde, Determinantes Sociais de Saúde, Participação Social.

Abstract: This study brings reminiscences and reflections on the discipline of Comprehensive Family Health Care and aims to infer its influence on the academic and professional scenario through discussions about the creation of the SUS, its doctrinal and organizational principles and the attributes of Primary Health Care (APS). This is a theoretical essay based on the articles studied and the practical activities carried out during the curricular component. Its analysis was based on the identification of significant and reflective elements in the studied context. We believe that knowledge of the SUS from its creation to the present day is significant in professional, academic and citizen biases, encouraging reflections that lead to the comparison of setbacks and evolutions given the weakening of public health policies and inert popular participation, culminating in the weakening of Universality, Equity and Integrality.

Keywords: Health Systems, Social Determinants of Health, Social Participation.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) nasceu conjuntamente à Constituição Brasileira em 1988. Ele se destaca por ser um modelo público de ações e serviços de saúde, balizado por princípios e diretrizes que tem abrangência nacional e garante amplamente o direito à saúde e o papel do Estado como provedor desse direito.

Sua implantação iniciou a partir da promulgação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080 de 19/09/1990, complementada pela Lei 8.142 de 28/12/1990, que possibilitou novos critérios de repasses de recursos entre os entes governamentais da União, estados e municípios.

Tal lei também prevê a participação de gestores, trabalhadores, prestadores de serviços e usuários nas negociações e tomadas de decisões sobre o SUS de forma hierarquizada e regionalizada, através de comissões intergestoras bipartites e tripartites, conferências e conselhos de saúde (BRASIL, 2017; NORONHA et al, 2012).

A LOS 8.080/90 trouxe em seu cerne os princípios e diretrizes do SUS, sendo a Universalidade de acesso um dos princípios que destaca os direitos dos usuários às ações e serviços em todos os níveis de complexidade. Esse princípio também garante que as condições socioeconômicas ou de trabalho não implique em acesso diferenciado ao SUS.

A Equidade, outro princípio fundamental do SUS, reitera que diferentes grupos populacionais podem ter necessidades de saúde diversas, que devem ser atendidas de forma adequada, de acordo com suas especificidades. Esse princípio busca diminuir o impacto das desigualdades no acesso ao SUS.

O terceiro princípio fundamental é o de Integralidade, que prevê ações e serviços, individuais ou coletivos, em todos os níveis de atenção e com articulação intersetorial. Um cuidado integral pressupõe uma atuação nos determinantes dos processos de saúde-adoecimento-cuidado para alcançar condições satisfatórias de saúde da população (BRASIL, 2017).

A Participação Popular também se insere no contexto da criação do SUS a partir da Conferência Nacional de Saúde em 1986 e da Lei 8.142/90 e se materializa enquanto princípio através dos Conselhos e Conferências de Saúde nas diferentes instâncias governamentais.

Nesse contexto, ela prevê o diálogo entre gestores, profissionais de saúde e a população e, constitui um dos maiores desafios para a Atenção Primária à Saúde (APS). Isso porque, a participação social exige que a cultura assistencialista a qual usuários e profissionais estão acostumados, seja transformada em protagonismo para lutas e articulações com movimentos sociais que dão voz e vez à população.

Por fim, temos o princípio da descentralização político administrativa, que reforça a importância de cada esfera de governo e as responsabilidades dos entes federativos municipais e estaduais nas políticas de saúde, abrindo dois leques para a regionalização e hierarquização.

É a partir desse princípio que surgem as Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo em vista que hierarquicamente as ações e serviços possuem níveis diferenciados de complexidade, com dinâmicas territoriais específicas (Regionalizadas) e necessidades de saúde distintas com destaque para a diversidade regional, cultural e espacial do nosso país.

Sabemos que a descentralização tem sido um nó crítico para a prestação de serviços que demandam complexidades elevadas, pois exigem dos municípios e estados o estabelecimento de consórcios intermunicipais e interestaduais na tentativa de atender através de Tratamento Fora de Domicílio as demandas que “sozinhos e localmente” não conseguem resolver (BRASIL, 2017).

Com a criação do Programa Saúde da Família e, posteriormente da Estratégia Saúde da Família (ESF) deu-se a reorganização e fortalecimento da Atenção Primária a Saúde no SUS, com a priorização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A partir desse cenário, a ESF foi estruturada e fundamentada nas necessidades da população, no estabelecimento de vínculos entre seus pares e no contato contínuo com o território.

Logo, atributos essenciais como acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado se consolidaram e derivaram três outros atributos: a orientação familiar, comunitária e a competência cultural.

Somam-se a esses à melhoria dos indicadores de saúde frente às condições crônicas, bem como na eficiência do cuidado e na adoção de práticas preventivas que resultam na satisfação dos usuários e redução das desigualdades de acesso aos serviços de saúde (COSTA, 2004; MATTOS et al, 2006; MAGALHÃES, 2014).

Há muitos entraves que ainda desnivelam regionalmente esses atributos como a alta rotatividade de profissionais, falta de investimentos em equipamentos e tecnologias, adequação de horários para atender quem trabalha em horário comercial, a utilização dos serviços de forma “restrita” somente pelos usuários cadastrados na área de abrangência, dentre outros.

Nesse contexto não se leva em consideração aqueles que trabalham próximo a UBS e residem em lugares distantes do local de trabalho, a distância da UBS e outras configurações como por exemplo a violência e a oferta reduzida de atendimento também cerceiam os princípios de universalidade e integralidade, bem como os atributos da APS de acesso e longitudinalidade.

Através dessa retórica, objetiva-se refletir sobre a Atenção Integral à Saúde da Família (AISF) enquanto disciplina e sua forte influência no cenário acadêmico e profissional, especialmente por discutir o surgimento do SUS, seus princípios doutrinários e organizacionais, bem como os atributos da Atenção primária a Saúde (APS).

METODOLOGIA

O estudo se deu através de um ensaio teórico e traz em seu corpo textual discussões acerca de artigos propostos na Disciplina de Atenção Integral à Saúde da Família (AISF) do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – UFU – PROFSAUDE/ABRASCO/FIOCRUZ, de textos síntese elaborados para o componente

curricular e outras atividades corroborando com princípios educativos e de construção do conhecimento nos ambientes de prática e de formação acadêmica.

Sua análise pautou-se da identificação de elementos significativos e reflexivos voltados a Atenção Integral à Saúde da Família.

Esse tipo de investigação “diferente do método tradicional da ciência, em que a forma é considerada mais importante que o conteúdo, demonstra que o ensaio requer sujeitos, ensaísta e leitor, capazes de avaliarem que a compreensão da realidade também ocorre de outras formas” (MENEGETTI, 2011, p.321).

DESENVOLVIMENTO

A partir das discussões acerca da área de abrangência e territorialização, pontuamos a necessidade de entender que vivemos em um espaço geográfico coexistindo com condições ou situações que facilitam a nossa vida, sendo importante a adaptação, à medida que o “espaço vivo” se modifica e desenvolve com a ação antrópica ou da natureza.

Partindo do pressuposto que cada grupo tem sua própria cultura, somos conduzidos a compreender a importância do núcleo familiar e da orientação comunitária, reconhecendo os recursos e acesso da população aos serviços e ações, bem como a forma de conscientizar a participação dos indivíduos nas atividades de promoção a saúde e adesão aos cuidados primários.

Essas modificações podem ter resultados negativos ou positivos, e influenciar nos Determinantes Sociais em Saúde (DSS) e nas formas de adoecer e ter saúde, o que nos leva a compreender que a doença é uma manifestação do indivíduo e a situação de saúde é uma manifestação do local, em diversos contextos, lugares e regiões, resultando na produção de doenças (BARCELLOS, 2000 apud JACQUES et al., 2017).

Mesmo que cada território tenha sua população e singularidade, os Determinantes Sociais em Saúde não são uniformemente distribuídos, pois existem populações rurais e urbanas que flutuam e tem modos de viver e de adoecer não tão peculiares, influenciados pelo acesso às ações de promoção a saúde e prevenção as doenças.

Além disso, o processo de urbanização nem sempre ocorre de maneira justa, um exemplo típico são as periferias que nascem no entorno dos bairros nobres, e, tendenciosamente se dá através de um processo de migração da classe menos favorecida em busca de trabalho

para sua subsistência, o que intensifica a invisibilidade, as iniquidades e as desigualdades sociais (JACQUES et al., 2017).

O território exprime uma construção histórica e social de um povo, e isso produz fatores causais ou protetores para uma diversidade de patologias, o que implica na organização dos serviços de saúde a adoção de ferramentas tecnológicas leves e duras, e, recursos humanos variáveis e dinâmicos com condições de implementar políticas de ações de saúde e de vigilância na perspectiva das particularidades territoriais e na coletividade.

Os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) estão interligados a fatores sociais, biológicos, econômicos, culturas, éticos, raciais, psicológicos e comportamentais que, por sua vez, relacionam-se a como as pessoas vivem e trabalham.

Embora conhecê-los apenas, não seja suficiente, é preciso compreender como se materializam no território, identificando-os e intervindo para reduzir as iniquidades que os produzem ou reforçam.

Eles se dividem em quatro níveis: o primeiro se relaciona aos fatores comportamentais e de estilo de vida; o segundo à abrangência com que alcança a comunidade e suas relações, bem como a interação social; o terceiro refere-se às políticas com ações voltadas às condições materiais e psicossociais dos sujeitos; e por último, os macrodeterminantes, direcionados as políticas econômicas e de promoção do desenvolvimento sustentável e redução das iniquidades e das violências, bem como seus efeitos sobre a sociedade (JACQUES et al., 2017).

Esses níveis, num contexto de promoção de política de destaque a equidade vão se materializando a partir da participação ativa dos sujeitos e da intervenção técnico cooperativa dos profissionais sob a égide da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) que institui a família no primeiro nível de atenção (BRASIL, 2017; BATISTA, 2016)

Por ser uma estratégia essencial para a organização e fortalecimento da Atenção Básica, perfaz os princípios de Universalidade, Acessibilidade, Vínculo, Continuidade do Cuidado, Integralidade da Atenção, Humanização, Equidade e Participação Social (BRASIL, 2017; BATISTA, 2016).

Essa retórica nos conduz a priori, ao princípio da integralidade em saúde e corrobora com a necessidade de articular práticas preventivistas com os serviços e instituições de saúde, mas, sem a garantia da universalidade do acesso, fica distante a integralidade e a equidade.

É salutar depreender discussões sobre as formas de organização dos processos de trabalho, gestão e planejamento que impede ou contribui com inovações nas práticas de saúde, com incorporação de “solidariedade e reconhecimento do outro como sujeito autônomo da

atenção e do cuidado a saúde, experienciando o grande desafio utópico da integralidade” (COSTA, 2004, p.15).

Vimos que os princípios e diretrizes do SUS como universalidade, acessibilidade e integralidade, assim como os atributos da APS, dentre eles: o acesso e a orientação cultural não se cumprem de forma satisfatória, influenciados pelo processo de gestão, educação na saúde, atenção ao usuário e integralidade associadas a fatores que contribuem de forma negativa para a sua consolidação, valorando o modelo de saúde centrado no médico, e, desconsiderando a autonomia do usuário no seu processo saúde/doença.

Sabemos que uma equipe direcionada para o trabalho de Educação em Saúde com o objetivo de melhorar os processos de trabalho, através da busca, discussão, alinhamento de protocolos e fluxos de trabalho, da definição de estratégias facilitam o alcance de metas conforme proposto pelos Indicadores do Previne Brasil, embora, na modelagem atual e com a diversidade regional e espacial do nosso país, o Previne Brasil tem sido um fator desagregador de recursos e gerador de fragilidades em sua base de cálculo.

Essa equipe também fará referência e contra referência dos usuários, através da mudança de percepção e adesão dos trabalhadores de saúde para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, bem como dos atributos da APS, fortalecendo o cenário da fragilidade da gestão dos serviços de saúde (BRASIL, 2020; MAGALHÃES, 2014)

Mesmo com diversas lacunas assistenciais, a adesão as gestantes nas consultas de Pré-Natal de Risco Habitual pelos profissionais médico e enfermeiro da ESF, vem de encontro a desmitificação de que apenas o ginecologista/obstetra tem autonomia e competência para conduzir esse atendimento.

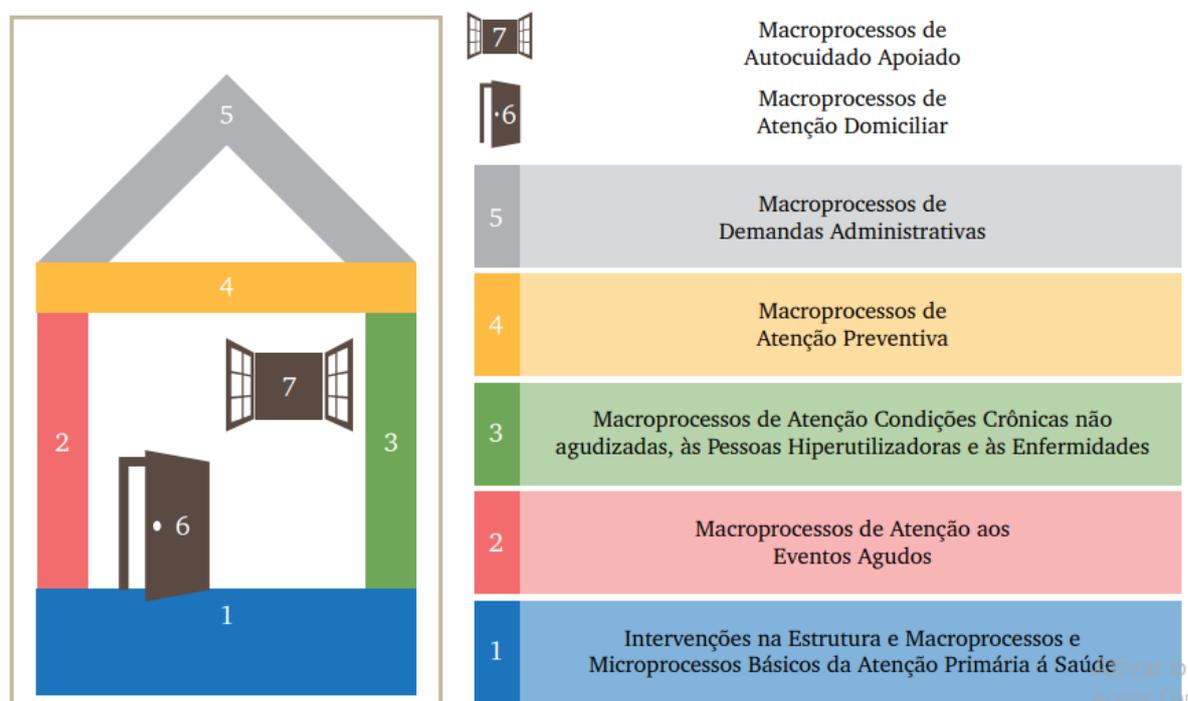
Em se tratando das puericulturas que em tempos anteriores eram realizadas apenas pelos profissionais da pediatria, os portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como por exemplo Diabetes e Hipertensão, também podem e devem ser avaliados pelos trabalhadores da ESF e pela Equipe Multidisciplinar, fortalecendo o vínculo, a continuidade do cuidado e a adesão a mudanças no estilo de vida e, referenciando conforme a necessidade dentro da Rede de Atenção à Saúde.

Outro ponto importante nesse modelo de saúde é o envolvimento da família e da comunidade exponenciando o papel da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, reduzindo barreiras de acesso nos diferentes níveis de atenção e integrando as ações e serviços no nível de sistema de saúde e no território.

Mesmo diante da heterogeneidade da população da área adstrita, da distância dos bairros até a UBS e outros dificultadores do acesso aos serviços, o uso de tecnologias simples como redes sociais, WhatsApp, telefonemas, bilhetes, convites, tem contribuído para a melhoria dos diferentes cenários de prática.

O reconhecimento do território e o mapeamento, o estabelecimento de vínculos, o envolvimento da comunidade nos grupos operativos e atividades nela desenvolvidas, com a participação de profissionais de outras áreas, estagiários dos Cursos de Enfermagem e Odontologia, vem incentivando o usuário a protagonizar sua história e cuidado em diferentes contextos.

A promoção a saúde e prevenção à doença no território, faz da educação em saúde um processo de produção do conhecimento no ambiente laboral, mas a solidez e a resolutividade da APS contidas no processo da sua construção social, conforme proposto por Eugênio Vilaça Mendes, compara a construção de uma casa (FIGURA 1), com macros e microprocessos que se estruturam do alicerce, as paredes, o teto, o telhado, a porta e a janela.



FONTE: FIGURA 1 CONSTRUÇÃO SOCIAL (MENDES, Eugênio Vilaça, 2015, p.80).

A Equipe de Saúde da Família ao usar os macros e microprocessos, num espaço de reflexão, fundamentados no diagnóstico estrutural da APS tendo como resultado a elaboração de um plano de intervenções convergem para a sinergia entre eles.

Daí o entendimento de que as demandas precisam ser resolutivas e garantir ao usuário e trabalhadores, acessibilidade, integralidade, espaço, tecnologias, equipe multiprofissional, desenvolvimento de atividades, organização, detecção de usuários hiperutilizadores, divulgação da carteira de serviços, trabalho em rede, dentre outros (MENDES, 2015).

Os gestores, trabalhadores e usuários precisam conhecer e participar efetivamente desses macro e microprocessos, pois, o primeiro refere ao suporte ao atendimento as demandas da população e incluem de acordo com Mendes (2015, p.81) “a territorialização, cadastramento das, o cadastramento das famílias, a classificação de riscos familiares, o diagnóstico local, a estratificação de risco das condições crônicas, a programação e o monitoramento por estratos de riscos, a agenda e a contratualização”; a gestão deve acompanhar efetivamente os macroprocessos, pois, são a base da construção social da APS.

Já os microprocessos buscam garantir as condições de prestação de serviços com base na qualidade e segurança dos usuários, e estão contidos segundo Mendes (2015, p.81) na “recepção, acolhimento e preparo; vacinação; curativo; farmácia; coleta de exames; procedimentos terapêuticos; higienização e esterilização; e gerenciamento de resíduos”, envolvendo o mapeamento e o redesenho dos manuais de normas e rotinas, e dos procedimentos operacionais padrão.

As paredes da casa representam os usuários hiperutilizadores (estabilizadas ou não) e os eventos agudos e crônicos que se manifestam específica ou inespecificamente. Sua organização está contida no acolhimento humanizado e classificação de risco, com o objetivo de centrar a atenção na pessoa, atendendo as menores urgências e priorizando o primeiro atendimento, articulando de forma rápida e inovadora respostas sociais as demandas apresentadas.

O monitoramento dos planos de cuidado, a gestão de risco, o matriciamento, a educação permanente e em saúde, a atenção contínua e compartilhada, os grupos operativos, além de capacitar as equipes expandem essas ações para toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2015).

O Teto da casa, faz uma analogia a atenção preventiva, observação, intervenção de risco ou fatores individuais e biopsicológicos que comprometam a saúde das pessoas, confluindo para o fortalecimento da ampliação dos cuidados primários e do conhecimento dos Determinantes Social da Saúde.

Na estimulação a adesão as ações positivas frente aos fatores de riscos modificáveis e consequentemente no comportamento dos indivíduos, observamos uma interdependência entre os esforços da pessoa e o apoio dos profissionais da saúde, especialmente por aqueles fatores não modificáveis (MENDES, 2015).

Há nessa conjuntura uma discussão da ampliação dos cuidados preventivos na APS para além da prevenção primária, secundária, terciária, onde de acordo com a história natural das doenças há um período pré-patológico e patológico que está intimamente relacionado com o meio ambiente, o agente causador e o organismo, nessa tríade a sua relação define em cadeia o adoecimento, mas que pode ser evitada com intervenções diversas em uma delas.

Surge assim a proposta da prevenção quaternária por suscitar as iatrogenias envolvendo os procedimentos médicos preventivos e curativos, onde os Médicos de Saúde da Família buscam e incentivam de ações com o intuito de identificar usuários em riscos de excessos de medicações, intervenções, exames, e outras condições suscitando a medicina defensiva como redutora de danos à saúde da população balizados por evidência científica.

Para Mendes (2015), em seus estudos, o Teto compõe as demandas administrativas de caráter não clínico e outras demandas administrativas que devem ser resolvidas com o redesenho desses processos e a elaboração, implantação e auditoria dos Procedimentos Operacionais Padrão (Pops) e alinhamento dessas ações.

A Atenção domiciliar é outro macroprocesso importante e refere-se à porta, incitando a necessidade da identificação do ambiente familiar e do domicílio do usuário, partindo do pressuposto de que ele influencia na promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e da família.

Esse cuidado produz a interação entre a família, o cuidador e os profissionais de saúde, sejam eles pela assistência domiciliar, na visita domiciliar, na internação domiciliar, do acompanhamento domiciliar e da vigilância domiciliar (LOPES e OLIVEIRA, 1998 *apud* MENDES, 2015).

Nas janelas os macroprocessos de autocuidado apoiado e cuidados paliativos, se dá em virtude da dimensão dos doentes crônicos e do apoio que necessitam. Nesses dois macroprocessos a equipe multidisciplinar estabelece e fortalece o vínculo e a continuidade do cuidado sistematicamente, monitorando as condições de saúde desses usuários e estabelecendo metas, demonstrando em suas intervenções o apoio necessário para o aumentando da confiança e habilidades dos usuários ao gerenciar seus problemas.

Esse autocuidado deve fundamentar-se na informação, na educação, no planejamento e monitoramento do plano de ação, incitando a família e o usuário a produzir conhecimento e habilidades que vão refletir na mudança de comportamento e na utilização de recursos e suportes adequados a melhoria das condições de saúde (MENDES, 2015).

É notório que os micro e macroprocessos tendem a buscar um equilíbrio entre a demanda e a oferta no espaço da Atenção Primária à Saúde através das ações e dos fatores modificáveis, da sinergia entre a atenção especializada e a Primária, entre o atendimento presencial ou a distância, entre os pares e o fortalecimento do autocuidado apoiado (MENDES, 2015).

Diante do Modelo de Construção Social da APS urge a necessidade de um apoio matricial em conjunto com os membros da Equipe Multidisciplinar, num emaranhado de verticalização e horizontalização hierárquica, instituído segundo Mendes (2015) como uma subordinação entre os pares associada a flexibilidade e a capacidade de adaptação a mudanças.

Esse modelo se vale de mecanismos formais e informais que estimulam seus componentes a visualizarem *a priori* as demandas ancoradas por um trabalho compartilhado e subsidiado por instrumentos como por exemplo, o prontuário eletrônico que fornece dados e acontecimentos que facilitam a comunicação entre os componentes da equipe multiprofissional e a continuidade do cuidado do usuário com a participação da coletividade.

Contudo o apoio matricial e a equipe de referência de acordo com Campos e Domitti (2007) funcionam como amparo especializados aos profissionais e equipes que estão voltados a atenção a problemas de saúde, e contribui para a produção de protocolos, mecanismos de referências e contra referência e centros de regulação, sendo o suporte de assistência tecnopedagógica as equipes, como por exemplo o TELESSAÚDE e as propostas trazidas pelo Projeto de expansão Saúde em Rede.

Nesse cenário de critérios e diretrizes construídas e compartilhadas define-se responsabilidades entre os integrantes da Equipe Multi e de Apoio Matricial, e, embora com diversos obstáculos há entre eles a dialógica e a integração, transformando-se num espaço coletivo integrado por diferentes atores e papéis, voltados a discussão de “casos clínicos, sanitários ou de gestão, e que participa da vida da organização” (CAMPOS e DOMITTI, 2007, p. 401).

Esse apoio vem de encontro a Política do HumanizaSUS, que engloba diferentes níveis de atenção e gestão, fortalecendo a relação entre a produção de saúde e a gestão dos processos, nos campos da clínica e política, saúde e subjetividade, culminando em inovações das práticas

gerenciais e de produção de saúde quer seja na equipe ou na coletividade (CAMPOS e DOMITTI, 2007, p. 401).

Discute-se a praticidade do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e a importância do apoio matricial nesse estudo de caso, numa abordagem diferenciada, sendo possível perceber o que não é comum, e não é igual, estabelecendo diferentes formas de comunicação na rede assistencial.

É importante que a rede conheça através do estabelecimento de vínculo e da continuidade do cuidado a condição de cada usuário que utiliza os serviços, cabendo a equipe uma intercomunicação para planejamento, troca de informações, orientações e planejamento das ações e serviços que vão de encontro as necessidades do usuário levando em consideração a capacidade de resolutividade do serviço.

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) também veio com a proposta de Apoio Matricial, para possibilitar o compartilhamento de saberes entre os membros da equipe da Atenção Básica e interagir nas ações de mudança no estilo de vida do usuário, produzindo o efeito esperado, afinal, a atenção individual deve ocorrer, sem, contudo, ser a atividade principal do profissional. É preciso haver um aprendizado coletivo que valoriza o sujeito e suas demandas, e que defina propostas e ações integradas a equipe e que atenda as demandas do sujeito.

É na busca pela transversalidade como princípio, que as ferramentas e dispositivos culminam no estabelecimento de corresponsabilização entre usuários, consolidação das redes e fortalecimento de vínculos, mesmo com diversas situações que corroboram para o desmonte do Sistema Único de Saúde.

É preciso valorar os diferentes sujeitos, sua autonomia, protagonismo e participação coletiva nas práticas de saúde, fortalecendo a rede e permitindo novos arranjos e pactos entre gestores, trabalhadores e usuários para que o SUS ganhe forças e resista aos percalços políticos, culturais e sociais.

Assim no bojo da política do HumanizaSUS no cenário das possibilidades e experiências concretas na atenção e na gestão a saúde, a clínica compartilhada, com construção de práticas mais dialogáveis, autônomas e crítica, vem sendo substituídas pelo medo e pela instrução, tornando os sujeitos parceiros de luta pela saúde e potencializando as ações coletivas e individuais tornando os processos de trabalhos mais reais e ideais (BRASIL, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Integral à Saúde da Família em seus diversos contextos especialmente enquanto disciplina, vem subsidiar a práxis e inserir o acadêmico/profissional no espaço de reflexão/ação e ação/reflexão, estimulando a compreensão e a influência da territorialização, das culturas, dos determinantes sociais e de outros fatores que influenciam positiva e/ou negativamente os modos de viver e de adoecer de uma comunidade.

Em outro ponto faz referência a compreensão do SUS enquanto política pública de saúde e a busca pela garantia dos direitos constitucionais num país com grandes diferenças regionais e continental, e constituído de pessoas privadas de seus direitos pela fragilidade e acesso da busca ou ausência de informações, tendo como exemplo, a carta de direito dos usuários do SUS.

Com o avanço das informações e a introdução de novas tecnologias na APS, estudiosos como Eugênio Vilaça Mendes, demonstrou que ela é a porta de entrada para as ações e serviços de saúde, além disso, como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, fortalecida por seus atributos novos vieses se despontam em relação a autonomia e ao cuidado, seja no aspecto individual, coletivo ou familiar, desmitificando o modelo hospitalocêntrico.

É preciso pactuar ações, engajar a comunidade, profissionais e intervir em processos de trabalho, repensar as práticas e serviços de saúde junto à população; já não é possível agir de forma tecnocrata e isolada, porque são esses atores que convivem e apontam as reais necessidades e problemas que os afligem, e, muitas vezes conseguem propor alternativas intersetoriais capazes de minimizar tais interferências.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é outro mecanismo para que integra pontos de atenção e o usuário, facilitando seu acesso e resolvendo suas demandas, e, junto a ela, os Projetos Terapêutico Singular (PTS) buscam o reavivamento e o compartilhamento do cuidado pela Equipe Multiprofissional (EM), propondo soluções para os problemas elencados no atendimento do usuário, da família e da coletividade.

Contudo, os profissionais que estão inseridos no SUS devem estar atentos as mudanças dessa política, bem como demonstrar conhecimento e interesse na sua proposta, afinal, não podemos desconstruir esse sistema, nem o tornar frágil, pois, foram décadas de anseios e lutas para que os direitos constitucionais explicitados no Artigo 196 da Constituição Federal (CF) 88 fossem garantidos.

REFERÊNCIAS

- BATISTA, V. C. L. et al. **Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde segundo os profissionais de Saúde da Família.** SANARE, Sobral, v. 15, n. 02, p. 87- 93, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. p. 01-08.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica 2017.** Portaria N° 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **HumanizaSUS: clínica ampliada e compartilhada.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.
- COSTA, A. M. **Integralidade na atenção** e no cuidado a saúde. **Saude soc.** 13 (3) Dez 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300002>>. Acesso em: jun 2022.
- JACQUES, C. O.; LEAL, G. M. **Determinantes Sociais e Território em sua Inter-relação com as Famílias e os Processos de Saúde-Doença.** Revista Sociais & Humanas, v. 30, n. 1, p. 75-89, 2017.
- MAGALHÃES JUNIOR, H. M. **Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade.** Divulgação em Saúde para Debate. Cebes. Rio de Janeiro, 52, p. 15-37, out 2014.
- MATTOS, R. A. **Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** p. 43-61. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde.** Rio de Janeiro, RJ: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 184p.
- MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015. p. 80-89; p. 106-107. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATENPRIMSAUDE.pdf>>. Acesso em: fev. 2022.
- MENEGHETTI, Francis Kanashiro. Documentos e Debates: O que é um Ensaio-Teórico? **RAC**, Curitiba, v. 15, n. 2, pp. 320-332, Mar./Abr. 2011. Disponível em <http://www.anpad.org.br/rac>
- NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L.; et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 365-391.