

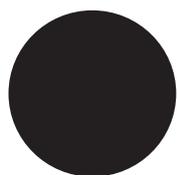
**Saúde
Pública**
Carioca



**CADERNO DO
FACILITADOR**

**CURSO
INTRODUTÓRIO EM
SAÚDE
DA FAMÍLIA**





**Saúde
Pública**
Carioca

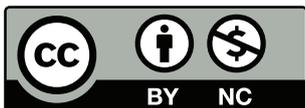


**CADERNO DO
FACILITADOR**

**CURSO
INTRODUTÓRIO EM
SAÚDE
DA FAMÍLIA**

2.ª Edição
Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Rio de Janeiro/RJ
2022



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons — Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.

© 2022 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro / Secretaria Municipal de Saúde (SMS-Rio)
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV)
Superintendência de Integração de Áreas de Planejamento (SIAP)
Rua Afonso Cavalcanti, 455, 8.º andar — Cidade Nova — Rio de Janeiro/RJ — CEP: 20211-110
<http://saude.prefeitura.rio/>

Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Eduardo Paes

Secretário Municipal de Saúde

Daniel Soranz

Subsecretário Executivo

Rodrigo Prado

Subsecretária de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde

Ana Luiza F. R. Caldas

Superintendente de Atenção Primária à Saúde

Renato Cony Seródio

Superintendente de Integração de Áreas de Planejamento

Larissa Cristina Terrezo Machado

Superintendente de Promoção da Saúde

Denise Jardim de Almeida

Superintendente de Vigilância em Saúde

Márcio Garcia

Coordenação e Revisão

Danielle Vieira Brandão

Juliana Manhães Maia

Larissa Cristina Terrezo Machado

Maria Cassiana Dias da Silva

Patricia Dias Mondarto

Wallace Peyroton do Couto

Equipe Técnica de Apoio e Elaboração

Aline Gonçalves Pereira

Ana Carolina Barbosa

Anna Paulla Guimarães

Christiane Maria da Silva Langame

Danielle Vieira Brandão

Djair Neves Jorge

Eliane Antônio Monteiro Almeida

Flávio Dias da Silva

Juliana Jeniffer da Silva Araújo Cunha

Juliana Manhães Maia

Livia Cardoso Gomes Rosa

Lucélia Santos Silva

Luiz Sérgio Zanini

Maria Cassiana Dias da Silva

Michael Schmidt Duncan

Patricia Dias Mondarto

Wallace Peyroton do Couto

Colaboração

Helder Rafael de Souza Rio

Assessoria de Comunicação Social da SMS-Rio

Paula Fiorito

Cláudia Ferrari

Clarissa Mello

Patricia Avolio

Capa

Paula Xavier

Projeto gráfico

Paula Xavier

Diagramação

Sandra Araujo

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Curso introdutório em saúde da família : caderno do facilitador / Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. -- 2. ed. -- Rio de Janeiro : Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2022. -- (Série F. comunicação e educação em saúde)

Vários colaboradores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-86417-30-2

1. Formação profissional 2. Política pública 3. Programa Saúde da Família (Brasil) 4. Saúde — Estudo e ensino 5. Saúde pública — Brasil I. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. II. Série.

23-157528

CDD-614.0981

Índices para catálogo sistemático:

1. Brasil : Saúde pública 614.0981

Eliane de Freitas Leite — Bibliotecária — CRB 8/8415

APRESENTAÇÃO

CARO FACILITADOR,

O Curso Introdutório em Saúde da Família é uma das estratégias prioritárias de formação de profissionais da rede de Atenção Primária do município do Rio de Janeiro. Sua atualização, na presente edição, se propõe a problematizar o cotidiano do trabalho dos profissionais à luz dos atributos da Atenção Primária à Saúde, de maneira dinâmica e participativa.

Devemos considerar que esta nova edição do curso surge em um tempo de uma rede mais madura, com mais de uma década desde o início da reforma em 2009, e que está em um caminho de reestruturação após um longo período de dedicação ao enfrentamento da pandemia da covid-19. Ainda assim, permanecem os desafios, alguns velhos conhecidos, outros mais novos.

Este manual tem como objetivo orientar a realização do Curso Introdutório em Saúde da Família em sua Área de Planejamento. Nele, iremos fornecer o passo a passo das atividades, além de apoiar o desenvolvimento das habilidades necessárias para a apresentação de cada sessão.

Pensando em estratégias que viabilizem o aprendizado dos profissionais que atuam no SUS, o Ministério da Saúde instituiu, em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que tem como ambição tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, a partir dos problemas enfrentados na realidade dos serviços. Espera-se, então, que sejamos capazes de promover a reflexão coletiva sobre o trabalho e oferecer instrumentos para sua transformação.

A Educação Permanente, além da sua dimensão pedagógica, deve ser notada, também, como uma importante ferramenta de gestão, como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”, buscando como desfecho final efeitos positivos concretos na assistência aos usuários. A formação desses profissionais dentro de seus ambientes de trabalho, voltada para as necessidades de saúde da população em conjunto com as necessidades de aprendizado do indivíduo, é fundamental para uma Atenção Primária à Saúde de qualidade.

Deste modo, esperamos que o curso introdutório transforme as práticas dos profissionais, e que os facilitadores sejam potentes engajadores para a construção da Trilha de Aprendizagem. Que este manual contribua para a melhor execução dos cursos, favorecendo a formação continuada dos profissionais da rede de Atenção Primária e refletindo na qualidade da assistência prestada à população.

Sigamos em frente, por uma Atenção Primária à Saúde de qualidade para todos os cariocas.

Larissa Terrezo
Superintendente de integração de Áreas de Planejamento

SIGLAS

- AP** ➔ Área de Planejamento
- APS** ➔ Atenção Primária à Saúde
- AVC** ➔ Acidente Vascular Cerebral
- CAP** ➔ Coordenadoria Geral de Atenção Primária
- EPS** ➔ Educação Permanente em Saúde
- ESF** ➔ Estratégia Saúde da Família
- MCCP** ➔ Método Clínico Centrado na Pessoa
- NASF** ➔ Núcleos Ampliados de Saúde da Família
- PNAB** ➔ Política Nacional de Atenção Básica
- PREFAPS** ➔ Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária a Saúde
- RAS** ➔ Redes de Atenção à Saúde
- SIAP** ➔ Superintendência de Integração de Áreas de Planejamento
- SINAN** ➔ Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SUBPAV** ➔ Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
- SUDS** ➔ Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
- SUS** ➔ Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	3
SIGLAS	4
ENTENDENDO O CURSO INTRODUTÓRIO	6
O Curso Introdutório no Rio de Janeiro.....	6
ENTENDENDO O PROCESSO PEDAGÓGICO	6
Trilha de Aprendizagem.....	7
O avatar: Cris	8
O Papel do Facilitador.....	8
PRIMEIRO DIA.....	9
Conhecendo o conteúdo.....	9
Glossário de siglas.....	10
Objetivos do primeiro dia	10
Programação proposta	10
SEGUNDO DIA	17
Objetivos do segundo dia	17
Programação proposta	17
TERCEIRO DIA	25
Objetivos do terceiro dia	25
Programação proposta	26
QUARTO DIA.....	35
Objetivos do quarto dia	35
Programação proposta	35
QUINTO DIA	40
Objetivos do quinto dia	40
Programação proposta	41
MATERIAIS E EQUIPAMENTOS PARA A REALIZAÇÃO DO CURSO	45
REFERÊNCIAS.....	46
ANEXO I – CASO FAMÍLIA SOUZA	48
ANEXO II – O GUARDIÃO E O MAGO	54

ENTENDENDO O CURSO INTRODUTÓRIO

O Curso Introdutório em Saúde da Família foi definido pela Portaria n.º 2.527, de 19 de outubro de 2006, que estabeleceu as diretrizes pedagógicas e conteúdos mínimos a serem aplicados em todo o território nacional. Além disso, traz algumas recomendações:

- O curso tem duração de 40 horas;
- O profissional deve realizá-lo assim que ingressar na Estratégia de Saúde da Família.

Leia a portaria na íntegra: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria2527_19_10_06.pdf

O CURSO INTRODUTÓRIO NO RIO DE JANEIRO

A estrutura curricular do curso introdutório passou por algumas mudanças ao longo dos anos. Em 2009, uma primeira versão de um curso foi produzida. Em 2015, a partir do trabalho conjunto entre apoiadores das 10 áreas de planejamento (AP) e de todas as superintendências da SUBPAV, foi realizada uma revisão, resultando na elaboração de um curso unificado e padronizado para todo o município, para o qual foi produzida a primeira versão do Caderno de Orientações ao Facilitador do Curso Introdutório em Saúde da Família. O conteúdo do curso foi revisitado em 2017 e, agora em 2022, apresentamos uma nova atualização das apresentações e do material orientador para facilitadores.

O que queremos com o Curso Introdutório em Saúde da Família?

- Garantir a compreensão e o reconhecimento dos profissionais acerca dos conceitos chave da Atenção Primária à Saúde (APS);
- Provocar mudanças e provocar a melhora das práticas profissionais;
- Promover a aplicação dos atributos da APS no cotidiano do trabalho dos profissionais.

ENTENDENDO O PROCESSO PEDAGÓGICO

Em todas as sessões, você irá perceber que temos alguma pergunta disparadora para um debate, uma situação problema, um caso condutor, uma dinâmica... Elas são uma forma de facilitar a participação ativa dos alunos nos debates e pretendem auxiliar na construção de um pensamento crítico sobre os temas.

Para entender mais sobre as metodologias ativas de ensino e a educação permanente, sugerimos a leitura do artigo “Educação Permanente em Saúde e Metodologias Ativas de Ensino: uma revisão sistemática integrativa”. Segue um trecho para entendimento do conceito:

“A Educação Permanente em Saúde (EPS) busca romper com o modelo tradicional de ensino ao propor a interação entre ensino, serviço e comunidade, afirmando a necessidade estratégica de aliar, de maneira transformadora, ações educativas aos processos de trabalho em saúde e de construir/fortalecer relações interprofissionais que impactem na realidade concreta dos territórios.”

SAIBA MAIS: Jacobovski, Renata, Ferro, LF. “Educação Permanente em Saúde e Metodologias Ativas de Ensino: uma revisão sistemática integrativa.” *Research, Society and Development*, v. 10, n. 3, e39910313391, 2021.

O curso foi formulado levando-se em conta o conceito de andragogia. O adulto aprende aquilo que “precisa”, o que tem sentido e significado para sua vida e para seu trabalho e, frequentemente, suas deficiências não estão no campo cognitivo, necessitando desenvolver habilidades além de modificar comportamentos e atitudes. Enquanto as crianças precisam de uma abordagem mais lúdica, por exemplo, os adultos precisam identificar a aplicabilidade das coisas. Isso é o que os motiva a fixar um conteúdo. Assim, precisam assimilar aquilo que aprendem com a sua rotina pessoal, profissional, política e assim por diante. Por esta razão, todas as aulas vão trazer cenários e situações do cotidiano. É de extrema importância que você conheça bem o conteúdo dos slides antes de iniciar a apresentação de cada dia.

TRILHA DE APRENDIZAGEM

Uma das novidades que trazemos nesta versão do curso introdutório é a Trilha de Aprendizagem. Por meio dela, os facilitadores irão planejar suas abordagens ao longo dos cinco dias, estimulando que os participantes escrevam os conceitos e temas relacionados à APS que já conhecem e as dúvidas sobre o cotidiano do trabalho que gostariam de esclarecer durante o curso. Todos usarão um *post-it* para anexar à trilha suas dúvidas e seus conhecimentos, e esta deve permanecer afixada na sala de aula durante os cinco dias do introdutório, de maneira que seja possível revisitar-la, caminhando na Trilha de Aprendizagem.

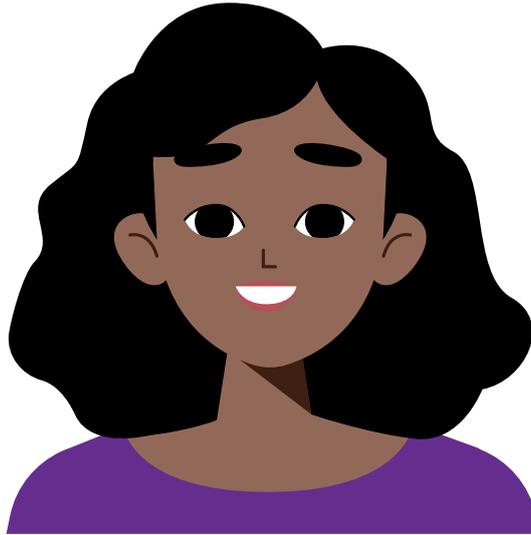


Para ser relevante, parte-se do princípio que o planejamento educativo se inicia dentro das unidades, levantadas pelos próprios profissionais, identificando-se as lacunas formativas e as necessidades assistenciais, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa). Ao estimular que cada aluno manifeste suas lacunas de aprendizado e que expresse seus conhecimentos prévios, fazemos com que eles saiam de uma posição de meros espectadores, passivos e não participativos.

No início de cada dia, o facilitador deve levar os alunos a “caminharem” pela Trilha de Aprendizado, levando suas dúvidas (“o que eu quero saber”) para a região de “chegada”, garantindo que serão sanadas ao final do curso.

O AVATAR: CRIS

Para auxiliar na condução das aulas e dos diálogos com os alunos, criamos um avatar chamado Cris. Por meio do avatar, pretende-se promover reflexões e provocar os participantes para a construção de seu aprendizado.



O PAPEL DO FACILITADOR

O facilitador é o mediador do processo de ensino-aprendizagem que respeita os saberes prévios dos alunos, incentiva a reflexão crítica sobre a prática e está aberto à aceitação do novo, favorecendo o desenvolvimento de competências. Cabe ao facilitador:

- Comprometer-se com a educação como forma de intervenção no mundo;
- Promover a curiosidade e a criticidade;
- Respeitar a autonomia do aluno;
- Mostrar responsabilidade, tolerância e bom senso;
- Integrar a palavra ao ato;
- Preservar ambiente estimulante e respeitoso;
- Ouvir e encorajar a participação de todos;
- Favorecer o desenvolvimento de capacidades;
- Verificar a compreensão de todos acerca do assunto em pauta;
- Estimular o desenvolvimento do pensamento crítico e estratégico.

PRIMEIRO DIA

O primeiro dia é fundamental para os profissionais se interessarem pelo curso, por isso, é importante apresentar um panorama de tudo que será discutido ao longo dos cinco dias.

Nossa programação começa com a apresentação dos participantes, a elaboração do crachá, a apresentação do curso e a construção do contrato de convivência. Neste dia, se for possível, seria muito interessante que o coordenador da área ou um representante participassem da abertura com uma fala breve.

Previamente à apresentação do conteúdo da aula (políticas públicas), vamos construir com os participantes a Trilha de Aprendizagem, com o objetivo mostrar o que cada um traz de conhecimento em relação aos atributos da atenção primária e o que gostaria de saber. Nesta fase não queremos julgar se os conceitos estão certos ou errados, mas apenas entender a “bagagem” de cada participante antes do curso começar.

Para iniciar a Trilha de Aprendizagem, todos devem preencher dois *post-its* respondendo à seguinte pergunta: O que eu sei e o que gostaria de saber sobre a Atenção Primária e seus atributos?

Ao começar cada dia, os participantes vão rever os conceitos que acreditavam saber e aqueles que gostariam de saber, para avaliar se o dia anterior contemplou o aprendizado. Se o participante aprendeu algo, pode avançar na trilha, caso ainda apresente dúvidas, permanece no ponto anterior.

Concluída a dinâmica da Trilha de Aprendizagem, daremos início aos temas do primeiro dia. Serão abordados os seguintes temas: “Políticas públicas de Saúde”, “Atenção primária” e “Redes de atenção à saúde”.

No início de todos os dias, os participantes terão uma visão geral dos temas de todo curso pelo slide “Conhecendo o conteúdo”.

CONHECENDO O CONTEÚDO



GLOSSÁRIO DE SIGLAS

Orientamos iniciar no primeiro dia a construção do glossário de siglas. O facilitador deve estimular a turma a escrever em um cartaz as siglas que o grupo não conhece ou tem dúvidas, deixando este documento disponível ao longo dos cinco dias.

OBJETIVOS DO PRIMEIRO DIA

- Apresentar e discutir a evolução das políticas de saúde no Brasil;
- Apresentar e discutir a criação do SUS e seus pontos mais relevantes;
- Apresentar e discutir conceitos importantes relacionados à Atenção Primária, evidenciando as vantagens da organização dos serviços de saúde com foco na APS;
- Apresentar e discutir conceitos relacionados às redes de atenção à saúde.

PROGRAMAÇÃO PROPOSTA

PRIMEIRO DIA		
HORÁRIO	ASSUNTO	ATIVIDADES
8h – 8h30	Abertura do curso	<ul style="list-style-type: none"> ■ Boas-vindas e apresentação dos participantes; ■ Apresentação da abertura com proposta pedagógica; ■ Trilha de Aprendizagem.
8h30 – 12h	Políticas Públicas de Saúde “O Sistema Único de Saúde”	<ul style="list-style-type: none"> ■ Apresentação do filme “Saúde tem Cura”; ■ Debate sobre o filme / chuva de ideias sobre o SUS; ■ Apresentação dialogada sobre o conceito de Saúde / determinação social do processo saúde doença; ■ Apresentação dialogada sobre Políticas Públicas de Saúde no Brasil.
12h – 13h	Almoço	
13h – 15h	Políticas Públicas de Saúde “A APS e as Redes de Atenção à Saúde”	<ul style="list-style-type: none"> ■ Apresentação dialogada sobre: <ul style="list-style-type: none"> ■ Conceito de APS / marcos conceituais; ■ APS no Brasil; ■ Atributos da APS; ■ Por que APS?; ■ Reforma da APS Carioca.
15h – 15h15	Intervalo	
15h15 – 17h	Políticas Públicas de Saúde “A APS e as Redes de Atenção à Saúde”	<ul style="list-style-type: none"> ■ Apresentação dialogada sobre Redes de Atenção à Saúde — Dinâmica: Mapeamento dos pontos de atenção da AP; ■ Apresentação dialogada sobre financiamento da APS.

POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE — MANHÃ

Apresentação do filme “Saúde tem Cura”.

O filme pode ser apresentado integralmente ou pausado a cada cena importante, para discussão a cada período do tempo. Essa decisão fica a critério do facilitador. É fundamental que os facilitadores assistam ao filme antes dos alunos e possam fazer as conexões entre cenas e conteúdos, para reflexão. Antes de iniciar o vídeo, o facilitador deve estimular o grupo a anotar o que mais chamou atenção, para ser discutido posteriormente.

No momento do debate é importante não deixar de falar sobre:

- Como era organizado o sistema de saúde antes do SUS — foco em epidemias, ações verticalizadas, saúde para quem podia contribuir com os institutos, foco na doença;
- Sistemas universais de saúde — qual é o significado disso?;
- A 8.ª Conferência Nacional de Saúde / Marco Constitucional de 1988 / Lei Orgânica da Saúde — n.º 8.080/1990 e n.º 8.142/1990.

PARA SABER MAIS SOBRE O SUS: O que é o SUS de Janílson Paim — disponível em <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>

Na sequência de apresentação e debate sobre o filme, sugerimos um intervalo. Logo após, discutiremos o conceito de saúde, sinalizando a evolução que ocorreu ao longo do tempo.

Para facilitar, preparamos um resumo de cada conceito:

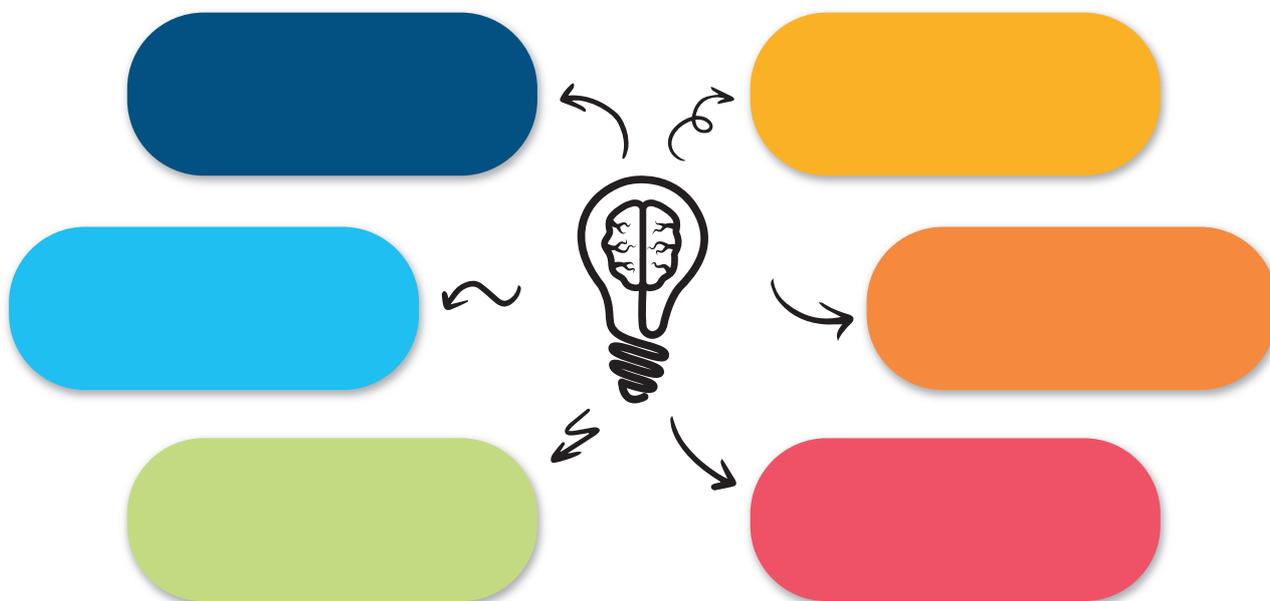
- **Saúde como ausência de doença:** conceito largamente difundido, ancorado no modelo biomédico — saúde é não estar doente;
- **Saúde e bem-estar:** conceito definido em 1948 após a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) — saúde foi enunciada como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social e, não apenas a ausência de doença ou enfermidade”;
- **Saúde como direito:** conceito ampliado de saúde — conceito fruto de intensa mobilização que se estabeleceu em diversos países da América Latina durante as décadas de 1970 e 1980, como resposta aos regimes autoritários e à crise dos sistemas públicos de saúde. “Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde”;
- **Modelo conceitual dos determinantes sociais em saúde:** conceito mais atual, considera que fatores sociais, incluindo educação, situação de emprego, nível de renda, gênero e etnia têm uma influência marcante sobre a saúde de uma pessoa. Em todos os países — sejam de baixa, média ou alta renda — existem grandes disparidades no estado de saúde dos diferentes grupos sociais. Quanto mais baixa a posição socioeconômica de um indivíduo, maior o risco de problemas de saúde.

PARA SABER MAIS SOBRE OS CONCEITOS DE SAÚDE: BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org.). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 51-86.

Para sintetizar o aprendizado do conteúdo, elaboramos mapas mentais que retratam um resumo do que foi aprendido até o momento. A utilização de mapas auxilia na memorização de conteúdos e análise crítica dos alunos.

Seguimos com a apresentação dialogada e nos slides 23 e 24 temos duas perguntas disparadoras sobre as competências da União, estados e municípios.

Você consegue identificar essas ações no seu cotidiano?



O objetivo desse momento é estimular o participante a perceber que muitas ações de cada uma das esferas estão presentes no dia a dia do seu trabalho.

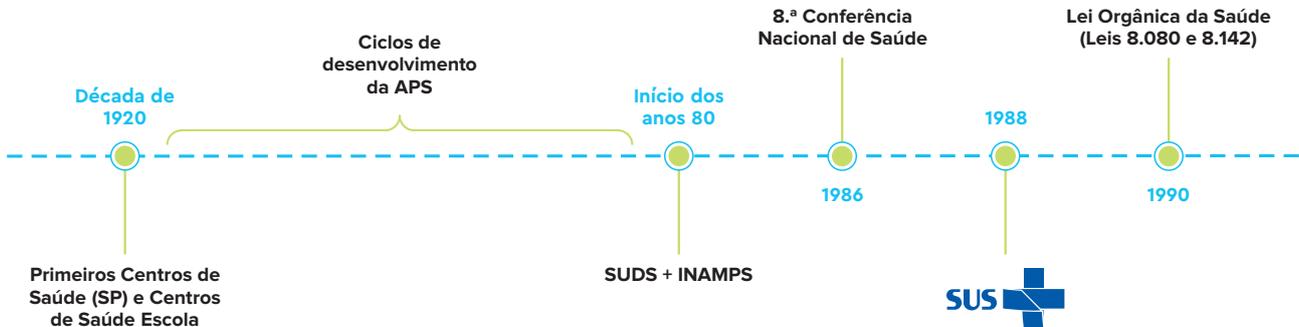
POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE: A APS E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) — TARDE

No turno da tarde discutiremos a Atenção Primária à Saúde (APS). Neste trecho da aula apresentaremos para a turma conceitos que ancoram o trabalho na APS até os dias atuais. Sugerimos a leitura prévia do texto de apoio indicado.

PARA SABER MAIS SOBRE AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS): O papel da atenção primária à saúde (APS) na operacionalização das redes de atenção à saúde — O conceito de APS — páginas 26-35 disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>.

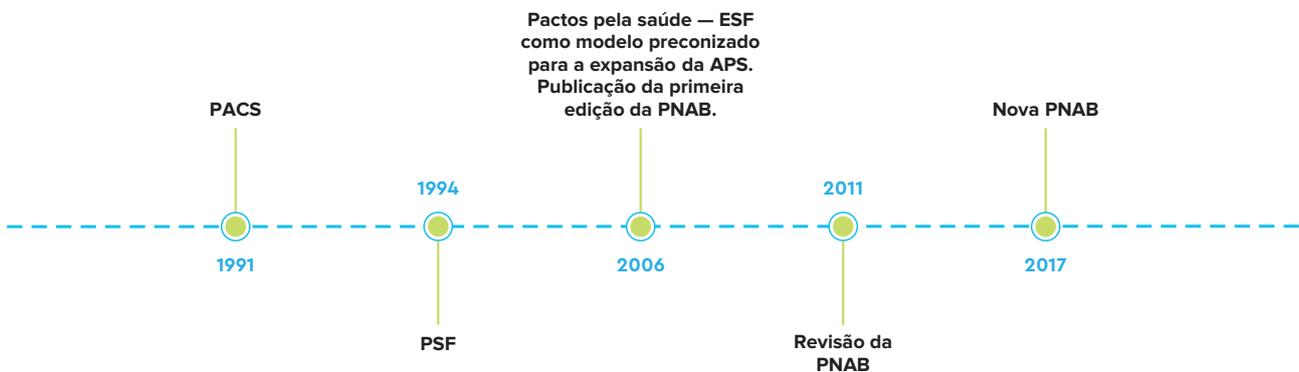
Vamos destacar alguns pontos fundamentais da apresentação.

A linha do tempo a seguir demonstra todo o desenvolvimento da APS no Brasil que, como vimos, tem início antes do SUS, pois é influenciado por um movimento mundial. O que queremos com esta figura é indicar que em 1920, quando surge o relatório Dawson, ao mesmo tempo, são criados no Brasil os primeiros centros de saúde escola em São Paulo. A consolidação da APS como ordenadora do sistema vai se desenhando ao longo de todos estes marcos e se consolida efetivamente com a primeira PNAB, escrita em 2006.



Observação: O SUDS (Sistema Unificado Descentralizado de Saúde — 1987) surgiu sob a forma de convênio do INAMPS com as SES, antecessor do SUS.

Na sequência da apresentação, todos os marcos são descritos em mais detalhes. A leitura prévia da PNAB é fundamental.



A partir do slide 42 daremos início a uma parte muito importante da apresentação, que será a base para os demais dias do curso introdutório: o debate sobre os atributos da APS.

É muito importante lembrar os participantes que:

- Só haverá uma APS de qualidade quando os seus sete atributos estiverem sendo operacionalizados em sua totalidade;
- A presença dos sete atributos da APS é importante para a garantia dos resultados e da qualidade da atenção;
- Ao longo dos dias do curso, aprofundaremos os conceitos e as especificidades de cada atributo.

Para familiarizar o grupo com estes conceitos preparamos uma dinâmica: “Conhecendo e refletindo sobre os atributos da APS” — na sequência explicamos como ela deve ser realizada e o seu objetivo.

PARA SABER MAIS SOBRE APS E SEUS ATRIBUTOS:

- “Atenção Primária à saúde”, disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2021/04/cap16-APS-Giovanella-Mendonca.pdf>;
- Sarsfield B. “Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia”. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002 — disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>;
- Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- Dinâmica: “Conhecendo e refletindo sobre os atributos da APS” (tempo: 15 min).
- Criar um painel com os sete atributos da APS em cartolina ou quadro branco.
- O facilitador distribuirá aos participantes frases com exemplos relacionados aos atributos da APS (as mesmas que estão descritas a seguir em “Respostas para a dinâmica”).
- Cada participante se dirigirá ao painel para colar a frase no local que acredita estar relacionado.
- Em seguida, o facilitador junto aos demais participantes discutem se aquelas informações fazem sentido e se correspondem àquele atributo.
- O objetivo da dinâmica é a realização de uma reflexão sobre os atributos no cotidiano da APS.

Frases para a dinâmica

Exemplos de Acesso

- Localização estratégica no território;
- Acessibilidade;
- Visita domiciliar;
- Acolhimento, escuta qualificada no dia com agendamento em tempo, conforme indicação;
- Agendamento de consultas;
- Horários disponíveis para atendimentos estratégicos (puericultura, pré-natal, tuberculose);
- Disponibilização de agendamento de consultas por telefone;
- Disponibilização de chat para conversas rápidas e trocas de mensagens entre os profissionais da mesma equipe.

Exemplos de Longitudinalidade

- Prontuários preenchidos com todas as informações necessárias;
- Lista de problemas e lista de medicamentos em uso;
- Reagendamento de consultas médicas, de enfermagem e odontológicas;
- Busca ativa de faltosos.

Exemplo de Integralidade

- Infraestrutura adequada: presença de consultórios para os profissionais, sala para pequenos procedimentos, abastecimento de insumos;
- Disponibilização de serviços: lista dos serviços prestados pela unidade de saúde em local de fácil acesso aos usuários;
- Não fragmentação do cuidado, discussão rotineira e multidisciplinar do processo de trabalho em equipe e da gestão dos casos;
- Capacitação profissional.

Exemplo de Coordenação do Cuidado

- Rede integrada de serviços: fluxo de encaminhamentos / acompanhamento compartilhado;
- Consórcios entre os municípios;
- Preenchimento adequado das referências e contrarreferências: importante para quem recebe o usuário e para quem solicitou o atendimento.

Exemplo de Orientação Familiar

- Utilização de ferramentas de abordagem familiar: genograma, ecomapa;
- Visitas Domiciliares e consultas com a família.
- Exemplo de Orientação Comunitária:
- Realização de diagnóstico de comunidade e demanda;
- Territorialização identificação de microáreas de risco;
- Grupos terapêuticos;
- Conselho local de saúde.

Exemplo de Competência Cultural

- Reconhecimento das diferenças entre os grupos populacionais, compreendendo suas representações no processo de adoecimento;
- Uso de linguagem acessível à população, sem tecnicidades excessivas, respeito às expressões locais, mitos e culturas;
- Conselho gestor com participação de representantes da comunidade.

Ao realizar dinâmicas é fundamental monitorar o tempo. No geral, as pessoas acabam se dispersando, sendo fundamental que o facilitador convoque a turma para o retorno às atividades da aula.

Após a dinâmica sobre os atributos serão apresentadas algumas justificativas para a escolha da APS como porta de entrada preferencial e ordenadora do sistema, considerando alguns resultados em saúde.

Tudo isso é importante, para que o grupo compreenda que decisões em saúde não surgem ao acaso e que são baseadas em outras experiências exitosas.

POR QUE APS?

Investimento em APS gera, comprovadamente, entre outros resultados:

- Redução da mortalidade infantil;
- Redução na mortalidade por AVC;
- Redução da internação por causas sensíveis à APS (ICSAP).

Demonstramos a diferença entre países que investiram na APS e os que não investiram por meio de um gráfico disponível na apresentação (ver slides do primeiro dia).

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

A partir do slide 58 tem início a apresentação sobre as Redes de Atenção à Saúde. Para que os participantes possam compreender o conceito de RAS, vamos resgatar, por meio de um mapa mental, alguns assuntos abordados ao longo do primeiro dia. Nesse momento, é importante responder às dúvidas que ainda possam existir.

Ao falar de RAS você precisará fortalecer a ideia de “comunicação” entre os níveis de atenção de forma horizontal, rompendo com o conceito de hierarquia entre os níveis presentes nos sistemas fragmentados. Para facilitar a condução deste tema, sugerimos o vídeo do professor Eugênio Villaça Mendes, principal autor do assunto, disponível em <https://vimeo.com/345702079/254c196df6>.

Outro ponto de destaque abordado nesta aula é a diferença entre os termos “densidade tecnológica” e “complexidade”.

A aula de RAS encerra com a apresentação da RAS da cidade do Rio de Janeiro e, posteriormente, da Área de Planejamento em que o curso está acontecendo.

FINANCIAMENTO DA APS

No slide 74 apresentamos uma nova pergunta disparadora:

- **“Vocês sabem como é o financiamento do SUS na APS?”**: Provavelmente muitos participantes não terão a resposta para este questionamento e, por isso, acreditamos ser muito importante trazer este tema, mesmo que de forma superficial para este primeiro dia. Quando apresentamos financiamento em uma turma de introdutório, nosso principal objetivo é implicar os participantes no seu processo de trabalho. É fundamental que todos entendam que o que fazemos cada dia gera resultados, e que estes contabilizados vão gerar recursos, para o município que trabalhamos continuar investindo na APS. Outro objetivo da pergunta é desmitificar a questão dos indicadores, mostrando que estes não são cobranças isoladas e estanques do processo de trabalho.

No slide 79 seguimos com uma pergunta relacionada ao financiamento, reforçando a ideia anterior:

- **“Como você identifica sua participação no financiamento da APS a partir do seu fluxo de trabalho?”**: Este debate deve ser realizado de forma dinâmica: primeiro sugere-se uma discussão em dupla e o resultado dessa discussão será discutido com o grupo.

SEGUNDO DIA

O segundo dia iniciará com a reavaliação da Trilha de Aprendizagem. Para auxiliar a memória dos participantes, os objetivos do primeiro dia serão resgatados com a pergunta:

- **“Os objetivos de aprendizagem foram alcançados?”:** Todos devem lembrar o que escreveram no dia anterior sobre o que gostariam de aprender, e avaliar se conseguem ou não “caminhar” com o *post-it* na trilha. Caso o participante não tenha aprendido o que gostaria, o *post-it* deve permanecer na parte da trilha “O que eu gostaria de aprender”. Caso alguém tenha um novo assunto que não tenha sido colocado na trilha no dia anterior, também pode fazer isso nesse momento.

Nesse segundo dia abordaremos o trabalho na APS, território e acesso.

OBJETIVOS DO SEGUNDO DIA

- Conhecer e discutir os elementos que compõem o processo de trabalho na APS, dando ênfase ao processo de territorialização, trabalho em equipe, reunião de equipe e visita domiciliar;
- Compreender as definições de território e o processo de territorialização;
- Discutir e assimilar o significado do atributo Acesso e todos os elementos que estão relacionados a este conceito.

PROGRAMAÇÃO PROPOSTA

SEGUNDO DIA		
HORÁRIO	ASSUNTO	ATIVIDADES
8h – 8h15	Abertura	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revisitando a Trilha de Aprendizagem.
8h15 – 9h50	Processo de Trabalho na APS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dinâmica de aquecimento: <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Telefone sem fio” corporal. ■ Apresentação dialogada sobre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elementos do processo de trabalho na APS; ▪ Território; ▪ Territorialização; ▪ Diagnóstico Situacional. ■ Dinâmica “Mão na massa: construindo o processo de territorialização do “Caso Família Souza”.
9h50 – 10h	Intervalo	
10h – 12h	Processo de Trabalho na APS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Apresentação dialogada sobre visita domiciliar; ■ Dinâmica do barbante — aquecimento para o tema; ■ Apresentação dialogada sobre trabalho em equipe: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dinâmica “Planejando uma reunião de equipe”; ▪ Educação permanente.

SEGUNDO DIA		
HORÁRIO	ASSUNTO	ATIVIDADES
12h – 13h		Almoço
13h – 14h	Processo de Trabalho na APS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dinâmica “Conhecendo as atribuições”; ■ Apresentação dialogada sobre atribuições dos profissionais que atuam na APS.
14h – 14h45	Acesso	<ul style="list-style-type: none"> ■ Apresentação dialogada sobre Acesso.
14h45 – 15h		Intervalo
15h – 17h	Acesso	<ul style="list-style-type: none"> ■ Continuação — apresentação dialogada sobre Acesso: <ul style="list-style-type: none"> ■ Dinâmica da manchete.

O TRABALHO NA APS — MANHÃ

Para promover um momento de maior descontração e interação entre os participantes, vamos começar este dia com a dinâmica “telefone sem fio” corporal.

Os participantes devem permanecer em fila. O primeiro participante da fila (vamos chamar de participante A), começando da direita para esquerda, toca o ombro do participante da frente (participante B), e este ira para trás. Logo na sequência, o participante A faz um gesto. O participante B deve prestar muita atenção, pois irá reproduzir o mesmo gesto para o participante C, seguindo a mesma sequência realizada pelo participante A: tocar no ombro do participante da frente, quando este virar realizar um movimento que deve ser reproduzido para o participante seguinte. A dinâmica segue até que o último representante da fila, realize o movimento apresentado pelo seu colega. Ao final, todos avaliam o que foi perdido ao longo da reprodução dos movimentos.

O objetivo desta dinâmica é alertar sobre falhas na comunicação e como estas podem impactar na transmissão da mensagem final e no trabalho em equipe. Esta reflexão deve ser realizada em grupo por meio da pergunta disparadora: **“Vocês identificaram algum problema?”**.

Iniciaremos a apresentação sobre o processo de trabalho com mais uma pergunta disparadora: **“Para você o que é o trabalho na APS?”**. Nesta pergunta, convidamos os participantes a falarem livremente sobre como acreditam ser o trabalho na atenção primária. É o momento em que o facilitador deve estar atento aos possíveis equívocos ou concepções distorcidas que devem ser esclarecidas ao longo do curso.

Na sequência, respondendo ao que o grupo pensou coletivamente, apresentaremos uma lista que descreve todos os elementos do trabalho na APS, considerando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Seguindo, aprofundaremos o debate sobre território e o processo de territorialização. Pensar na perspectiva do território consiste em um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS). Todo cidadão é um indivíduo em um lugar. Por isso, produzir cuidado em saúde considerando a perspectiva do território e da determinação social amplia a compreensão dos processos que provocam iniquidades, por incluir as formas complexas pelas quais os marcadores sociais se sobrepõem e se reforçam mutuamente.

Esta reflexão será apresentada no início desta aula e, para apoiar o aprendizado, o facilitador pode incluir em sua fala alguns exemplos: na área X temos muitos jovens, muitos usuários de drogas e trabalho informal; na área Y temos muitos imigrantes, culturas variadas juntas, e assim por diante, demonstrando hábitos comuns em uma determinada região, atividades principais da localidade, considerando as especificidades da área de planejamento.

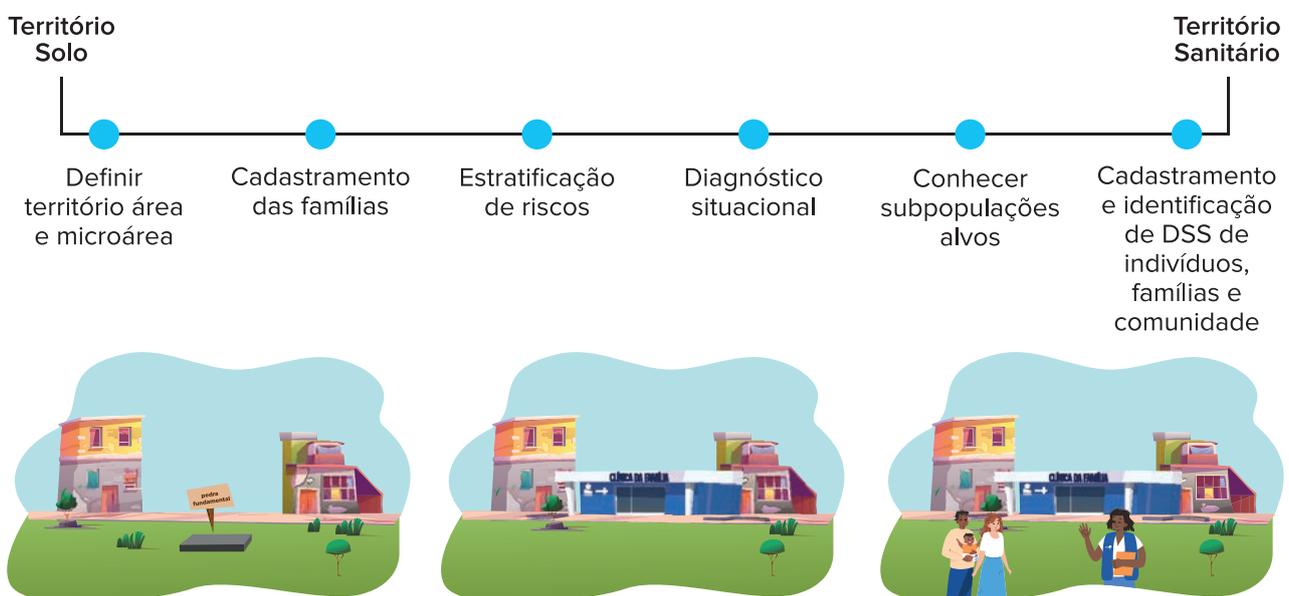
PARA SABER MAIS SOBRE TERRITÓRIO: Ler o texto 2 do Guia da Terceira Etapa do Planifica SUS, disponível em: https://planificasus.com.br/upload/guiatutoria_etapa3_aae_guia_workshop.pdf.

A apresentação segue com os diferentes conceitos de território, importantes para alcançarmos a ideia de territorialização.

A territorialização é fundamental para a obtenção e a análise de informações sobre as condições de vida e saúde de uma população. Por meio dela, é possível compreender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (econômico, social, cultural), produzindo-se dados mais fidedignos que reproduzam a realidade social.

A territorialização segue uma sequência de processos. Estes estão descritos nos slides em forma de texto e também na imagem a seguir.

TERRITORIALIZAÇÃO

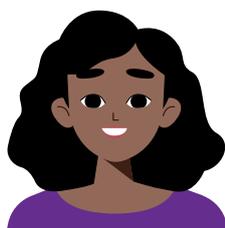


Atenção Primária + Território = maior nível de capilaridade dos serviços e ações de atenção à saúde

Conectando o último elemento da sequência do processo de territorialização: cadastramento e identificação de DSS de indivíduos, famílias e comunidade, apresentamos o slide 22, diferenciando os conceitos de risco e vulnerabilidade. Isso porque, dependendo das condições de determinado território, aquele grupo pode se tornar mais vulnerável e, assim, apresentar um maior risco em relação a uma determinada condição, por exemplo, mortalidade infantil em um território sem água filtrada.

Essa discussão tem como objetivo reforçar a necessidade que toda equipe de APS tem de construção do seu “Diagnóstico Situacional”.

Para fixação do conteúdo, convidamos os participantes para pôr a mão na massa e realizar uma atividade sobre territorialização. As instruções estão descritas mais abaixo. É a primeira vez que o grupo terá contato com o “Caso Família Souza” (Anexo I) e todos os seus personagens. O facilitador deve sinalizar que este caso estará presente ao longo de todo o curso.



MÃO NA MASSA!

Territorialização (30 minutos):

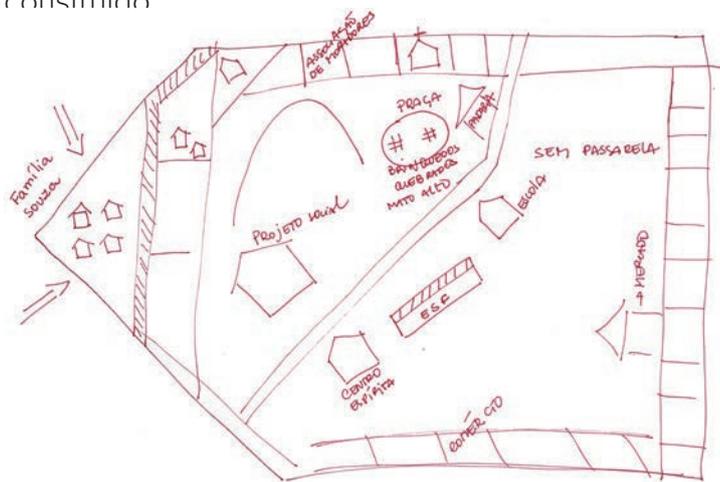
Após a leitura completa do “Caso Família Souza”, vamos iniciar o processo de territorialização, identificando características do território e dos membros que compõem o caso que você considera importante para o trabalho em saúde (considerar último local de moradia dos membros — terreno onde estão todas as casas).

Dividam-se em quatro grupos, cada grupo deve desenhar um mapa e identificar os pontos do território onde:

- Pessoas se encontram para bem-estar e lazer;
- Principais espaços de cuidado;
- Vulnerabilidades e potencialidades;
- Aspectos geográficos, entre outros.

Ao final, cada grupo deve apresentar seu mapa.

Cada grupo deve construir o mapa da maneira que desejar e apresentar para a plenária, identificando todos os pontos do território, como solicitado na atividade. Veja abaixo o exemplo de um mapa construído



A apresentação segue abordando conceitos sobre visita domiciliar. O primeiro tema trata dos diferentes domicílios que uma equipe de APS pode encontrar em seu território, e o significado que estes locais têm para seus moradores. Essa questão reforça nossa responsabilidade, demonstrando que alcançamos muitos lugares, até aqueles mais difíceis, possibilitando que a população tenha acesso à saúde. Nesse momento é importante frisar o quão significativo é entrar na casa de alguém, refletindo como se fosse a nossa casa: o que gostaríamos de mostrar, o que não seria bom que o visitante fizesse etc.

Trabalho em equipe é o tema abordado na sequência. Vamos realizar uma dinâmica de aquecimento: a dinâmica do barbante. Como realizar a dinâmica: pegar uma caneta e amarrar um barbante deixando quatro fios soltos. Cada participante deve segurar um desses fios e assim, juntos, todos vão comandar o movimento da caneta, para que o grupo escreva a palavra SUS. Ao final, cada grupo deve comentar como foi vivenciar essa experiência.

Quando aplicamos a dinâmica, o grupo usou estratégias que não estavam descritas para ajudar na realização da tarefa: celular para apoiar a folha, uma pessoa no comando, barbantes na mesma altura, importância de conhecimento do objetivo final da tarefa, tudo isso foi discutido e relacionado ao trabalho em equipe.

Na sequência, será realizada uma apresentação conceitual sobre trabalho em equipe, destacando a importância da participação de todos nesse processo, do conhecimento dos objetivos do trabalho e do reconhecimento de um projeto comum.

PARA SABER MAIS SOBRE TRABALHO EM EQUIPE:

- **Peduzzi et al. Trabalho em Equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional — Trab. educ. saúde 18 (suppl 1) 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9sNLHknn6hLBQvr/?lang=pt>.**
- **RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Carteira de serviços da atenção primária: abrangência do cuidado / Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde; [organização] Superintendência de Atenção Primária. 3. ed. rev. atual. e aum. Rio de Janeiro, RJ: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2021.**
- **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União — DOU, v. 183, n.**

Daremos continuidade ao tema discutindo reunião de equipe. Para descontrair apresentaremos um vídeo de comédia chamado “Reunião” (disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=snH39R2A700>).

Este vídeo é útil para lembrar os compromissos que devem ser seguidos ao realizar uma reunião: fidelidade ao horário agendado, ter responsáveis pela condução e formulação das pautas, compreender os objetivos da reunião.

Além dos slides que apresentam esses conceitos, preparamos uma dinâmica para fixar a importância do planejamento. Deixamos um artigo como referência, mas para a dinâmica só

é necessário a leitura da discussão e resultados. Neste artigo a autora descreve o passo a passo da reunião da sua equipe. É importante que os facilitadores estimulem os grupos a destacar tudo o que consideram importante para ser reproduzido no planejamento da reunião.

Finalizada a leitura, os grupos seguem realizando o planejamento da reunião de equipe com os elementos destacados a partir da leitura do texto de apoio. Ao final os grupos devem apresentar para plenária.

Esta dinâmica também pode ser realizada sem a leitura do artigo pelos participantes, utilizando apenas o conteúdo apresentado nos slides. Fica a critério do facilitador utilizar ou não, e a escolha vai depender da compreensão do grupo sobre a apresentação.

PARA SABER MAIS SOBRE REUNIÃO DE EQUIPE: VOLTOLINI, B. C. *et al.* Reuniões da Estratégia Saúde da Família: um dispositivo indispensável para o planejamento local. Texto & Contexto Enfermagem, v. 28, e20170477, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/MmncBRhFVvTvSBWdTBzXWs/?lang=pt>.

REUNIÃO DE EQUIPE



DINÂMICA (duração: 40 minutos):

Em grupos vamos planejar uma reunião de equipe baseada no conceito aprendido e nas experiências compartilhadas.

Uma pauta importante que pode ser discutida e realizada nas reuniões de equipe diz respeito à formação dos profissionais para o trabalho, traduzidas por meio do que chamamos de educação permanente. Já apresentamos este conceito no início do guia, mas os alunos do curso precisam terminar esta apresentação com a mesma clareza que o facilitador. Por isso, destacamos o tema nos slides 58 a 60, apontando a importância de formar para o trabalho, considerando a educação a partir das necessidades da equipe.

Educação permanente: processo de formação em saúde no cotidiano do serviço que tem como pressuposto educar “no” e “para o” trabalho. Se dá a partir do encontro criativo entre trabalhadores e usuários, e entre trabalhadores.

ATRIBUIÇÕES PROFISSIONAIS E ACESSO — TARDE

A tarde tem início com a apresentação das atribuições dos profissionais com base na PNAB e na carteira de serviços. Para movimentar a aula, vamos realizar a dinâmica das tarjetas. Segue o slide com a explicação da dinâmica.

DINÂMICA "CONHECENDO AS ATRIBUIÇÕES" (20 minutos)

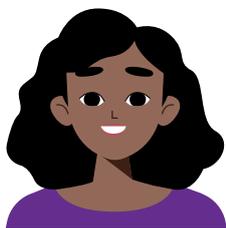
Cada pessoa pega duas ou três atribuições disponíveis, faz a leitura e fixa na categoria profissional que julga realizar.

Gerente
Atribuições ACS
Atribuições AVS
Atribuições Médico
Atribuições Enfermeiro
Atribuições Técnico de Enfermagem
Atribuições Dentista
Atribuições TSB/ASB

As tarjetas devem ser preparadas com antecedência, para que não ocorram atrasos. Cada participante deve receber, de forma aleatória, uma atribuição e, na sequência, colar na categoria profissional que acredita ser correspondente. Ao final, o facilitador deve ajustar as tarjetas nos locais corretos e finalizar demonstrando que existem atribuições individuais e comuns a toda equipe (todas elas descritas nos slides). A segunda parte da aula inicia com o debate sobre um dos atributos essenciais da APS: o acesso. Os principais conceitos abordados são: primeiro contato, demanda, oferta e organização. Para facilitar o aprendizado separamos os atributos, mas é sempre importante lembrar que todos caminham juntos.

Logo após a apresentação dos conceitos operacionais, será realizada mais uma dinâmica envolvendo o "Caso Família Souza". O objetivo desta dinâmica, além de discutir a organização do acesso, é promover nos participantes uma reflexão de como uma pessoa se sente quando tem o acesso a um serviço de saúde negado. O que buscamos dessa maneira, é que os profissionais tenham empatia com os usuários e suas queixas, e que reflitam sobre seu dia a dia na unidade.

DINÂMICA: HISTÓRIA DA PESSOA — "CASO FAMÍLIA SOUZA"



"Só reconheço o outro, quando reconheço o outro em mim mesmo."

Após realizar a leitura do "Caso Família Souza", vamos responder algumas perguntas. (duração: 10 minutos)

1. Como você avalia a experiência, se estivesse no lugar de Ana Maria?
2. Destaque no texto os pontos de dificuldade de acesso encontrados pela Ana Maria.
3. Num mundo ideal, com vocês na condição de pacientes, quais características vocês identificariam como indicativas de um acesso perfeito?

“Caso Família Souza” / Acesso — Perguntas

Após realizar a leitura do “Caso Família Souza”, vamos responder a algumas perguntas.

1. Como você avalia a experiência, se estivesse no lugar de Ana Maria?
2. Destacar no texto os pontos de dificuldade de acesso encontrados pela Ana Maria.
3. Em um mundo ideal, quais características vocês, como pacientes, identificariam como indicativas de um acesso perfeito?

Os participantes devem responder à pergunta de forma objetiva, e o facilitador faz a síntese e comentários das respostas

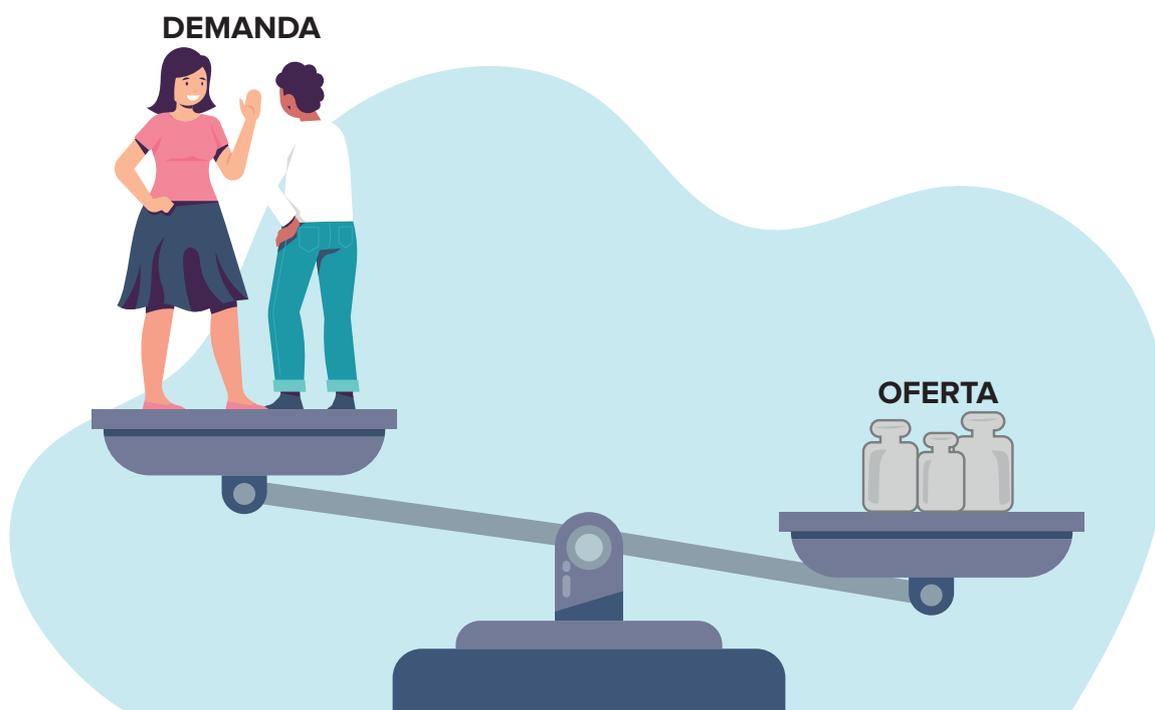
“Caso Família Souza” / Acesso — Respostas

Toda a organização do acesso deve ser orientada pelos atributos da APS, favorecendo o vínculo, a coordenação do cuidado e a longitudinalidade. O trabalho das equipes precisa ser conduzido de modo a garantir acesso aos usuários considerando suas demandas e seu contexto.

1. Julgada, desvalorizada, desprestigiada, não reconhecimento do serviço, criando uma repulsa.
2. Falta de acolhimento, falta de atendimento, falta de marcação de consulta e visita domiciliar, divergência no padrão de atendimento do mesmo serviço, falta de empatia...
3. Acolhido, ser ouvido, respeitado, empatia e sem julgamentos. Valorização, escuta ativa, ter respostas concretas e resolutividade.

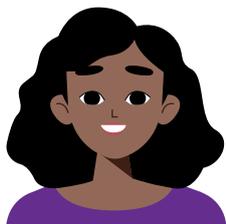
Destacamos algumas situações ilustradas nos slides da apresentação sobre acesso, que podem gerar dúvidas. A primeira delas é: o acesso é um cobertor curto, faz referência à dificuldade relacionada à organização do acesso: você cobre um lado e descobre outro, pela dificuldade no equilíbrio entre oferta e demanda, como ilustrado na imagem a seguir.

ORGANIZAR O ACESSO ENVOLVE EQUILIBRAR DEMANDA E OFERTA



Serão apresentadas várias situações que podem interferir e facilitar o acesso e como todos os profissionais têm responsabilidades neste processo. Para encerrar a apresentação, será realizada uma dinâmica que sintetiza os pontos mais importantes de forma lúdica e de fácil assimilação: dinâmica da Manchete de Jornal. Essa dinâmica pode ser realizada de forma individual, onde cada participante construirá a sua manchete com a notícia mais importante sobre acesso ou, em grupo, construindo todos juntos uma manchete. Fica a critério do facilitador.

DINÂMICA: HISTÓRIA DA PESSOA — “CASO FAMÍLIA SOUZA”



Vamos resumir esta aula de uma maneira diferente.



ATIVIDADE:

Manchete: Extra! Extra! Não fique de fora dessa!

A ideia aqui é construir, individualmente ou em grupo, uma manchete que expresse para você o aspecto mais importante relacionado aos temas trabalhados nessa aula.

PARA SABER MAIS SOBRE ACESSOS: PLANIFICASUS: Workshop 3 — Acesso à Rede de Atenção à Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. Textos 1, 2 e 3.

TERCEIRO DIA

O terceiro dia iniciará com a reavaliação da Trilha de Aprendizagem. O facilitador deve estimular os participantes a reverem o que escreveram e avaliarem se podem caminhar na trilha. Nesse terceiro dia discutiremos dois atributos: integralidade/abrangência do cuidado e longitudinalidade.

OBJETIVOS DO TERCEIRO DIA

- Apresentar e discutir o conceito de integralidade e abrangência do cuidado e como esse atributo acontece na prática;
- Apresentar a Carteira de Serviços da APS — SMS-Rio;
- Apresentar e compreender o atributo longitudinalidade do cuidado;
- Apresentar e discutir a importância do registro para o atributo longitudinalidade.

PROGRAMAÇÃO PROPOSTA

TERCEIRO DIA		
HORÁRIO	ASSUNTO	ATIVIDADES
8h – 8h15	Abertura	<ul style="list-style-type: none"> Revisitando a Trilha de Aprendizagem.
8h15 – 9h30	Integralidade	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação dialogada sobre o conceito de integralidade; Carteira de Serviços: <ul style="list-style-type: none"> Dinâmica das tarjetas e debate sobre a abrangência do cuidado e carteira de serviços.
9h30 – 10h30	Integralidade na Promoção de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação dialogada sobre Promoção da Saúde e Integralidade: <ul style="list-style-type: none"> Dinâmica: “Caso Família Souza”.
10h30 – 10h40	Intervalo	
10h40 – 12h	Integralidade	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação dialogada sobre a integralidade do cuidado e a abordagem multiprofissional: <ul style="list-style-type: none"> Dinâmica: “Caso Família Souza”. Encerramento da manhã: dinâmica “15% solutions”.
12h – 13h	Almoço	
13h – 14h	Longitudinalidade	<ul style="list-style-type: none"> Dinâmica de aquecimento: equilíbrio entre dois; Apresentação dialogada sobre longitudinalidade: <ul style="list-style-type: none"> Dinâmica: “Caso Família Souza”.
14h20 – 16h	Registro	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação dialogada sobre registro, prontuário eletrônico e fichas de cadastro; Dinâmica “Conhecendo as fichas de cadastro”.
16h – 17h	Acesso	<ul style="list-style-type: none"> Dúvidas e debate.

ABRANGÊNCIA DO CUIDADO, PROMOÇÃO DE SAÚDE, CUIDADO MULTIPROFISSIONAL — MANHÃ

A apresentação sobre a abrangência do cuidado tem início com o resgate do conceito de atenção integral, dando ênfase ao princípio de integralidade do SUS. Demos destaque, pois várias publicações sinalizam que o atributo integralidade, caso fosse traduzido de forma literal, teria o significado de abrangência do cuidado. É importante que os participantes compreendam que o termo integralidade (atributo) para a APS é sinônimo de abrangência. Se fossemos resumir os conceitos que precisam ser transmitidos nesta aula, esse trecho a seguir seria ideal.

“Integralidade/Abrangência do cuidado: leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde

doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros. A integralidade possui quatro dimensões: primazia das ações de promoção e prevenção, atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica, articulação das ações de promoção, proteção e prevenção, e abordagem integral do indivíduo e das famílias. Pressupõe, portanto, a existência de uma rede de serviços em distintos níveis de complexidade e de competências, em que a integração entre as ações nos diversos níveis deve satisfazer o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo.”

Fonte: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-de-trabalho-tecnico-do-laboratorio-de-inovacoes-sobre-experiencias-de-atencao-primaria-na-saude-suplementar-brasileira/critrios-de-avaliao-atributos-da-ateno-primria-sade-pdf>.

Deve ser destacado nesta apresentação que o atributo “abrangência do cuidado” permite reconhecer a variedade das necessidades relacionadas à saúde de uma pessoa/população e, assim, disponibilizar os recursos para abordar essas necessidades, organizados em uma carteira de serviços.

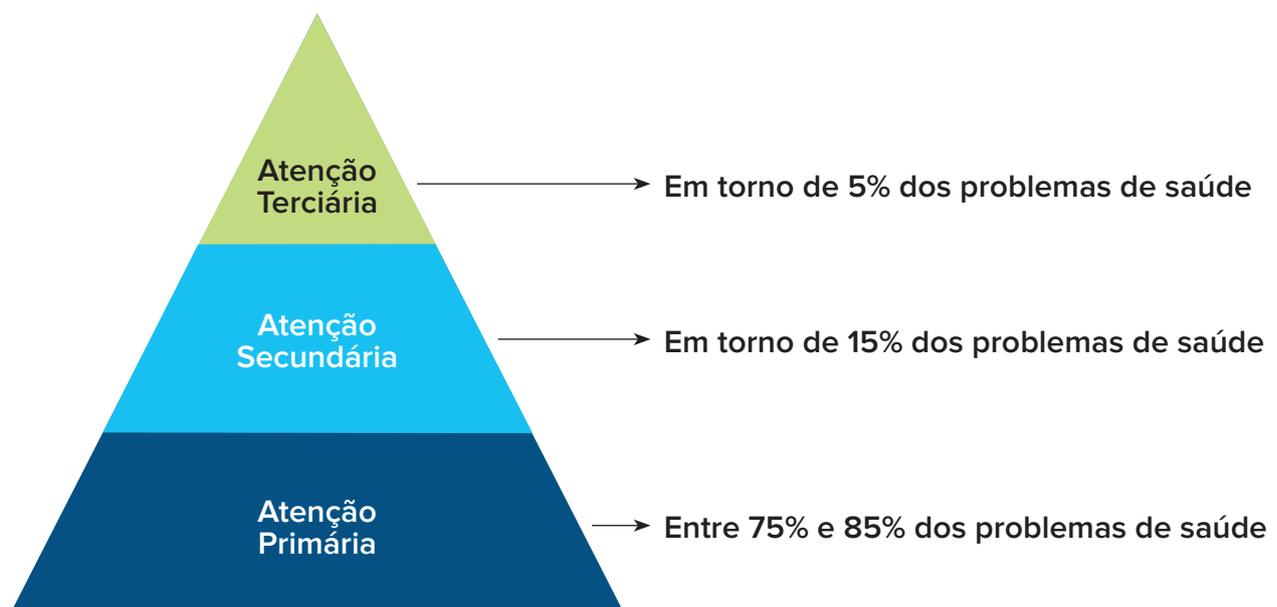
A apresentação da diferença entre uma APS restrita e uma APS abrangente prepara os participantes para o debate sobre a Carteira de Serviços. Após esta diferença ser comentada é importante que o grupo responda às perguntas disparadoras:

- Que APS fazemos?
- Que APS queremos?

Tal reflexão tem como objetivo proporcionar uma avaliação dos participantes das suas unidades e equipes, e como estas estão organizadas, estimulando, assim, uma mudança.

Destacamos algumas imagens que podem gerar dúvidas no momento da apresentação

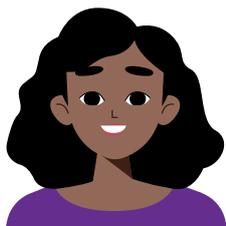
RESOLUTIVIDADE DA APS



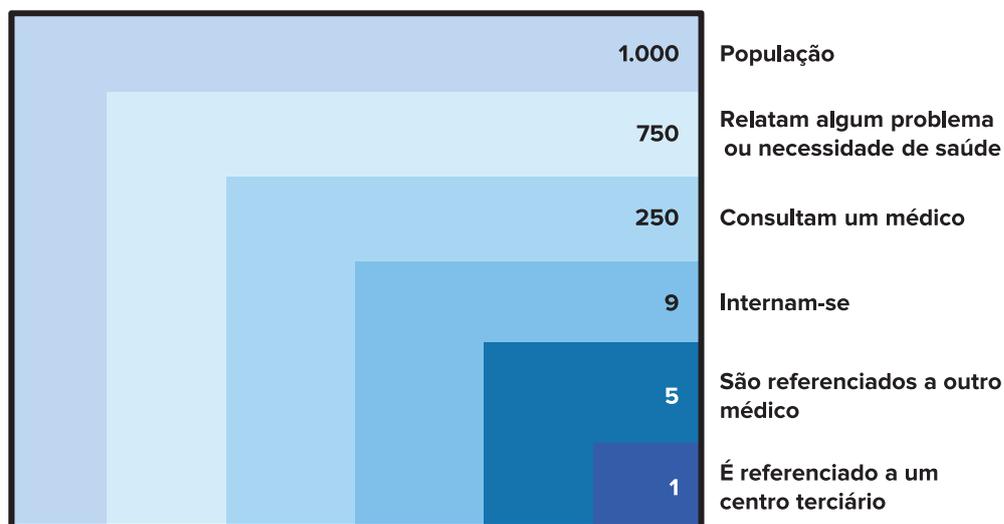
Fonte: <https://www.conass.org.br/atencao-primaria-e-capaz-de-resolver-85-das-demandas-de-saude/>

Apresentamos a pirâmide acima para fazer referência aos níveis de atenção e demonstrar que a maioria dos problemas de saúde/necessidades da população são resolvidos na APS, sendo a execução do atributo “abrangência” fundamental para isso.

Na sequência apresentamos o gráfico das necessidades. Este deve ser apresentado da seguinte forma: a cada 1.000 pessoas de uma população, 750 relatam algum problema de saúde, 250 consultam um médico, 9 se internam, 5 vão para outro médico e apenas 1 pessoa vai para um centro terciário. Essa situação exemplifica que é na APS que problemas de diferentes dimensões têm mais chances de serem ouvidos e acolhidos.



Onde esses problemas, de diferentes dimensões, têm mais chances de serem ouvidos e acolhidos?

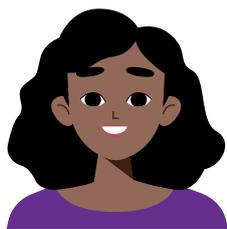


Fonte: STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. New York: Oxford University Press, 1992.

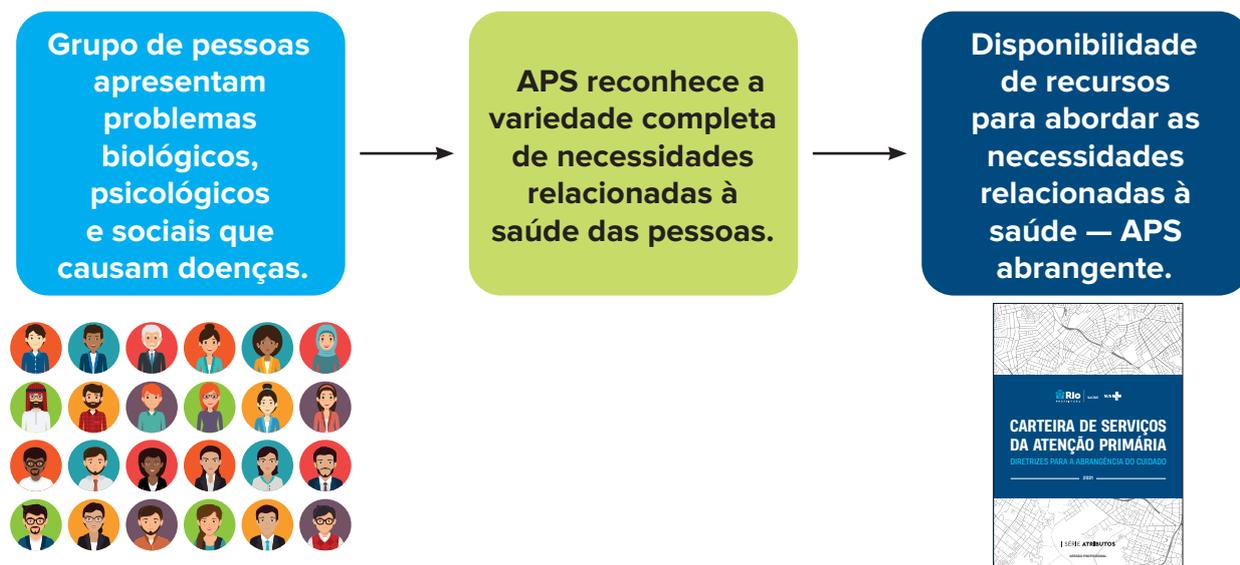
A apresentação sobre integralidade encerra com um resumo. Para apresentar esse slide 15 é só seguir as setas e concatenar o conceito de abrangência do cuidado para o grupo:

1. Grupo de pessoas apresentam problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam doenças (necessidades);
2. A APS reconhece a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde das pessoas (abrangência do cuidado);
3. A partir desse reconhecimento disponibiliza recursos para abordar as necessidades relacionadas à saúde por meio da Carteira de Serviços.

INTEGRALIDADE



Resumindo:



A partir do slide 16 inicia a apresentação sobre a Carteira de Serviços. O facilitador deve conhecer este documento antes dessa apresentação, principalmente para compreender a classificação da matriz de maturidade das unidades de saúde.

PARA SABER MAIS SOBRE CARTEIRA DE SERVIÇOS: https://subpav.org/download/impressos/Livro_CarteiraDeServicosAPS_2021_20211229.pdf.

Para proporcionar o conhecimento da Carteira de Serviços de forma mais atrativa, vamos utilizar a dinâmica das tarjetas para ilustrar todas as ações que fazem parte do escopo da APS. Em uma parede, o facilitador deve colar quatro títulos, um ao lado do outro, conforme mostrado a seguir.

HOSPITAL | UPA | CLÍNICA DA FAMÍLIA | POLICLÍNICA

Os participantes receberão as tarjetas com ações realizadas pela APS, todas descritas na carteira de serviços, mas eles não saberão disso quando a dinâmica começar.

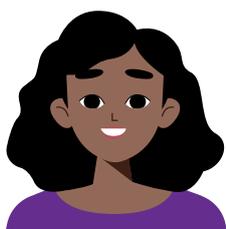
Muitos podem colar as tarjetas com ações da APS em outros locais — UPA, hospital, policlínica —, por não conhecerem a abrangência das ações que realizamos. Quando todos os participantes colocarem as tarjetas, o facilitador deve realocar aquelas que estão em locais diferentes da APS e explicar que, apesar de algumas ações serem realizadas em outros níveis de atenção, todas as apresentadas na dinâmica são realizadas na APS conforme a descrição da Carteira de Serviços.

Ao concluir a apresentação sobre abrangência do cuidado, inicia a apresentação sobre promoção de saúde e cuidado integral. Esta apresentação foi baseada na Política Nacional de Promoção de Saúde. Sugerimos a leitura para melhor compreensão do tema. É fundamental discutir a diferença entre promoção de saúde e prevenção descrita no slide 25.

Todos precisam compreender que a promoção de saúde reflete “empoderamento” e que faz parte do cuidado integral. Promoção representa um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e populações de controlarem os fatores que determinam a sua saúde. O debate também precisa reforçar que promoção de saúde não é apenas realizar grupos (para facilitar, organizamos um resumo com alguns exemplos — imagem a seguir sobre promoção de saúde), que é uma estratégia de produção de saúde que respeita as especificidades e as potencialidades das pessoas na construção de projetos terapêuticos, de vida e na organização do trabalho em saúde.

O facilitador deve dar exemplos de atividades de promoção de saúde que acontecem na sua área: academia carioca, hortas comunitárias, grupos de artesanato, atividades nas escolas etc.

PROMOÇÃO DA SAÚDE



Para encerrar, vamos falar de mais alguns pontos relacionados à promoção da saúde que não podemos esquecer.

Realizamos promoção da saúde em todos os espaços, na praça, na sala de espera, no corredor da unidade e, também, nas consultas individuais, quando conversamos sobre hábitos mais saudáveis, mudanças de estilos de vida, uso moderado de álcool etc.

Promoção da saúde não é somente a realização de atividades e eventos.

Promoção da saúde é para todos, principalmente para os mais vulneráveis que têm menos acesso a informações e recursos de como exercer o autocuidado.

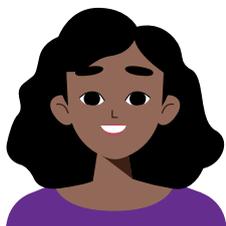
É fundamental empoderar o sujeito para o autocuidado, para a corresponsabilização do seu adoecimento (diferente de culpabilizar).

PARA SABER MAIS SOBRE PROMOÇÃO DE SAÚDE:

- https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf
- Dina Czeresnia — O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção — disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/29628/ConceptHealth.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Este tema encerra com uma dinâmica, mais uma vez utilizando como base o “Caso Família Souza”. O facilitador deve dividir a turma em grupos e solicitar que todos respondam às perguntas referentes ao caso. Ao final, cada grupo apresenta uma resposta, e os demais complementam, caso tenham formulado algo diferente.

DINÂMICA EM GRUPO



Continuando com o “Caso da Família Souza”...

A partir do caso da família Souza, parte 3, vamos refletir sobre o conceito da Integralidade/Abrangência do Cuidado e das ações e serviços oferecidos na sua unidade.

- 1. Como você avalia a abrangência do cuidado no caso família Souza?**
- 2. Você pensaria em outras possibilidades de cuidado que poderiam ser ofertadas a Josefa?**
- 3. Conhecendo a carteira de serviços, qual a importância da sua unidade/equipe executar as ações e serviços ampliados?**

Respostas:

- 1.** Josefa, vista em suas necessidades para além da doença, sinaliza a questão dos dentes e dos sentimentos em relação a isso. A equipe acolhe suas queixas.
- 2.** Resposta livre — deixar a turma elaborar, apenas sinalizar o que não for adequado.
- 3.** Importância da carteira de serviço:
 - Favorece a coordenação do cuidado;
 - Desperta a autonomia da equipe;
 - Proporciona alta capacidade de resolução de problemas;
 - Colabora com a adesão ao tratamento.

Logo após a apresentação das respostas sugerimos um intervalo, e na sequência a apresentação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF). Assim como na apresentação de promoção de saúde, é importante sinalizar que o cuidado multiprofissional está relacionado à integralidade do cuidado.

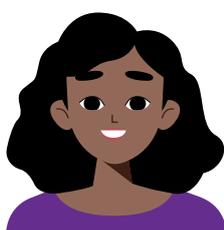
PARA SABER MAIS SOBRE NASF: Portaria n.º 489/2018 — http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/fa973d02ac7f47ad87eb39f3d4fc85b1/Portaria_489_24_05_2018.html.

Após o slide que apresenta o total de equipes NASF por área de planejamento, cada facilitador deve apresentar o NASF da sua área.

Apoio matricial é o ponto crucial desta apresentação. Os participantes precisam compreender as dimensões da atuação do NASF: suporte clínico-assistencial e suporte técnico-pedagógico. Como sugerido, em sessões anteriores, é importante trazer exemplos do território para facilitar a compreensão dos participantes.

Deve ficar claro que o NASF não funciona com encaminhamentos como o ambulatório de especialidades, e que os casos são discutidos entre equipe de APS e equipe NASF. Para fixar conceitos, mais uma dinâmica com o “Caso Família Souza” será realizada.

DINÂMICA EM GRUPO



NASF

Divididos em grupos, cada grupo deverá responder às seguintes questões relacionadas ao caso família Souza:

Grupo 1. Como o NASF poderia auxiliar a equipe da APS no caso da família Souza? Dê exemplos.

Grupo 2. Todos os casos que são atendidos na APS precisam ser direcionados para o NASF? Explique.

Grupo 3. O que diferencia a atuação do NASF de um ambulatório de especialidades?

Respostas:

- **Grupo 1:** Apoiando para que possam incrementar não só a integralidade, mas também a resolutividade, a qualidade do cuidado, as ações de promoção de saúde e o acompanhamento e monitoramento em seus diversos aspectos. Exemplos: Assistente Social para orientação de benefícios; Assistência farmacêutica; Psicóloga para trabalhar a autoestima e a adesão ao tratamento em conjunto com equipe.
- **Grupo 2:** Não. A proposta é que o NASF qualifique por meio do matriciamento, interconsulta, dentre outras metodologias, visando ampliar a abrangência e o escopo das ações da APS, assim como sua resolutividade. Constitui-se como apoio especializado na APS, que atua de forma integrada e complementar à Estratégia Saúde da Família (ESF).
- **Grupo 3:** Estratégia de organização do trabalho a partir da integração de equipes de Saúde da Família com profissionais de outros núcleos de conhecimento, que podem agregar com recursos de saber e com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde.

Após os grupos apresentarem as respostas do caso, realizaremos mais um dinâmica: “15% solutions”. O facilitador pergunta para um participante: “Quais são seus 15% para proporcionar um cuidado integral/abrangente para os usuários da sua equipe?”.

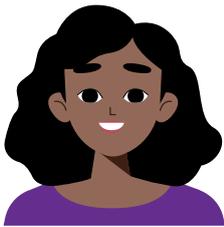
Objetivos da dinâmica:

- Demonstrar que não há razão para esperar, sentir-se impotente, ou com medo;
- Ajudar os indivíduos e o grupo a focar no que está ao alcance, em vez do que não podem mudar — com uma pergunta muito simples, você pode transformar a conversa para o que pode ser feito e encontrar soluções para grandes problemas que normalmente estão distribuídos amplamente;
- Mover alguns grãos de areia pode desencadear um deslizamento e mudar toda a paisagem.

LONGITUDINALIDADE E REGISTRO — TARDE

A tarde do terceiro dia inicia com uma dinâmica: “Equilíbrio entre dois”. O objetivo é trabalhar a questão da confiança nas relações, e o quanto construir essa confiança leva tempo e depende de algumas atitudes.

DINÂMICA



Vamos dar uma movimentada e começar essa aula com uma dinâmica: “Equilíbrio entre dois” (duração: 15 minutos).

A instrução consiste em se reunir em pares.

Os membros das duplas devem se posicionar um de frente para o outro, com as pontas dos pés se tocando. Eles também devem dar as mãos.

Uma vez que todos estejam nessa posição, o moderador deve dar um sinal, e os pares começarão a se jogar para trás, deixando-se cair, mas sendo protegidos pelo parceiro.

O facilitador pode tornar a atividade mais animada e convidar vários participantes para realizar a dinâmica ao mesmo tempo. Formando uma grande roda, todos dão as mãos e, ao sinal, se jogam para trás ao mesmo tempo.

Ao final, os participantes devem refletir sobre como alcançamos confiança em alguém, e a partir daí realizar a conexão com a longitudinalidade. O facilitador deve apontar as três dimensões deste atributo: usuários reconhecendo a unidade de saúde como fonte regular de cuidado, vínculo terapêutico e continuidade informacional, e que a confiança entre usuário e equipe perpassa essas dimensões.

Sugerimos a leitura prévia do texto “Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro”.

Além das dimensões da longitudinalidade, é importante reforçar o que a equipe precisa realizar para alcançar este atributo, destacando a importância da qualidade da informação, traduzida por meio do registro.

PARA SABER MAIS SOBRE LONGITUDINALIDADE:

- **SANTOS, Renata Oliveira Maciel dos; Romano, Valéria Ferreira e Engstrom, Elyne Montenegro. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. Physis [online]. 2018, vol.28, n.2, e280206. Epub 13-Ago-2018;**
- **CUNHA, E. M.; Giovanella, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, supl. 1, p. 1.029-1.042, 2011;**
- **SANTOS ROM. O vínculo longitudinal como dispositivo do cuidado: Saúde da Família e doenças crônicas em uma comunidade do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2015.**

O tema seguinte trata do registro na APS. Esta apresentação começa com a dinâmica do preenchimento da ficha A.

Dinâmica das fichas: Em duplas, os participantes devem preencher a ficha A um do outro e, ao final, o grupo discute os campos que geraram dúvidas.

Em 2022, a SUBPAV realizou algumas atualizações nas fichas de cadastro e acompanhamento. Para entender estas mudanças sugerimos que o facilitador assista ao seguinte vídeo “Webinário Fichas A, B e C”, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=LAMk6ntpgow>.

A apresentação segue com a demonstração das fichas de acompanhamento, mas estas não precisam ser preenchidas, como na dinâmica anterior, o grupo precisa apenas conhecer esta ferramenta para identificação desses grupos no seu território.

Na sequência, apresentamos o SOAP (Subjetivo / Objetivo / Avaliação / Plano), destacando a forma como o restante da equipe, para além do ACS, realiza o registro no prontuário eletrônico. Mais uma vez, retornamos ao “Caso Família Souza”, para fixação do conteúdo aprendido.

Respostas:

1. Vamos destacar alguns trechos, mas pode ser que a turma descreva outros. O importante é que todos percebam a questão do vínculo, o cuidado realizado pela equipe ao longo do tempo, o conhecimento acumulado em relação à saúde da família e hábitos, e o reconhecimento da unidade como fonte regular de cuidado.
 - “A enfermeira da equipe, Jaqueline, conhece bem o casal e sabe que Aparecida cuida direitinho do diabetes, e as raras vezes que descompensou foi por alguma situação de estresse.”
 - “Como Jaqueline sabe que Aparecida tem muita fé nas ervas medicinais, ela resolveu deixar e pedir que voltasse à unidade a qualquer hora e a procurasse se não ficasse bem.”

- “O Dr. Cláudio e Jaqueline acompanham João há muito tempo e já tentaram diversas estratégias para que João aderisse ao tratamento.”

2. A longitudinalidade é o único atributo exclusivo da APS, permite que a equipe acumule conhecimento sobre a saúde dos seus usuários por meio de vínculo terapêutico estabelecido onde há responsabilidades por parte da equipe e respeito dos usuários. Desta maneira, possibilita maior adesão ao tratamento pela confiança nas orientações, evita encaminhamentos desnecessários e promove a economia de recursos.
3. Cada grupo faz a simulação do relato do caso no prontuário e depois apresenta para a plenária.

QUARTO DIA

No quarto dia encerramos os atributos essenciais com a apresentação sobre coordenação do cuidado e aprofundamos o debate sobre os atributos derivados. Mais uma vez, é necessário revisitar a Trilha de Aprendizagem.

OBJETIVOS DO QUARTO DIA

- Apresentar e discutir o papel da APS como coordenadora do cuidado e guardião do sistema;
- Apresentar e discutir os atributos derivados e suas ferramentas.

PROGRAMAÇÃO PROPOSTA

QUARTO DIA		
HORÁRIO	ASSUNTO	ATIVIDADES
8h – 8h15	Abertura	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisitando a Trilha de Aprendizagem.
8h15 – 10h	Coordenação do Cuidado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aquecimento: vídeo “O Guardiã e o Mago”; ▪ Apresentação dialogada sobre Atenção Primária como Guardiã do Sistema e Coordenadora do Cuidado: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dinâmica em grupo: Quais ações estão relacionadas com a coordenação do cuidado?; ▪ Dinâmica de encerramento: “Caso Família Souza”.
10h – 10h	Intervalo	
10h10 – 12h	Atributos Derivados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação dialogada sobre os atributos derivados da APS: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pergunta disparadora: Quais atributos derivados estão presentes no “Caso Família Souza”? ▪ Aula dialogada sobre método clínico centrado na pessoa (MCCP); ▪ Aula dialogada sobre abordagem familiar.

QUARTO DIA		
HORÁRIO	ASSUNTO	ATIVIDADES
12h – 13h		Almoço
13h – 15h	Atributos Derivados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aula dialogada sobre ferramentas da abordagem familiar: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dinâmica: “Construindo o ecomapa da família Souza”.
15h – 15h15		Intervalo
15h15 – 17h	Atributos Derivados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação dialogada sobre Abordagem Comunitária.

COORDENAÇÃO DO CUIDADO E ATRIBUTOS DERIVADOS – MANHÃ

A apresentação do filme representado por ex-alunos da Residência em Medicina de Família e Comunidade, que se baseia no texto “O Guardiã e o Mago”, dá início ao quarto dia. O facilitador deve assistir ao filme antes e, se quiser, também pode ler o texto “O Guardiã e o Mago” (Anexo II), para melhor compreensão.

Resumo dos pontos importantes do filme: os participantes precisam compreender que a APS é a guardiã, resolver a maioria dos problemas e encaminhar apenas o que é necessário. É importante que as pessoas reflitam sobre o colapso que aconteceria se todos, sem necessidade, precisassem chegar no atendimento altamente especializado.

“Se as bolas de cristal do Mago e suas poções mágicas têm que trabalhar corretamente, ele só deveria ver as pessoas que o Guardiã pensa que tem uma alta probabilidade de estar doente”, ou seja, é o que acontece na nossa realidade quando a APS coordena o cuidado. Só vai até o Mago e suas poções quem realmente precisa: “E o Guardiã deveria ver a gente que pensa que está enferma e tentar averiguar se realmente está. Finalmente o sistema pode trabalhar de forma barata e eficiente.”

Logo após o debate, tem início a apresentação dialogada sobre coordenação do cuidado. Nesta, todos os participantes devem compreender que: a APS é a porta de entrada preferencial do sistema, a maioria dos problemas de saúde são resolvidos neste nível de atenção, a APS apresenta conhecimento acumulado sobre os seus usuários e, assim, só direcionamos para outros níveis de atenção casos realmente necessários e que, mesmo encaminhando, esse usuário continua sendo de responsabilidade da equipe de APS.

A APS é a *gatekeeper*, ou seja, a guardiã desse sistema, pois está no centro da rede de atenção à saúde. A seguir, os participantes serão convidados a refletir sobre as ações que executam e que estão relacionadas à coordenação do cuidado, por meio da pergunta: “Quais ações que você executa que têm relação com a coordenação do cuidado?”

O facilitador deve estimular a participação de todos, mas não é necessário usar mais de 5 minutos nessa atividade. Na sequência da apresentação sobre coordenação do cuidado iniciamos uma conversa sobre regulação.

A regulação está diretamente relacionada à coordenação do cuidado, pois é por meio dela que os profissionais da APS possibilitam o acesso aos outros níveis de atenção para seus usuários.

Muitos têm dúvidas sobre os sistemas de regulação, então é importante que o facilitador esteja preparado para esclarecer o que for necessário.

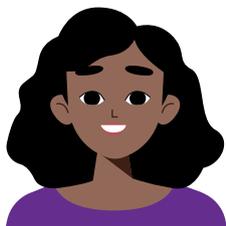
Outro ponto fundamental desta apresentação é a responsabilidade de TODOS da equipe na regulação e na coordenação do cuidado, do ACS ao médico, e a compreensão destas por parte da equipe.

PARA SABER MAIS SOBRE COORDENAÇÃO DO CUIDADO E REGULAÇÃO:

- Manual de regulação ambulatorial diretrizes para a coordenação do cuidado. Disponível em: https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Livro_ManualDeRegucao_Final_Web.pdf;
- ALMEIDA, Patty Fidelis de *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate* [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [Acessado 24 Outubro 2021], pp. 244-260. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>;
- MENDONÇA, MVA, Carvalho RR. Atributos da atenção primária à saúde: a coordenação do cuidado e seus desafios. In: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; Augusto DK, Umpierre RN, organizadores. *PROMEF Programa de Atualização em Medicina da Família e Comunidade: Ciclo 11*. Porto Alegre: ARTMED Panamericana; 2016. p.35-62. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 1).

Encerramos este tema com mais uma situação problema do “Caso Família Souza”.

DINÂMICA



Coordenando o Cuidado da Família Souza (dinâmica — duração: 35 minutos)

1. Como você avalia a coordenação do cuidado no caso Família Souza? Explique quais elementos do texto apontam que a equipe está realizando a coordenação do cuidado.
2. Quais atitudes/decisões poderiam facilitar ou dificultar a coordenação do cuidado nesse caso?
3. Que estratégias podem ser utilizadas para facilitar a comunicação entre os pontos da rede de atenção?

Respostas:

1. No caso, a coordenação do cuidado foi adequada. O médico da equipe regulou para outro ponto da rede de atenção, pela necessidade apresentada pelo usuário, e, na alta, João recebe relatório do hospital para Clínica da Família — boa comunicação entre APS e hospital;

2. Falhas na coordenação podem ocorrer, dentre outros, por problemas de comunicação entre profissionais de saúde, baixa responsabilização, ausência de protocolos clínicos e fluxos de regulação.
3. Estratégias: guias de referência e contrarreferência, sistemas de regulação, telefone, onde ser atendido, fórum de rede etc. — deixar o grupo produzir a resposta.

Esta atividade é concluída com a apresentação das respostas pelo grupo. Na sequência sugerimos um intervalo e, logo após, a apresentação sobre os atributos derivados, que inicia no turno da manhã e é concluída no turno da tarde.

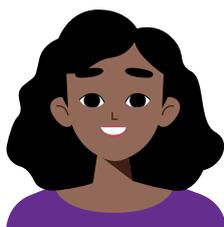
ATRIBUTOS DERIVADOS — TARDE

Pontos fundamentais relacionados aos atributos derivados:

- Os participantes precisam compreender que os atributos derivados são de extrema importância para qualificar a APS;
- Indivíduos, família e comunidade formam um verdadeiro sistema;
- Orientação familiar: considera aspectos familiares na organização do cuidado — família interferindo na saúde e no adoecimento do indivíduo. É importante apresentar a tipologia das famílias e falar sobre essa diversidade no território. Na sequência são abordadas as ferramentas da abordagem familiar. Para facilitar a compreensão dessas ferramentas, disponibilizamos um vídeo bem didático (<https://www.youtube.com/watch?v=z3bx3eYdeog>), que vai auxiliar na construção do ecomapa do “Caso Família Souza”, dinâmica proposta para a fixação desse conteúdo.

Fonte do vídeo: Youtube — Ferramentas de Abordagem Familiar: genograma e ecomapa (Grupo 2) Módulo: Atenção Integral à Saúde da Família/Mestrado Profissional em Saúde da Família — Turma IV/ RENASF — UFPB.

DINÂMICA



Quais ferramentas de Abordagem Familiar se aplicam no “Caso Família Souza”? Vamos construir o ecomapa!

O facilitador apresenta o vídeo e segue com os slides da aula — no momento da dinâmica, se for necessário, pode retomar o vídeo. É fundamental que os grupos construam o ecomapa de todos os membros da família Souza, partindo dos pais de José Eduardo.

- **Orientação comunitária:** enfatiza a importância das questões sociais e econômicas no processo saúde-doença e, portanto, do envolvimento das pessoas e comunidades nos processos de tomada de decisões e definição das prioridades para os serviços de saúde, identificando suas próprias necessidades e recursos para enfrentá-las em parceria com os profissionais de saúde.

O facilitador precisa fazer com que o grupo reflita sobre as comunidades que estão presentes em seu território. Lembrar que comunidade pode ser definida considerando território, interesses coletivos, religião, entre outros fatores, e esta comunidade pode determinar fatores

protetores e delatores da saúde de uma população, e que, por esta razão, é tão importante aprender o modo de vida de cada uma e seus recursos.

- **Competência cultural:** matriz cultural que os usuários usam para traduzir suas condições de saúde — cuidado em saúde realizado de forma compatível com crenças e práticas culturais em saúde do usuário.

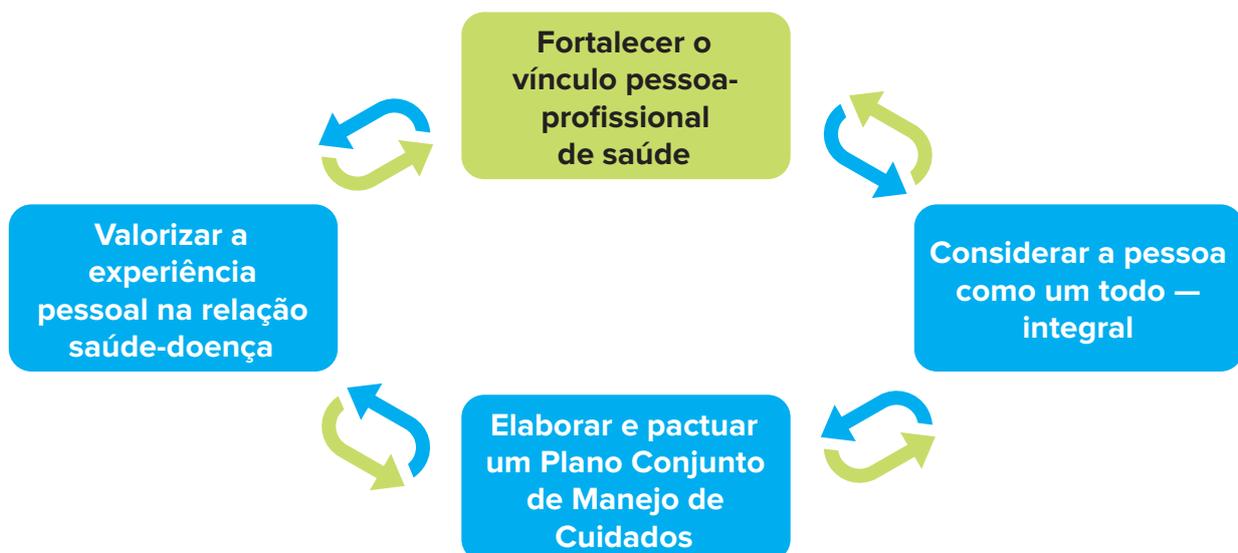
Concluída a apresentação de todos os atributos derivados, retornamos ao “Caso Família Souza”, para, de forma coletiva, identificar os atributos presentes neste caso.

PARA SABER MAIS SOBRE COMPETÊNCIA CULTURAL:

Competência Cultural na APS — vídeo telessaúde — ES — disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=zCiquf1Drfg> — **Palestrante:** Thiago Dias Sarti. **Graduação em Medicina (2004). Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Professor Adjunto do Departamento de Medicina Social.** <http://lattes.cnpq.br/7489127535403969>.

A apresentação continua com uma breve explanação sobre o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP). Os participantes precisam compreender que o MCCP é um recurso auxiliar para ajudar a entender um pouco mais sobre a pessoa, e que isso vai de encontro ao cumprimento dos sete atributos e a tudo que a política de Atenção Básica determina, considerando uma abordagem integral do sujeito. Os quatro componentes interativos do método clínico centrado na pessoa são apresentados na imagem a seguir.

MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA (MCCP)



O facilitador não precisa realizar uma apresentação detalhada sobre os componentes, mas deixar claro para o grupo que este método pode ser uma forma de conhecer as camadas mais profundas do indivíduo e, assim, entender mais sobre como esse entende o seu adoecimento e saúde. A leitura prévia do texto de referência “Método Clínico Centrado na Pessoa: um resumo” é ideal para a compreensão do tema.

PARA SABER MAIS SOBRE ATRIBUTOS DERIVADOS E MCCP:

- Competência Cultural na APS — vídeo telessaúde — ES — Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=zCiquf1Drfg> — Palestrante: Thiago Dias Sarti;
- Fuzikawa, AK — O Método Clínico Centrado na pessoa: um resumo — <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3934.pdf>;
- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002;
- Duncan, B .B. Schmidt, M. I.; Giuliani, E. R. J. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. Cap. 4: Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. 5a ed. Porto Alegre: Artmed, 2022;
- Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade — 2a edição. Cap. 4: Atenção primária à saúde. Editora Artmed, 2019;
- FORSTER, A. C.; Janise, B. F.; Fernanda, B. V. Atenção à saúde da comunidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde na FMRP-USP. Ribeirão Preto: FUNPEC, p. 223-239, 2017;
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2007. 68p.;
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União — DOU, v. 183, n.;
- RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Carteira de serviços da atenção primária: abrangência do cuidado / Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde; [organização] Superintendência de Atenção Primária. 3. ed. rev. atual. e aum. Rio de Janeiro, RJ: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2021;
- STEWART, Moira; *et al.* In: _____. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3 ed. Porto Alegre : Artmed, 2017.

QUINTO DIA

Chegamos ao final do curso! Abordamos muita coisa até aqui e, mais uma vez, precisamos iniciar o dia revisitando a Trilha de Aprendizagem.

OBJETIVOS DO QUINTO DIA

- Apresentar e discutir as linhas de cuidado na RAS;
- Conhecer o trabalho da Vigilância em Saúde e sua ligação com a APS;
- Apresentar os Sistemas de Informação em saúde;

- Compreender o papel da avaliação e do monitoramento no trabalho da APS;
- Apresentar os indicadores do Previne Brasil e contrato de gestão

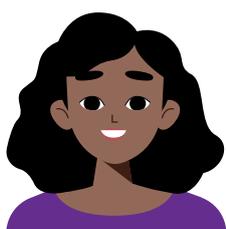
PROGRAMAÇÃO PROPOSTA

QUINTO DIA		
HORÁRIO	ASSUNTO	ATIVIDADES
8h – 8h15	Abertura	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revisitando a Trilha de Aprendizagem.
8h15 – 10h	Linhas de Cuidado	<ul style="list-style-type: none"> ■ Apresentação dialogada sobre linhas de cuidado.
10h – 10h15	Intervalo	
10h15 – 12h	Vigilância em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ■ Apresentação dialogada sobre Vigilância em Saúde: <ul style="list-style-type: none"> ■ Dinâmica “Imagem e Ação — Sistemas de Vigilância”.
12h – 13h	Almoço	
13h – 16h	Monitoramento e Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aula dialogada sobre monitoramento e avaliação: <ul style="list-style-type: none"> ■ Previne Brasil; ■ Contrato de gestão.
16h – 17h	Encerramento	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revisão da Trilha de Aprendizagem; ■ Avaliação do curso.

LINHAS DE CUIDADO, VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO — MANHÃ

A apresentação sobre linhas de cuidado inicia retomando alguns conceitos por meio de um mapa mental. Os participantes precisam relembrar que as redes de atenção à saúde têm a APS como porta de entrada preferencial e ordenadora desse sistema e, para que o caminho do usuário nesta rede aconteça da melhor maneira, existem fluxos e protocolos estabelecidos, que tratam dos percursos assistenciais e precisam ser conhecidos por todos os profissionais de saúde: as linhas de cuidado. Ao final da apresentação dialogada, os participantes vão responder mais algumas perguntas relacionadas ao “Caso Família Souza”.

DINÂMICA “A FAMÍLIA SOUZA E AS LINHAS DE CUIDADO”



Vamos interpretar a família Souza!

Um convite é feito aos participantes, para uma leitura do caso descrito. Após a leitura, o grupo discute os questionamentos feitos pelo facilitador.

Atividade: o facilitador pergunta após leitura do caso:

- **Quais condições de saúde você percebeu neste fragmento do caso?**
- **Cite as ações relacionadas às condições identificadas: promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com vistas à integralidade do cuidado**
- **Qual a relação das Fichas B, de identificação das subpopulações, com as Linhas de Cuidado?**

Respostas:

1. Condições de saúde: gestação, hipertensão, paternidade;
2. Ações: grupos de planejamento familiar, tabagismo, Academia Carioca, imunização, pré-natal, visita domiciliar;
3. ACS realiza o cadastro, e o acompanhamento das condições de saúde é realizado por meio da ficha B, por exemplo, hipertensos e diabéticos. Este acompanhamento está previsto na organização das linhas de cuidado.

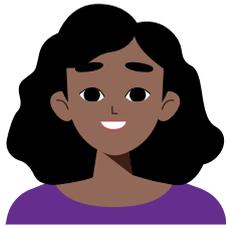
Após a apresentação das respostas pelo grupo, sugerimos um intervalo, e na sequência inicia a apresentação sobre Vigilância em Saúde e Sistemas de Informação.

Os participantes precisam compreender que toda a equipe realiza ações de vigilância e que estas ações, por meio de um olhar atento sobre o território, permitem a identificação das vulnerabilidades, determinantes de risco e, conseqüentemente, a organização de processos para tomada de decisão.

Na sequência apresentamos os sistemas de informação. Neste tema é importante reforçar que o dado coletado no momento do atendimento (VD) é trabalhado e se torna uma informação que permite monitorar e avaliar determinadas condições, auxiliando no processo de tomada de decisão. Este trecho da aula representa uma “ponte” para a tarde, quando abordaremos monitoramento e avaliação.

Os sistemas de informação são apresentados de forma breve em dois slides. É importante destacar o SINAN (fazendo referência aos agravos notificados e a necessidade e relevância de gerar esses dados); o SINASC (Sistema de Informação Nascidos Vivos); e o SIM (Sistema de Informação de Mortalidade). Não há necessidade de um debate mais detalhado sobre os sistemas, mas é importante que todos os participantes compreendam a origem das informações que são traduzidas nos indicadores.

Para a fixação de todas as ações de vigilância que a APS realiza e para a compreensão de que estas ações são transversais ao trabalho, deixamos esse mapa mental.



Vamos resumir todas as ações de vigilância que podemos realizar na APS.



IMPORTANTE: Atenção às vulnerabilidades! As ações de vigilância em saúde devem ser transversais e ter o olhar sobre o território.

Para finalizar essa apresentação de uma maneira lúdica, vamos jogar “Imagem em Ação dos Sistemas de Informação e Ações de Vigilância”.



O facilitador deve projetar o tabuleiro com as figuras e estimular o grupo a tentar adivinhar sobre qual sistema de informação aqueles desenhos estão fazendo referência. Imagine você falando para o grupo: “Na primeira casa temos o desenho de um bebê, uma vacina e uma certidão. De que sistema estamos falando aqui?” O grupo pode falar SINASC, SIPNI.

O facilitador deve ir anotando as respostas no quadro e comentando brevemente sobre os sistemas. As respostas para todas as casas estão no slide 31 seguinte. É importante ter uma “cola” disponível, para a dinâmica fluir melhor.

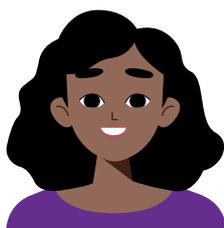
PARA SABER MAIS SOBRE VIGILÂNCIA EM SAÚDE:

- **BRASIL.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde.** 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021, 1.126p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude_5ed_21nov21_isbn5.pdf/view;
- **TEIXEIRA CF; Paim JS; Vilasboas AS.** SUS, modelos assistenciais e vigilância em saúde. *Inf. Epidemiol. Sus v.7 n.2 Brasília jun. 1998.* Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000200002&lng=pt&nrm=is&tlng=pt.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO — TARDE

Iniciamos a tarde com uma dinâmica rápida, que tem como objetivo unificar os conhecimentos da manhã sobre linhas de cuidado e vigilância como tema monitoramento e avaliação. O facilitador pode direcionar a primeira pergunta para um participante e depois escolher outros aleatoriamente, movimentando todo grupo.

DINÂMICA “OLHE PARA O LADO”



**Olhe para seu colega do lado e pergunte:
Pensando na produção do cuidado, nas linhas de cuidado e Vigilância em Saúde que vimos pela manhã, cite exemplos de ações que monitoramos.**

Tempo dedicado:

- **2 minutos para a discussão em dupla;**
- **3 minutos para a discussão coletiva com síntese pelo facilitador sobre a importância de monitorar.**

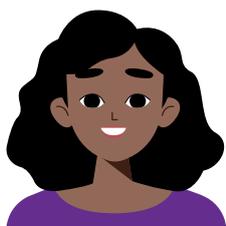


O restante da apresentação segue nos slides e é muito importante que você traga exemplos da sua área e apresente os indicadores, para que o grupo compreenda que não são só números, mas nosso trabalho traduzido por meio destes, que funcionam como ferramentas para planejamento e organização das equipes.

PARA SABER MAIS SOBRE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: Indicadores de saúde. Elementos conceituais e práticos. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49057/9789275720059_por.pdf.

Ao final retomamos a Trilha de Aprendizagem. Aqui esperamos que todos os *post-its* tenham caminhado. As dúvidas que ainda permanecerem devem ser resolvidas.

ENCERRAMENTO



Chegamos ao final do nosso curso!
É muito importante que os facilitadores ouçam a opinião de vocês. Assim, vamos falar brevemente o que cada um achou do curso: o que foi muito bom, o que precisa melhorar e envio de sugestões.

Para encerrar, os participantes devem avaliar como foi o curso, expressando sua opinião. O facilitador deve pedir que todos indiquem um ponto positivo e um negativo em relação ao introdutório. Críticas são bem-vindas e podem gerar aprendizado, não fique chateado se receber alguma!

E assim encerramos nosso curso, com a certeza de ter vivenciado dias de intenso aprendizado. Nos vemos no SUS! Um abraço da Equipe SIAP.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS PARA A REALIZAÇÃO DO CURSO

- Impressão de certificado (modelo padrão) com pasta transparente;
- Lista de presença;
- Bloco de anotações personalizado;
- Canetas;
- Canetas Pilot de várias cores (vermelha, verde, preta e azul) — uma de cada;
- Cartolina — quantidade sugerida: 10;
- Tarjetas;
- *Post-it* da marca original, preferencialmente (76x76mm) e (76x102mm) — quantidade sugerida: 10 pacotes com 100 unidades cada;
- Banner “Trilha de Aprendizagem”;
- Fita adesiva larga, durex e dupla face;
- Barbante;
- Descartáveis (copo, mexedor de café);
- Café para os cinco dias de curso;
- Grampeador, grampos e clips;
- Caixa de som;
- Computador e projetor.

REFERÊNCIAS

BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org.). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 51-86.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde — Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previnde Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>. Acesso em: 2 de outubro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.527, de 19 de outubro de 2006. Define os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 2 de outubro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 2 de outubro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n.º 39. Núcleo de Apoio à Saúde da Família — volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 5ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021, 1.126p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde — 3. ed. — Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, supl. 1, p. 1.029-1.042, 2011.

DOMINGUEZ, B. Por dentro dos sistemas universais. *Radis: Comunicação em Saúde*, Rio de Janeiro, n. 99, ENSP; Fiocruz, nov. 2010.

DUNCAN, B .B. Schmidt, M. I.; Giuliani, E. R. J. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. Cap. 4: Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

JACOBOVSKI, Renata, Ferro, LF Educação Permanente Em Saúde e Metodologias Ativas de Ensino: uma revisão sistemática integrativa. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 3, e39910313391, 2021.

MACINKO J, Guanais F, Souza F. An evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60:13-9.

MENDES EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

MENDES, EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde — CONASS, 2015.

MENDONÇA, MVA, Carvalho RR. Atributos da atenção primária à saúde: a coordenação do cuidado e seus desafios. In: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; Augusto DK, Umpierre RN, organizadores. PROMEF Programa de Atualização em Medicina da Família e Comunidade: Ciclo 11. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016. p.35-62. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 1).

PAIM, JS *et al.* O que é o SUS. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2015.

PEDUZZI *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional — *Trab. educ. saúde* 18 (supl. 1) 2020.

PEREIRA, Isabel Brasil. Dicionário de educação profissional em saúde. Atenção primária à saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. n. 2.ed. rev. ampl. — Rio de Janeiro: EPSJV, 200. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/dicionario-jornalístico/atencao-primaria-a-saude>. Acesso em: 2 de outubro de 2022.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de regulação ambulatorial: diretrizes para a coordenação do cuidado. Coordenação Lucas Galhardo de Araújo, Iandara de Moura Silva. -- Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2022. -- (Série atributos).

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde; [organização] Superintendência de Atenção Primária. Carteira de serviços da atenção primária: abrangência do cuidado. 3. ed. rev. atual. e aum. Rio de Janeiro, RJ: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2021.

SANTOS, R.O.M.; Romano, Valéria Ferreira e ENGSTROM, Elyne Montenegro. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. *Physis* [online]. 2018, vol.28, n.2, e280206. Epub 13-Ago-2018.

SANTOS, R.O.M. O vínculo longitudinal como dispositivo do cuidado: Saúde da Família e doenças crônicas em uma comunidade do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2015.

SCHERLOWSKI Leal David, Helena Maria, Rodrigues da Rocha, Patrícia. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP [Internet]. 2015;49(1):129-135.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. PLANIFICASUS: Workshop 2 — Território e Gestão com Base Populacional. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 44 p.: il.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. PLANIFICASUS: Workshop 3 — Acesso à Rede de Atenção à Saúde. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 40 p.: il.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, p.207-365, 2002.

STARFIELD, B. Primary Care: concept, evaluation and policy, Oxford University Press, New York, 1992.

STEWART, Moira; *et al.* In: _____. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

VOLTOLINI, B. C. *et al.* Reuniões da Estratégia Saúde da Família: Um dispositivo indispensável para o planejamento local. Texto & Contexto Enfermagem, v. 28, e20170477, 2019.

ANEXO I — CASO FAMÍLIA SOUZA

O caso da família Souza retrata a história da união de José Eduardo e Ana Maria; da irmã de José, Josefa, de 38 anos; de seu irmão mais novo, Marcelo, de 21 anos; e a história dos avós paternos de José Eduardo, Aparecida e João, que são idosos e moram sozinhos. Cada história possibilita um debate importante sobre os temas abordados. Começaremos a trabalhar o caso a partir do segundo dia de curso.

Território e Acesso — Ana Maria e José Eduardo

Ana Maria é uma mulher natural de São Desiderio, no interior do estado da Bahia. Aos 15 anos, veio para o Rio de Janeiro em busca de melhores condições de trabalho e oportunidades de estudo. Começou a trabalhar como empregada doméstica em um prédio da zona sul, a um quarteirão da praia. Dormia no emprego e trabalhava todos os dias. Folgava aos sábados após o almoço e aos domingos. Com 16 anos conheceu José Eduardo e começaram a namorar.

José era um homem bonito, tinha 39 anos de idade, o terceiro filho de uma prole de cinco. Trabalhava como porteiro noturno no mesmo prédio que Ana. Adorava festas, era tabagista (fumante moderado — 12 cigarros/dia) e vivia se envolvendo em relacionamentos fugazes nos

forrós. Ele morava na zona norte, em um assentamento de moradores oriundos de uma comunidade próxima onde ocorreu um grande deslizamento de terra. Conseguiu o terreno com a ajuda de um amigo e estava morando no local há dois anos. A casa era pequena, construída em madeira, com dois cômodos (cozinha e quarto). Não havia saneamento básico nem rede de esgoto, e a água saía de um cano improvisado, sem tratamento. José não se importava com as condições da casa, o importante era que vivia longe da família e mantinha a sua independência, sem ninguém se intrometer.

Com sete meses de namoro, Ana Maria estava com a menstruação atrasada e com medo de estar grávida, pois estava longe da sua mãe, que era o seu apoio. Resolveu contar para a patroa e levou uma bronca porque era muito jovem para ter filhos. Uma adolescente grávida. Ana ficou arrasada. Sentindo-se triste e humilhada, sem entender o porquê da patroa ter brigado, afinal, sua mãe a teve com 13 anos e sua prima casou-se com 14 anos.

Ana, entristecida, falou com a empregada da vizinha, Cida, que lhe acalmou e disse que, antes de qualquer coisa, deveria ter certeza da gravidez. Foram juntas à clínica de família (CF) da comunidade, ao lado do prédio. Ana confirmou a gravidez. A enfermeira que a atendeu foi muito atenciosa, explicou o que é o pré-natal e que o pai da criança deveria participar das consultas. Sentindo-se acolhida, Ana saiu da CF com a próxima consulta agendada e disposta a contar para José Eduardo. Estava confiante de que tudo daria certo.

Ana, agora, estava feliz com a gestação. José, porém, ficou receoso! Ele já tinha dois filhos, que foram criados pela avó materna, e não queria perder a sua liberdade. Apaixonado por Ana, rapidamente aceitou e também ficou feliz com a gestação.

Ana Maria parou de trabalhar e foi morar com José. Entretanto, se sentia sozinha e não gostava da casa. Volta e meia sentia dor de barriga (diarreia). Todos os dias, quando José Eduardo retornava do trabalho, Ana reclamava de solidão. Estava desanimada, sua alegria era saber que teria um filho para cuidar, no entanto, lembrava-se do que a enfermeira da CF havia dito sobre a importância do pré-natal.

Incentivada por Cida (amiga da zona sul com quem sempre conversava pelo zap), Ana resolveu buscar atendimento no posto de saúde do bairro, mas não gostou de como foi recebida, sentiu olhares de reprovação quando disse que estava grávida, pareciam a ex-patroa lhe olhando. A Agente Comunitária de Saúde (ACS) pegou seu endereço e disse que nesta semana iria à casa dela. Ana saiu do posto sem data de consulta e decidida a não realizar o pré-natal naquele serviço.

Passado um mês, Ana continuava a ter diarreia, tinha enjoos frequentes e não aceitava ir ao posto de saúde. José Eduardo, preocupado, resolveu que iria para a casa dos seus pais, Joana e Fábio, na zona oeste da cidade. Organizaram a mudança e foram viver com os pais de José Eduardo. Lá, Ana teria companhia e o apoio da sogra. A casa de seus pais é bem localizada, em rua de paralelepípedo, de fácil acesso, via principal, onde passam ônibus para diversos pontos da cidade.

O terreno, de propriedade do avô, é grande, com quatro casas, todas de alvenaria, com água encanada, rede básica de esgoto e coleta de lixo. Próximo tem uma praça, mas os brinquedos estão quebrados e o mato está alto, além de um projeto social desenvolvido com crianças e uma associação de moradores do bairro.

A unidade de saúde fica do outro lado da via expressa principal, porém não tem passarela para pedestre. Tem uma escola de educação infantil próxima à unidade de saúde e um mercado grande com áreas de comércio do mesmo lado, e também um centro espírita onde os pais de José Eduardo costumam ir toda segunda-feira no fim do dia.

Os avós paternos de José Eduardo, Aparecida e João, são naturais do interior de Fortaleza e vieram para o Rio de Janeiro assim que se casaram. Aparecida tinha 13 anos e João 18. João trabalhou a vida toda como garçom. Com o dinheiro que juntou conseguiu comprar um terreno, onde construiu sua casa, e mais tarde, seu filho (Fábio) e netos foram construindo as próprias casas também. Os familiares que residem no terreno são:

- Em uma casa moram os pais de José Eduardo, Joana e Fábio, com o filho caçula de 21 anos, Marcelo. Joana não trabalhava fora; Fábio era pedreiro e eletricitista; e Marcelo vivia à toa em casa, largou os estudos sem completar o ensino fundamental. Fábio construiu sua própria casa. A casa era antiga, mas enorme, com sala, cozinha, banheiro e três quartos.
- Na segunda casa ficava sua irmã, Josefa, com o companheiro, Sérgio, e um casal de filhos (Clara, de 1 ano, e Cléo, de 5 anos). Esta casa era bem pequena, composta por cozinha, sala, quarto e banheiro, com pouca ventilação e luz solar. Não era muito organizada e as crianças eram bagunceiras.
- Em outra casa moravam os avós paternos de José, Aparecida e João. O avô era aposentado. A casa era organizada, muito limpa, composta de cozinha, quarto, sala e banheiro.
- Na última casa, no final do terreno, vivia o irmão mais velho de José com sua companheira, Manoel e Cíntia, e o filho Tiago, de 14 anos. Sua casa era bem pequena, com quarto, cozinha e banheiro, mas muito organizada. Existe um conflito com o restante da família, sem comunicação, mesmo morando no mesmo terreno.

Somente o irmão do meio de José Eduardo, Carlos, não residia no terreno. Este era estudioso e foi para o interior do estado cursar faculdade — era o primeiro filho da família que teria curso superior.

Integralidade e Abrangência do Cuidado — Josefa (irmã de José Eduardo)

Durante a visita domiciliar realizada na casa da família Souza, a enfermeira da equipe, Jaqueline, achou Josefa bem mais magra do que na última consulta. Percebeu, ainda, que Josefa estava com tosse. Ao final da visita, pediu para falar com Josefa, pois a ACS Fernanda havia informado que ela ontem não levou a filha menor para a consulta de puericultura agendada e já remarcou para esta semana. Josefa explicou que não foi porque teve febre e relatou que quando tossia saía catarro com um pouco de sangue, estava preocupada e com vergonha de falar.

Jaqueline, então, explicou a Josefa que seria necessário colher duas amostras de escarro, sendo a primeira ali, durante a visita. Pediu um potinho à ACS, que prontamente retirou da mochila, e orientou Josefa sobre como ela faria a coleta. A moradia da Josefa não possuía boa ventilação, então, Jaqueline orientou que, sempre que possível, ela deixasse a única janela aberta, bem como a porta, para que houvesse circulação de ar.

Quando saiu o resultado, Fernanda agendou uma consulta para Josefa. Durante o atendimento com o Dr. Cláudio, médico da equipe, Josefa foi informada quanto ao resultado do exame positivo, explicaram sobre a tuberculose, e a necessidade de avaliar seu marido e filhas. Pac-

tuaram que, durante o acompanhamento, seria realizado o tratamento diretamente observado (TDO) por meio da ACS Fernanda.

Dr. Cláudio, então, pergunta se Josefa tinha alguma dúvida. Josefa relata que não, mas aproveita para contar que tinha vergonha dos seus “dentes encavalados” e escurecidos devido ao uso de cigarro e o quanto isso interfere na sua autoestima. No entanto, devido à situação financeira da família (é do lar, seu companheiro faz biscates e recebe ajuda do seu sogro), Josefa relata que não tem condições de pagar uma consulta com o dentista.

O Dr. Cláudio informa que a unidade possui atendimento em saúde bucal, e que, logo após o início do tratamento da tuberculose, uma consulta seria agendada. Pergunta se Josefa já pensou em parar de fumar. Falou ainda sobre o recurso disponível pelo governo, visto que a família dela estava sem renda formal.

A Integralidade do Cuidado, Abordagem Multiprofissional e Longitudinalidade — Aparecida e João (avós de José Eduardo)

Aparecida foi à CF acompanhar João, que estava há dois dias com muita dor de cabeça. Não tinham consulta agendada, mas Aparecida estava certa de que algo estava errado com o marido.

Aparecida tem 69 anos e tem diabetes desde os 45 anos. É raro sua glicose subir. João tem 74 anos, rebelde quanto aos cuidados com a saúde, porque é medroso. Tem pressão arterial alta e não toma a medicação corretamente, vira e mexe esquece.

O Dr. Claudio e a Jaqueline acompanham João há muito tempo e já tentaram diversas estratégias para que João aderisse ao tratamento. João já aceitou algumas mudanças de hábitos, como menos sal na alimentação e uso de álcool somente aos finais de semana, porém, quanto ao uso regular de medicação ainda era difícil.

Ao chegar à CF, Aparecida conversou com a ACS Fernanda, que explicou a situação. A CF estava cheia e Fernanda não garantiu que o Dr. Cláudio teria tempo para falar com ela. Aparecida estava muito nervosa.

A enfermeira da equipe, Jaqueline, conhece bem o casal e sabe que Aparecida cuida direitinho do diabetes, e as raras vezes que descompensou foi por alguma situação de estresse. Após o atendimento propôs que Aparecida se consultasse com o Dr. Cláudio, para rever a medicação e talvez pensar num ansiolítico. Aparecida disse que iria tomar chá da erva de vaca, para controlar a glicose, e chá de erva doce, que a acalma. Como Jaqueline sabe que Aparecida tem muita fé nas ervas medicinais, ela resolveu deixar e pedir para que voltasse à unidade a qualquer hora e a procurasse, caso não ficasse bem.

Jaqueline logo perguntou se João estava tomando o remédio da pressão corretamente e descobriu que há dois dias não tomava os remédios. O examinou e avaliou que o atendimento médico era urgente — João estava com a PA 210 X 160mmHg e a fala enrolada/arrastada.

O Dr. Claudio prescreveu uma medicação e acionou a Central de Regulação, solicitando remoção, via Vaga Zero, para transferi-lo para uma unidade da Rede de Urgência e Emergência. Foi transferido para uma Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA).

Ao chegar na UPA, João foi avaliado pela equipe e foi identificado que ele apresentava sinais e sintomas compatíveis com um acidente vascular encefálico (AVE), também conhecido como derrame. Foi necessário fazer exames laboratoriais e encaminhá-lo para tomografia computadorizada em hospital, onde foi constatado o AVE hemorrágico. João ficou internado, para dar seguimento aos cuidados.

No dia da alta, João foi encaminhado para a CF com um relatório explicando a necessidade de reabilitação motora, pois apresentava sequelas na perna direita comprometendo seu caminhar.

Fernanda, quando soube que João estava de volta à sua residência, agendou uma consulta para ele e foi a uma VD levar a marcação. Observou que na casa havia risco de quedas para João e que seria necessário algumas orientações para mudanças no ambiente.

Na CF, Aparecida e João foram recebidos por Fernanda (ACS) e encaminhados para atendimento com o Dr. Cláudio, que avaliou que o quadro apresentado por João era leve. Agendou a próxima consulta para o dia da equipe do NASF na unidade, para uma interconsulta com a avaliação da fisioterapeuta do NASF.

João foi avaliado pela fisioterapeuta. Foi indicado que alguns exercícios fossem realizados em domicílio e João foi inserido na central de marcações, para consulta na reabilitação.

Atributos Derivados e Ecomapa — Marcelo (irmão caçula de José Eduardo)

Marcelo estudou até o sétimo ano do ensino fundamental. Repetiu duas vezes por faltar às aulas e acabou saindo da escola. Mora com os pais e trabalha no mercado informal. Eventualmente, Marcelo realiza uns bicos na padaria próxima à sua casa, em troca de pão e doces fabricados ali. Ultimamente, sai pouco de casa e gosta de ficar isolado no seu quarto.

Fernanda, nas duas últimas visitas domiciliares à casa da família Souza, percebeu que Marcelo ficava espiando pela fresta da janela, tomando conta de tudo. Fernanda sempre achou estranho o fato de Marcelo não estudar e não andar com os outros jovens da comunidade. Entretanto, como era um jovem simpático, nunca valorizou muito esse seu estranhamento.

Ao chegar à CF conversou com Jaqueline sobre Marcelo na hora do café. Jaqueline propôs que discutissem o caso dessa família à tarde na reunião de equipe. Essa família tinha: Ana, que estava grávida; João, com sequelas do AVE; e Aparecida, nervosa com a glicose no alto e no baixo.

Na reunião de equipe discutiu-se sobre as orientações necessárias à família, sobre os cuidados ao João e a importância de convocarem o filho e os netos para ficarem cientes de seu quadro, sobre as condições emocionais da Aparecida para exercer o cuidado e, também, sobre a supervisão dos exercícios indicados pela fisioterapeuta. Discutiram, ainda, sobre Marcelo e seu comportamento de espiar pela janela. Foi pactuado que Jaqueline faria uma visita domiciliar com Fernanda.

Na VD, Jaqueline conseguiu reunir no quintal os familiares que estavam em casa, para uma conversa. Fez diversas orientações e esclareceu dúvidas. Marcelo não sentou para conversar, ficou no portão olhando, por vezes se aproximava e fazia algum comentário negativo. Jaqueline tentou abordá-lo, mas ele foi rude e mandou que ficasse longe. Joana pediu desculpas

a Jaqueline e contou que o filho agora está com a mania de achar que tem gente querendo prejudicar o avô dele, reclama de qualquer pessoa estranha, fica agitado, por vezes agressivo e disse que tem ouvido vozes. A mãe tem medo que esse comportamento seja mal visto onde eles moram e possa colocar a vida de Marcelo em risco.

Jaqueline não gostava de psiquiatra e saiu da casa determinada a passar o caso para o CAPS da região. Nem lembrou que a equipe NASF tem psiquiatra e psicólogo. Para Jaqueline era muito difícil atender pacientes com sofrimento psíquico, seu pai passou por várias internações psiquiátricas. Na CF, Jaqueline conversou com a equipe sobre o caso e sua indicação de encaminhar Marcelo para o CAPS. O Dr. Claudio achou que, pelo que foi relatado pela enfermeira Jaqueline, tratava-se do início de um quadro psicótico e que o NASF poderia ajudar.

O psiquiatra do NASF atendeu Marcelo, e a psicóloga se propôs a realizar um acompanhamento breve, com a finalidade de trabalhar a adesão ao medicamento e o entendimento de que algo estava acontecendo com ele e que era preciso tratar.

Linhas de Cuidado — Ana Maria e José Eduardo

Ana estava no segundo trimestre de gestação. Embora não tivesse planejado a gravidez, estava feliz e realizando o pré-natal na CF. Durante a ida à unidade para tomar as vacinas e ser atendida pela equipe de saúde bucal, encontra com Fernanda no corredor e relata que estava chateada, porque José nunca ia com ela à consulta e, por esse motivo, brigavam todos os dias. A enfermeira Jaqueline e o Dr. Cláudio sempre falaram que o pai também faz o pré-natal e que gostaria que José participasse da elaboração do Plano de Parto. Não queria que a sogra a acompanhasse, mas, sim, o marido.

Fernanda era uma ACS muito implicada com o trabalho e com a comunidade. Fazia parte de uma ONG do território que discutia questões de gênero, igualdade, feminismo e machismo. Trazia para a sua prática na CF essas discussões. Ela participava das reuniões de planejamento familiar, e neste grupo conversava sobre as relações de poder entre homens e mulheres, e sobre os direitos reprodutivos.

Em visita domiciliar, Fernanda finalmente conheceu José. Conversaram por longo tempo sobre paternidade responsável e participativa, sobre cuidados com a sua saúde. Fernanda reforçou com José que seria importante visitar a maternidade com Ana. Perguntou, ainda, sobre quando foi a última vez que ele cuidou da saúde, e o relato foi de quando ele sofreu um acidente há 8 anos.

Conseguiu convencê-lo a ir à clínica, mas José disse que iria na próxima semana. Fernanda, esperta, o chamou para ir lá naquele momento, sabia que não podia perder a oportunidade. José aceitou e foi atendido pela enfermeira Jaqueline. Durante o atendimento, a enfermeira conversa com José e o orienta sobre os cuidados necessários de acordo com a sua idade e hábitos de vida. Conta que a unidade realiza grupos de planejamento familiar, tabagismo e possui uma academia para a prática de atividades físicas. Aproveita, ainda, para avaliar a situação vacinal de José.

José fica impressionado, pois não conhecia os serviços da clínica da família, embora morasse tão perto!

ANEXO II — O GUARDIÃO E O MAGO

Nigel Mathers e Paul Hodgkin — British Medical Journal. 1989; 298:172-4

Era uma vez um verde e agradável país onde viviam um Guardiã e um Mago. O Mago morava em um grande castelo branco acima da cidade, e esse castelo tinha maravilhosas bolas de cristal que podiam dizer-lhe porque as pessoas se encontravam doentes. Ele, então, usava de suas poderosas poções mágicas para fazer com que se sentissem bem de novo. O Mago era um homem muito hábil. O Guardiã vivia em uma grande casa próximo à entrada do castelo. Seu trabalho consistia em decidir quem estava realmente mal, que necessitasse ver o Mago, e abrir a porta do castelo para ele. O Guardiã também era muito hábil, e também tinha poções mágicas para fazer sentir-se melhor as pessoas que se encontravam enfermas. Até porque o Mago e o Guardiã haviam frequentado a mesma escola de magos, mesmo que, após deixá-la, tenham aprendido diferentes tipos de poderes mágicos.

Agora, a maioria das pessoas que se sentiam mal e vinham ver o Guardiã não necessitavam de ver o Mago. Elas se encontravam, em geral, ligeiramente enfermas, ou preocupadas por sentir-se enfermas, e o Guardiã era muito bom decidindo quem necessitava ver o Mago. A maioria das pessoas que viam o Mago se encontrava muito doente, e o Mago poderia usar seus conhecimentos para que se sentissem melhor. O Mago e o Guardiã precisavam um do outro.

A Rainha oferece duas soluções

O problema foi que, como cada vez havia mais pessoas idosas, mais e mais gente necessitava ver o Mago, e uma grande fila começou a se formar no pátio para o castelo, esperando para vê-lo. As pessoas da fila faziam certo barulho, o que chamou a atenção da Rainha, que convocou seu Conselheiro da Saúde para que lhe explicasse que ruído era aquele.

“O Mago disse que não tem suficiente dinheiro para tratar toda essa gente doente”, explicou o Conselheiro.

“Não há dinheiro suficiente para todas essas bolas de cristal e poções mágicas que está me pedindo”, disse a Rainha. “O que o Mago tem que fazer é trabalhar mais rápido e ver mais gente doente. Deve enviá-las para casa mais precocemente, antes que as poções mágicas tenham acabado de funcionar, e o Guardiã poderá revisá-los depois, e assim esse poderoso Guardiã trabalhará mais e jogará menos golfe.”

O Mago e o Guardiã tentaram e tentaram, mas não funcionou, e a fila no pátio parecia cada vez maior. Em algumas ocasiões, o Guardiã tinha que devolver gente enferma ao Mago, já que não havia tomado suficientes poções mágicas antes de voltar para casa. Nunca se viu tanto ruído como o que as pessoas faziam, afinal, pagavam impostos ao reino para ver o Guardiã e o Mago quando se sentissem enfermos.

A Rainha convocou novamente seu Conselheiro: “E agora? O que está mal dessa vez? Disses-te para ambos que trabalhassem mais duro e vissem mais gente doente? ”.

“Acontece que as pessoas ainda têm que esperar para ver o Mago quando se encontram mal”, explicou, “e o Mago está dizendo que deveríamos lhe dar mais dinheiro para novas bolas de cristal e poções mágicas”.

“Bom, vamos deixar que quem puder pagar o Mago por sua magia que saiam da fila. Dessa forma, todas as pessoas vão se beneficiar, já que a fila será mais curta e haverá mais dinheiro para bolas de cristal e poções mágicas. Ah, e diga também que quem puder pagar não necessitará mais de ver o Guardiã primeiro. Dessa forma as coisas serão ainda mais rápidas. O Mago e o Guardiã já fizeram as coisas da sua maneira por muito tempo!”

As bolas de cristal começam a falhar

Dito e feito. O Conselheiro gritou: “deixemos as pessoas escolherem e pagarem!”.

As pessoas que se sentiam mal viam o Mago e pagavam por sua magia. A quantidade de gente que o Mago via crescia e crescia, e ele se enriquecia e se enriquecia.

As pessoas que podiam pagar estavam felizes. O problema era que a fila não diminuía, mesmo que o Mago visse as pessoas que podiam pagar. Não só começou a ver mais gente que não estava tão doente, como também aqueles só preocupados por não se sentirem bem. Inclusive começou a ver gente em que as poções mágicas pareciam não trabalhar mais, e, de fato, a maravilhosa bola de cristal começou a dar mais e mais respostas equivocadas. O Mago pediu ao Conselheiro maiores e melhores bolas de cristal e mais poderosas poções mágicas.

Algo não ia bem. Muitas das pessoas viram que não estavam especialmente doentes, apesar do Mago achar que estavam. Mais e mais dinheiro foi sendo gasto.

“Alto!”, gritou a Rainha ao ver as contas mais e mais elevadas. “Mais e mais gente está vendo o Mago e montanhas de bola de cristal e poções mágicas estão sendo usadas, mas mais e mais gente se encontra doente.

O Mago, o Guardiã e o Conselheiro se olharam entre si.

“Deve-se ao fato de que eu posso decidir entre quem está suficientemente doente para ver o Mago”, disse o Guardiã.

“Besteira!”, gritou o Mago. “Deve-se ao fato de que o Conselheiro não quer pagar para ter melhores bolas de cristal e poções mágicas”.

A Rainha e o Conselheiro se olharam abatidos, pois já haviam escutado isso antes, e não mais impressionava. “Quero saber o que realmente está se passando!”, suplicou a Rainha.

O Guardiã teclou seu processador mágico em sua pequena bola de cristal e antes de um piscar de olhos apareceu a mensagem: “O valor de um teste diagnóstico depende da prevalência da condição na população testada”.

O mago e o guardião explicam sua magia

“Bom, o que isso significa? ”, perguntou o Conselheiro.

“Significa que minha bola de cristal trabalha melhor em pessoas que já têm uma probabilidade alta de ter uma doença”, respondeu o Mago. “Se a uso em muita gente que não está suficientemente enferma, não me dá respostas corretas.”

O Conselheiro olhava completamente perdido. “Tomemos essa pessoa aqui”, disse apontando para um servente que passava. “Supomos que ele procure o Guardiã com uma dor abdominal. Como a classifica?”.

“É fácil”, respondeu o Guardiã. “Eu vejo em torno de 150 destas e 18 meses, e examino todos. Uns 17 penso que podem estar muito doentes e envio ao Mago para que os veja, já que penso que necessitam de poções mágicas mais poderosas para curá-los.”

“Mas dos que me manda ver”, explicou o Mago, “somente 7 estão muito doentes”.

“Tranquilo”, disse o Guardiã. “A probabilidade de alguém que eu vejo com dor abdominal estar muito doente é somente 5% (7/150). A probabilidade de que alguém que tu vês está realmente enfermo é de 41% (7/17).”

“E tu solucionas os outros 95%?”, indagou o Conselheiro, que parecia mais impressionado.

“Naturalmente”, respondeu o Guardiã. “Exceto um caso raro a cada poucos anos, que está realmente mal, sem nenhum sinal evidente.”

“Já entendi”, disse o Conselheiro. “Mesmo que a taxa de falso positivos do Guardiã seja ao redor de 59% (10/17), sua taxa de falso negativos tende a zero, o que significa que todas as pessoas muito doentes realmente veem o Mago. E a probabilidade de que alguém esteja mal entre as pessoas que tu vês é muito alta”, continuou voltando-se para o Mago.

“Ou era, até que começaram a confundir o sistema”, interrompeu o Guardiã.

“O que eu não compreendo”, perguntou a Rainha imperiosamente, “é porque as bolas de cristal e as poções mágicas do Mago não funcionam.”

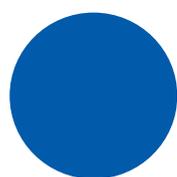
“Ah, isso é um pouco complicado”, replicou o Guardiã. “Eu sou muito melhor do que o Mago decidindo quem está bem e não necessita vê-lo. Quer dizer, tenho um Valor Preditivo Negativo de cerca de 100% (133/133), mas o Valor Preditivo Positivo baixo, de 41% (7/17), para a gente muito doente. O Mago, por outro lado, tem um baixo Valor Preditivo Negativo, porque, na realidade, praticamente a todos que vê, olha em suas bolas de cristal e aplica suas poções; mas possui um alto valor Preditivo Positivo para gente muito doente. Ele é muito bom decidindo quem está muito enfermo, mas não tão bom como eu, decidindo quem está bem. Dito de outro modo, eu pesquiso pela normalidade, e ele pesquisa pela enfermidade, e juntos, de fato, somos imbatíveis. Se ele começa a fazer o meu trabalho e pesquisa pela normalidade com suas bolas de cristal, tendemos a um terrível engano, já que estão programadas para encontrar doentes e não para encontrar sãos.

“Logo, o que estás dizendo é que nós precisamos de ambos”, interrompeu o Conselheiro rapidamente quando o Guardiã respirou. “Se as bolas de cristal do Mago e suas poções mágicas têm que trabalhar corretamente, ele só deveria ver as pessoas que o Guardiã pensa que tem uma alta probabilidade de estarem doentes. E o Guardiã deveria ver as pessoas que pensam que estão enfermas e tentar averiguar se realmente estão. Finalmente o sistema pode trabalhar de forma barata e eficiente.”

E afinal viveram felizes?

Então voltaram ao passado. A antiga separação de Guardiã e Mago se mostrou essencial para o cuidado das pessoas. Longe de ser algo cômodo. Limitar as pessoas que têm acesso ao Mago era o caminho mais eficiente de cuidar dos doentes. Convencer as pessoas disso era muito duro, mas, sem dúvida, necessário. O hábito de acesso direto às bolas de cristal e poções mágicas, uma vez adquirido, não é fácil de esquecer.

E como estimular a Rainha a dar mais dinheiro ao Guardiã e ao Mago para que o sistema funcione, isso é outra história...”



Saúde
Pública
Carioca

