

REFLEXÕES SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos; Adriana Coser Gutiérrez;
André Vinicius Pires Guerrero & Gustavo Tenório Cunha.

Atenção básica em sistemas públicos de saúde: uma estratégia em busca da universalidade, equidade e integralidade.

Segundo a cultura sanitária acumulada pela tradição dos sistemas públicos de saúde, a atenção básica à saúde (ABS) deveria se constituir em uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde (não a única, o que implicaria em burocratização intolerável, o Pronto-socorro é outra porta possível e necessária, por exemplo). Porém espera-se dela muito mais do que essa função de garantir acesso ao sistema. Afirma-se que na ABS deveriam ser resolvidos 80% dos problemas de saúde da população (WHO; 1978), desta porcentagem espera-se que, somente, entre 3 e 5% dos casos seriam encaminhados.

É tradição em outros países utilizar a expressão atenção primária em saúde (APS) em lugar de atenção básica, como denominamos aqui no Brasil em decorrência da tradução realizada na época em que passou a ser empregada. Contudo, importa mais do que definir a terminologia, o fato de haver inúmeras denotações quanto ao sentido de ambos os termos utilizados, básico ou primário entendidos às vezes como elementar, mínimo, ou, como Testa (1989) aponta, como simples, primitivo. Identificamos que, muitas vezes, a atenção básica, no imaginário de algumas pessoas, ainda remete à noção de menor complexidade, uma vez que se imagina lidar com problemas simples, os quais requereriam tecnologias menos sofisticadas e qualificação técnica simplificada. Partindo desse pressuposto, tende-se a desvalorizar o trabalho na ABS, o profissional da área costuma ser desvalorizado no mercado de trabalho do ponto de vista do status, em especial no caso da categoria médica. Sem dúvida que isso ocorre, de um lado, por existirem muitos interesses corporativos, econômicos, por trás desta diminuição da importância da função da atenção básica. Entretanto, de outro lado, compreendemos que o atual modo de organização do processo de trabalho na ABS ainda é, em determinadas

situações, como ainda acontece no Brasil, um tanto confuso tanto para o usuário como para o restante do sistema, o que não favorece a reversão de semelhante entendimento.

Tem sido possível produzir evidências do impacto positivo da atenção primária na saúde das populações através da comparação entre países (STARFIELD 2002). A atenção primária é considerada um arranjo assistencial importante aos países que almejem um sistema de saúde com atenção à saúde qualificada e em que seja um direito de cidadania.

"Em que medida estas diferenças na orientação da atenção primária estão associadas a uma saúde melhor, custos mais baixos e satisfação das pessoas com seu sistema de saúde? Uma comparação entre 12 nações industrializadas ocidentais diferentes indica que os países com uma orientação mais forte para atenção primária, na verdade, possuem maior probabilidade de ter melhores níveis de saúde e custos mais baixos" (Starfield; 2002, pg 32).

Barbara Starfield (2002), não só é uma referência no assunto, como também a edição de seu livro no Brasil, *“Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias”*, é uma publicação institucional do Ministério da Saúde em parceria com a OPAS, que tem exercido larga influência entre aqueles envolvidos com o SUS. A autora cita um estudo, coordenado por ela mesma e publicado em 1994, em que compara 12 países industrializados. É interessante destacar que a comparação é feita entre países considerados ricos. Ou seja, mesmo em situação de abundância, alguns países, entre eles os EUA, com baixa orientação para a atenção primária, têm indicadores piores que países menos ricos.

Para medir a “força da atenção primária” em países com configurações de “sistemas de saúde” tão diferentes, a autora escolheu parâmetros para avaliação do Sistema de saúde e parâmetros de avaliação do funcionamento dos serviços de Atenção Primária.

"Foi desenvolvida uma classificação para a força da orientação de atenção primária utilizando cinco características do sistema de saúde que se

pensava estarem associadas a uma forte atenção primária e seis características das unidades de saúde que refletem uma forte atenção primária". (STARFIELD; 2002, pg 32)

Estas características merecem especial atenção porque ressaltam sistemas com “eficácia comprovada”. As cinco características do sistema foram: 1- “a medida na qual os profissionais e instalações de saúde estavam regulados de modo que estivessem geograficamente distribuídos aproximadamente de acordo com o grau de necessidade”; 2- o tipo de médico designado como médico de atenção primária; 3- os honorários profissionais dos médicos de atenção primária em relação a outros especialistas; 4- o número de médicos de atenção primária em relação a outros especialistas; 5- a extensão da cobertura de seguro para os serviços de saúde.

A autora utilizou também como elemento de comparação seis características das unidades de saúde, importantes para medir a força da atenção primária: 1- a extensão na qual as pessoas buscam o primeiro atendimento com seu médico de atenção primária antes de ir a qualquer outro lugar; 2- a força das relações entre as pessoas e seu médico de atenção primária; 3- a medida em que a unidade de atenção primária tratou de necessidades comuns, independente de seu tipo; 4- o grau de coordenação entre a atenção primária e outros serviços de saúde; 5- a orientação familiar da atenção primária; 6- a orientação comunitária da atenção primária.

Podemos dizer que das seis características três se referem diretamente ao vínculo entre pacientes e médicos. Todas se referem, de algum modo, a um tipo especial de clínica na atenção primária: com abordagem ampliada (familiar e comunitária), com confiança e disponibilidade (“força das relações”, “primeiro atendimento”) e capacidade técnica para se responsabilizar pelos problemas mais prevalentes, independente do tipo (coordenação).

É necessário observar que a autora focaliza bastante características referentes ao profissional médico. Provavelmente isto se deve em parte a necessidade de buscar termos comuns para comparação (poucos países com Atenção Primária instalada operam com

uma equipe interdisciplinar, a maioria tem uma APS com configuração centrada no médico).

“O imperativo tecnológico do século XX tem sido responsável por uma tendência à especialização e à inferioridade do generalista, sendo este imperativo mais forte em alguns países do que em outros.”
(STARFIELD;2002, pg 32)

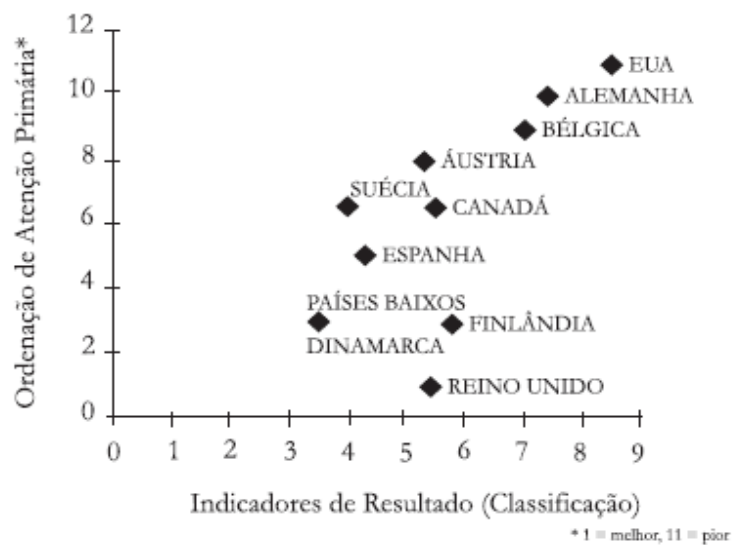
Ou seja, existe uma tendência no mundo contemporâneo industrializado para a fragmentação e a especialização. Esta tendência se manifesta com muita força na profissão médica e tem impacto enorme nas configurações da atenção primária. No Brasil este tema é muito relevante dada a dificuldade de fixação de profissionais médicos na atenção básica e a presença de serviços “sem médico” (podemos chamar assim - sem nenhum desmerecimento ao impacto positivos obtido com a implantação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) em regiões com ausência de profissional médico). No Brasil há ainda a dificuldade em se gerenciar o trabalho médico em Unidades Básicas ditas tradicionais, muito frequentemente com uma presença rarefeita de médicos, tanto proporcionalmente à população quanto em função do pequeno envolvimento do mesmo, inclusive com o costume de não cumprimento da jornada de trabalho contratada.

Quanto a avaliação do impacto e dos custos dos diferentes sistemas de cada país, a autora utilizou os seguintes parâmetros para comparar resultados e custos: 1. Classificação das taxas para 14 indicadores de saúde obtidos por métodos comparáveis e de uma única fonte de dados. Os indicadores incluíam mortalidade neonatal; mortalidade pós-neonatal; mortalidade infantil (neonatal e pós-neonatal combinadas); expectativa de vida na idade de 1 ano (para eliminar a contribuição da mortalidade infantil) e nas idades de 20, 65 e 80 anos, para homens e mulheres, separadamente; taxas de morte ajustadas por idade; anos de vida potencial perdidos antes de 65 anos como resultado de problemas preveníveis. Também incluíram uma medida de morbidade: porcentagem de baixo-peso no nascimento. 2. Classificação para gastos totais de sistemas de saúde *per capita*, expresso pela paridade do poder de compra. 3. Classificações para a satisfação de cada população com seu sistema de saúde, obtida por uma pesquisa por telefone em que as

As pessoas classificaram o sistema de saúde de seu país de acordo com a extensão em que necessitava de melhorias. A classificação foi baseada na diferença entre a porcentagem da amostra de população relatando que seriam necessárias mudanças importantes e a porcentagem que dizia que seu sistema necessitava apenas de mudanças menores para torná-lo melhor. 4. Classificações para gastos por pessoa para medicamentos prescritos pela paridade do poder de compra, sendo conferido grau 1 ao país com os menores custos de medicamento prescrito.

Os resultados do estudo demonstraram um efeito positivo importante da atenção primária nos indicadores escolhidos e nos custos. A figura abaixo ilustra os resultados em relação aos indicadores de resultado:

Figura 1.3
Relação entre a força da atenção primária e os resultados combinados.



Fica evidente que a ausência de atenção primária significa pior resultado de saúde e maior custo. A autora acrescenta que:

“as características do sistema e as características da unidade de saúde estavam altamente relacionadas, ou seja, países nos quais as políticas de saúde conduziam à atenção primária eram os países em que as

características das unidades de saúde também refletiam uma forte atenção primária” (Idem p 36)

Sem desconsiderar que a autora toma aquelas características positivas de sistema como sendo características de políticas de saúde que objetivam construir uma rede de atenção primária adequada – o que coloca para o Brasil questões importantes quanto a nossa política de saúde para a atenção básica –, nos interessa neste momento destacar que existe uma forte relação entre estes dois campos: políticas de saúde e características das unidades de saúde. São talvez campos distinguíveis mas não separáveis. Um campo geral das políticas de saúde (e até das políticas públicas sociais), próximo das características de sistema, e outro da gestão e das práticas dos serviços de saúde, mais próximo das características das unidades de saúde (ou mais especificamente das práticas de saúde realizadas nestas unidades). No Brasil há dificuldade com a ABS nestes dois campos, tanto no da gestão e das práticas clínicas, quanto no mais amplo da política do SUS (Campos; 2006).

Dito isto, estamos reconhecendo que o resgate da definição ampliada de ABS depende também, ou, talvez, principalmente, de políticas públicas que reformulem ou fortaleçam as práticas da atenção básica orientadas para a sua finalidade de fato.

Diretrizes organizacionais para que a ABS cumpra com seu papel:

Temos trabalhado com algumas diretrizes ou funções que a atenção básica deveria cumprir para conseguir, na prática, realizar esse desempenho (Campos; 2003):

- **Acolhimento à demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade:** os pacientes precisam ser acolhidos no momento em que demandam. Sem isso a ABS nunca se constituirá em verdadeira porta do sistema. A dimensão do acolhimento pressupõe a disposição, organização e preparação da equipe para receber, em momentos e horários variáveis, grande variedade de demandas e avaliar os riscos implicados assegurando seu atendimento, visando à máxima resolutividade possível. Ao mesmo tempo, por meio do recurso da visita domiciliar, adscrição de clientela e análise

das condições de saúde da comunidade e do território espera-se uma postura que vincule pessoas, famílias e a comunidade às Equipes de ABS e identifique o risco e vulnerabilidade desses indivíduos, famílias e setores da comunidade.

- **Clínica ampliada e compartilhada:** a clínica realizada na rede básica de saúde tem uma série de especificidades, o que a torna diferente da realizada em grandes centros hospitalares ou ambulatorios de especialidades (Nunes; 2005). Contrário ao que se costuma pensar há grande complexidade nas intervenções na rede básica. O complexo se define em termos de número de variáveis envolvidas em um dado processo, nesse sentido é necessário intervir sobre a dimensão biológica ou orgânica de riscos ou doenças, mas será também necessário encarar os riscos subjetivos e sociais. Essas dimensões estarão presentes em qualquer trabalho em saúde, no entanto na rede básica atingem uma expressão maior, sendo necessário não somente considerar esses aspectos no momento do diagnóstico, mas também lograr ações que incidam sobre estas três diferentes dimensões. A proximidade com as redes familiares e sociais dos pacientes facilita essas intervenções, porém sem eliminar sua complexidade. Ainda, a possibilidade de se construir vínculos duradouros com os pacientes é condição para o aumento de eficácia das intervenções clínicas, sejam essas diagnósticas, terapêuticas ou de reabilitação. A construção do caso clínico pode ser efetivada em vários encontros ao longo do tempo, com isso, ao mesmo tempo, aumentar-se-á a confiança entre profissionais e usuários. Assim, a clínica deverá ser ampliada, partindo de seu núcleo biomédico para os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito, respeitando a característica singular de cada caso - 'cada caso é um caso' - sem abrir mão de critérios técnicos previamente definidos (diretrizes clínicas, programas, etc). A metodologia necessária para essa reformulação do trabalho em saúde depende da participação do usuário tanto no diagnóstico quando no processo terapêutico, depende da instituição de mecanismo de compartilhamento da clínica.

- **Saúde Coletiva:** ainda será necessário que a rede básica realize procedimentos de cunho preventivo e de promoção à saúde no seu território. Busca ativa de doentes, vacinas, educação, medidas para melhorar a qualidade de vida, projetos intersetoriais, tudo isso vêm sendo recomendado amplamente pela bibliografia da área e

contribui com certeza para a resolução e prevenção de inúmeros problemas de saúde (Starfield; 2002 & WHO; 1994).

- Participação na gestão (co- gestão):

Uma das conquistas da Reforma Sanitária, que trouxe um diferencial democrático na organização dos serviços de saúde, refere-se à institucionalização de mecanismos que permitem a participação e o controle social. Estes mecanismos devem aparecer tanto nas ações de co-gestão dos serviços de saúde como nas próprias organizações locais de moradores quanto na forma/metodologia de implantação dos serviços em determinado território.

Dentro diversos aspectos, vale enfatizar a importância em favorecer a efetiva organização da população local, considerando sua história e cultura específica, estando-se aberto para vários tipos de dispositivos que favoreçam a participação além dos arranjos oficiais do SUS. A mobilização comunitária pode ser facilitada quando se divulga a proposta do serviço, abre-se debate sobre a possibilidade de readequar o modelo de organização sempre que necessário. A inserção da equipe na comunidade deve ser valorizada. A participação da população na organização do processo de trabalho na ABS, em conjunto com a equipe, deve ser considerada como forma de garantir espaços de fala e escuta, balizando a gestão entre as necessidades/demandas e a disponibilidade de recursos existentes. Desta forma, e em ritmo processual, esta valorização poderá estimular a co-responsabilidade da comunidade com o processo saúde x doença, ampliando a autonomia da população de determinado território e reforçando a relação equipe de saúde com a comunidade. A presença da equipe de saúde no cotidiano da comunidade, agrega valor à vida de pessoas e ao trabalho em saúde.

Observa-se que, na prática, essas funções se entrelaçam, a ampliação e a efetividade do cuidado dependerão da possibilidade e da capacidade de cada Equipe combinar modos de intervenção de cada um desses campos na proporção exigida pelo caso. A composição dessas três funções não é uma tarefa simples. É freqüente se observar desvios que diminuem a capacidade da rede. Em alguns casos há redes que se voltam principalmente para a prevenção de riscos e ações comunitárias deixando a resolutividade clínica para a rede de urgência e hospitalar. Em outros, observa-se uma ABS transformada em pronto atendimento clínico de baixa qualidade. Nenhuma dessas

alternativas garante o papel resolutivo que a ABS deve sustentar. A capacidade de a rede básica resolver 80% dos problemas de saúde dependerá tanto de investimentos, quanto da adoção de um modelo organizacional adequado e que permita o cumprimento dessas quatro funções.

Modelo Organizacional para a ABS:

Para se atingir essa capacidade de resolver problemas de saúde, entendemos que a ABS deverá ordenar-se segundo algumas diretrizes:

- Trabalho em Equipe Interdisciplinar: sabe-se que nenhum profissional conseguiria ter um acúmulo de conhecimentos e habilidades práticas suficiente para cumprir simultaneamente essas três funções. Por outro lado, a fragmentação da atenção básica em diversas especialidades ou profissões, que não buscam formas integradas para a atuação, tem se demonstrando como sendo um modelo inadequado. No Brasil, o Ministério da Saúde, a partir de 1994, apoiando-se em experiências municipais, adotou um desenho para a composição básica dessa Equipe com base na lógica da Saúde da Família: médico, enfermeiro, dentista, técnicos ou auxiliares de enfermagem e odontologia, todos com formação e função de generalistas, e os agentes de saúde, uma nova profissão, em que trabalhadores recrutados na comunidade fazem ligação da equipe com família e com a comunidade (Brasil/MS; 2006).

Em algumas localidades há experiências que incorporam outros profissionais à ABS, ainda que procurem manter sempre a Equipe de Saúde da Família como núcleo central para ordenar a atenção. Com a idéia de constituírem-se redes de Apoio Matricial, agregam-se Equipe de Saúde Mental, Reabilitação, Nutrição, Saúde Coletiva e Desenvolvimento Social, Saúde da Mulher e da Criança, entre outras, que trabalham articuladas com várias Equipes de Saúde da Família em um determinado território. Algumas cidades têm experimentado deslocar especialistas em áreas com grande demanda para também atuarem na atenção básica. Recentemente o Ministério da Saúde aprovou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, que busca ordenar e criar mecanismo de co-financiamento para esse estilo de ampliação do atendimento na ABS.

- Responsabilidade Sanitária por um Território e Construção de Vínculo entre Equipe e Usuários: com objetivo de definir-se a responsabilidade sanitária de modo claro, recomenda-se que cada Equipe de Saúde da Família bem como outras com função de Apoio Matricial tenham a seu encargo o cuidado à saúde de um conjunto de pessoas que vivem em um mesmo território. A Equipe deve conhecer os condicionantes de saúde dessa região, bem como identificar risco e vulnerabilidade de grupos, famílias e pessoas, desenvolvendo projetos singulares de intervenção. A construção de vínculo depende desse desenho organizacional e também da ligação longitudinal – horizontal ao longo do tempo – entre Equipe e usuários.

- Abordagem do Sujeito, da Família e do seu Contexto, a busca da ampliação do cuidado em ABS: que depende do exercício combinado das quatro funções acima explicitadas. Dentro dos limites da ABS, cada Equipe deve contar com meios para resolver problemas de saúde valendo-se de ações clínicas, de promoção e prevenção e, até mesmo, de reabilitação e alívio do sofrimento. Espera-se que as Equipes consigam tanto apoiar a comunidade e outros setores para a intervenção sobre determinantes do processo saúde/doença, quanto garantir atenção singular aos casos com maior vulnerabilidade.

- Reformulação do saber e da prática tradicional em saúde: Recomenda-se uma reformulação e ampliação do saber clínico, com a incorporação de conceitos e de ferramentas originários da saúde coletiva, saúde mental, ciências sociais e de outros campos do conhecimento que permitam aos trabalhadores de saúde lidar com a complexidade do processo saúde e doença, incorporando o social e o subjetivo, bem como fazer a gestão do trabalho em equipe e em sistemas de rede.

Para isso é fundamental formação Paidéia, a instituição de programas de educação permanente, com cursos e discussão de casos, de consensos clínicos, que tornem possível esse trajeto.

Migrar o ensino para a ABS não significa automaticamente migrar o ensino para um paradigma novo. Frequentemente a ABS reproduz, em condições limitadas, o mesmo modelo de atenção à saúde dos serviços especializados. A Abordagem Ampliada depende da reformulação do paradigma tradicional denominado de biomédico. Para isso recomenda-se tomar o sujeito em sua família e em seu contexto econômico, social e

cultural, bem como envolver os usuários tanto na gestão do sistema de saúde, quanto na construção de sua própria saúde.

- Articular a ABS em uma rede de serviços de saúde que assegure apoio e amplie a capacidade de resolver problemas de saúde. A ABS necessita de uma ligação dinâmica e de apoio com outras redes, a saber, de urgência, hospitalar, de centros especializados, de saúde coletiva, de desenvolvimento social, etc.

STARFIELD (2002) valoriza, entre outras, quatro características da ABS: a acessibilidade (daí a possibilidade de se constituir em importante porta de entrada do sistema); a continuidade ou longitudinalidade (característica que modula fortemente as possibilidades da prática clínica); a integralidade (responsabilidade por todos os problemas de saúde da população adscrita) e a coordenação (capacidade de responsabilizar-se pelo sujeito, mesmo quando compartilha o cuidado com outros serviços especializados do sistema). Esta última característica, pode ser considerada complementar à anterior, pois ao se tomar a integralidade da atenção básica como a responsabilização por todos os problemas de saúde da clientela adscrita, dever-se-á admitir que será necessário, em muitos momentos, que a atenção básica compartilhe a atenção com outros serviços de saúde do sistema. A forma recomendada para fazer este compartilhamento é coordenando os projetos terapêuticos. Muito diferente do que ocorre, ainda freqüentemente, com os “encaminhamentos” dos pacientes entre os serviços, ou seja, a transferência de responsabilidade e não compartilhamento e muito menos coordenação. Existiriam formas para produzir estas características da APS tanto nas políticas quanto na gestão e nas práticas? E ainda: haveria relações entre estes campos, que não se operam somente numa direção? De qualquer modo, nos interessa chamar a atenção para o fato de que diretrizes ou características gerais das políticas não são suficientes para determinar esse estilo de práticas e de gestão do cuidado. Ou seja, recapitulando: tanto as diretrizes gerais da política para ABS podem não estar adequadas, quanto mesmo que estivessem nada indicaria que seriam suficientes, porque também são dependentes de uma saber fazer, de um modo não tradicional de fazer clínica e gestão.

Para o Ministério da Saúde (2006), a atenção básica caracteriza-se, de modo geral, por: não dissociar a atenção individual da coletiva a partir da promoção, prevenção,

proteção e reabilitação para a manutenção da saúde; **organizar-se a partir do trabalho em equipe por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas; utilizar tecnologia de elevada e de baixa densidade com base em problemas de saúde mais frequentes em determinada base territorial; reconhecer-se como o contato preferencial dos usuários com todo o sistema de saúde.**

Ao longo dos últimos anos houve várias formas de organizar a atenção básica no Brasil, embora, haja predominado relativo descuido com o desenvolvimento dessa estratégia. Todavia, desde 1994, com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo MS, depois denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), passou-se a incentivar financeiramente um modelo específico de organização da rede de atenção básica, que traz em seu escopo um conjunto de diretrizes, como o trabalho em equipe de base territorial, a promoção e a prevenção à saúde, o perfil do profissional generalista, a incorporação do agente comunitário de saúde, a normatização do processo de trabalho, dentre outros.

Com isso, a ESF, ainda que se tenha inspirado em modelos de países como Cuba, diferencia-se de outras experiências internacionais em função de incorporar o trabalho em equipe multidisciplinar, destacando a função do agente comunitário de saúde.

Andrade & Barreto (2003/2004) têm também essa percepção, quando afirmam que a ESF é vista como um modelo de APS focado na unidade familiar, construído operacionalmente na esfera comunitária. Então, por definição, pode-se considerar a experiência brasileira de ESF como modelo coletivo de atenção primária, com a peculiaridade de ser construído no âmbito de um sistema de saúde público e universal.

Essa compreensão da ESF como o componente primário de um sistema público de saúde de amplitude nacional redimensiona sua relevância, pois o próprio impacto da ESF na saúde dos usuários do SUS vai depender essencialmente da sua capacidade de integração com as redes de atenção à saúde: ambulatorial especializada, hospitalar secundária e terciária, rede de serviços de urgência e emergência bem como rede de serviços de atenção à saúde mental.

Andrade, Barreto & Bezerra (2006) definem a ESF como um modelo de atenção primária, operacionalizado através de estratégias/ações preventivas, promocionais, de

recuperação, de reabilitação e de cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focando-se na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido.

No entanto, apesar da franca expansão da ESF em algumas regiões do país, é importante reconhecer que estamos longe de dispor de uma rede de atenção básica com ampla cobertura e com eficácia adequada. Apesar de a ESF figurar como prioridade no discurso oficial, quando se examina as ações concretas desenvolvidas para honrar essa suposta prioridade, verifica-se que há financiamento insuficiente, ausência de política de pessoal e de um projeto consistente para formação de especialistas. Além disto, seria preciso que as redes de atenção básica organizadas segundo outras tradições, fossem reorientadas para as diretrizes acima referenciadas, como as de coordenação, de continuidade do cuidado, de clínica ampliada, dentre outros. Igualmente, deveriam receber apoio e orientação no sentido de melhor equalização do processo de incremento do acesso concomitante à qualificação do processo de trabalho. Registre-se esta observação, porque a ESF não se propõe a reorganizar redes de atenção básica existentes antes da vigência daquele programa. Esta realidade é bastante freqüente nas regiões sul e sudeste do país.

Conill (2007), em estudo sobre a atenção básica do município de Florianópolis, encontra evidências que apontam para uma discreta superioridade da ESF em comparação às atividades das unidades tradicionais, em razão da incorporação de práticas de territorialização, de maior vínculo, de envolvimento comunitário e de acompanhamento de prioridades programáticas, o que é coerente com o seu referencial normativo. No entanto, o acesso permanece crítico, havendo dificuldades nas estruturas físicas das unidades físicas e na composição e desempenho das equipes, além de fragilidades na gestão e na organização de redes de serviços.

Em março de 2006 foi aprovada a Portaria 648, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização do programa de saúde da família (PSF) e do programa de agentes comunitários de saúde (PACS), com base na revisão da legislação vigente até o momento, em uma perspectiva do pacto pela saúde, sendo este o que

regulamenta centralmente, em blocos de financiamento, o cumprimento de metas sanitárias de modo tripartite. A Portaria 648 traz fundamentalmente a reafirmação da ESF como modelo de atenção básica para todo o país e como ordenadora das redes de atenção à saúde. Estabelece ainda, em seu escopo, a mudança da expressão antes utilizada de programa de saúde da família para estratégia saúde da família, no entendimento de que todos os programas tornam-se políticas, uma vez que a programação denota um status provisório já há muito questionado, ao passo que política denotaria algo estável e sustentável do ponto de vista da organicidade institucional.

A Política Nacional de Atenção Básica (MS, 648/2006) tem em seu corpo as definições de princípios gerais que caracterizam a atenção básica: quando implantada a ESF no território, que esta seja hegemônica e substitua o modelo tradicional de atenção básica; que as equipes tenham a família e a comunidade como unidades privilegiadas; que haja um planejamento situacional para o enfrentamento dos problemas de saúde de modo pactuado com a comunidade em questão e que seja promotora de cidadania; define responsabilidades de cada esfera de governo: cabe ao município inserir a ESF como organizadora do sistema local de saúde, garantindo as condições de trabalho, compreendidas como infra-estrutura física, materiais, insumos, equipamentos, acompanhamento e capacitação das ESF, devendo-se cumprir 40h/semana. Ao governo estadual cabe viabilizar, na Comissão Bipartite, as normatizações e as diretrizes que assegurem o cumprimento dos princípios gerais, acompanhando, avaliando e monitorando através de assessoria técnica, de modo a proporcionar o desenvolvimento da ESF seja no credenciamento ou no descredenciamento das equipes, no fluxo de informações e nos recursos, intermediando o município e o MS. Ao governo federal atribui-se que viabilize, através da CIT, as normatizações e as diretrizes da ESF com aporte financeiro e de articulação entre as demais esferas para a qualificação das equipes das ESF. Em suma, define, para as três esferas federativas, a criação de metas e de mecanismos de acompanhamento das ESF expressos em planos de saúde; infra-estrutura e recursos necessários; cadastramento das unidades que prestam serviços básicos de saúde; processo de trabalho das equipes de atenção básica; atribuições dos membros das equipes de atenção básica; processo de educação permanente.

Neste documento é nítida a política indutora para a implantação da ESF principalmente através do incentivo financeiro. Tal situação acabou por gerar críticas da parte de alguns municípios e estados sobre a viabilidade da ESF face as suas diretrizes e regras, consideradas rígidas. Argumenta-se, por exemplo, sobre a insuficiência do apoio financeiro federal e sobre a omissão dos estados. Pondera-se que, para os grandes centros urbanos, a proposta não se aplicaria em função da obrigatoriedade de contratação, principalmente, do profissional médico em 40h/ semana, pois haveria outras ofertas de emprego com melhores salários; questiona-se a viabilidade do trabalho territorial e de aproximação maior da comunidade em razão da violência urbana; alega-se que o processo de trabalho não se adaptaria ao perfil da cultura urbana – obrigatoriedade de vínculo a determinada equipe –, ao elevado custo de manutenção etc.

De qualquer modo, observa-se que a ESF passou a ser a política oficial do SUS para a atenção básica, e, em alguma medida, estruturante da rede básica em seu todo, ocorrendo variações apenas em torno das diretrizes.

A ABS realmente existente:

De fato, valeria questionar-se, onde existiria essa ABS idealizada em recomendações oficiais e textos teóricos? Em nenhum lugar, com certeza. Como está acontecendo com o SUS em geral, também a implantação da rede de ABS no Brasil está ocorrendo de maneira bastante heterogênea. O que se resumiu acima são recomendações genéricas, que alguns gestores e profissionais procuram transformar em realidade.

Em tese teríamos quase 70 milhões de brasileiros vinculados a distintos programas na ABS. No entanto, a qualidade e a capacidade resolutiva desses serviços são muito desiguais. Temos desde cidades com baixa cobertura, até outras que alcançaram setenta por cento de famílias vinculadas à ABS. O apoio ao exercício de uma clínica eficaz é igualmente heterogêneo, o mesmo se pode dizer sobre a integração da ABS ao sistema hospitalar e de especialidades. Além disso, há problemas sérios com a política de pessoal, desde o sistema precário de contratação até a quase inexistência de oportunidade tanto para a formação especializada quanto para acesso a processos de educação permanente. A maioria absoluta dos médicos, enfermeiros e dentistas não têm formação

especializada em saúde da família, ou em saúde coletiva ou para o exercício de uma clínica ampliada de cunho generalista, nem contam tampouco com apoio técnico ou institucional.

Outra característica da alternativa brasileira que requer reflexão é a forma de vinculação da clientela: absolutamente territorial. Comparando experiências da APS pelo mundo, percebemos que predominam formas de vinculação pessoal/individual, como no Reino Unido/Canadá, entre outros. A adscrição territorial no Brasil é mista, abrangendo famílias/domicílios e indivíduos, ainda que o que os autorize a vincular-se a alguma equipe seja o território – espaço geográfico - daquela equipe. O cadastramento no Brasil tanto considera o cadastro de domicílios no território quanto o número de pessoas por domicílio. Ou seja, o tamanho do território deve depender do número de pessoas. Chama a atenção o fato de que se instalou no Brasil uma certa confusão entre domicílios e famílias, como se fossem necessariamente equivalentes¹⁷. Tal característica do arranjo brasileiro, seguramente merece um estudo mais detalhado. O vínculo entre equipe de saúde e usuário é secundarizado pela inexistência de direito de escolha do usuário em relação a sua equipe. Seguramente independente do desempenho profissional, dos afetos e dos efeitos sanitários a possibilidade de escolha, presente em alguma medida em vários países, o que, talvez, seja um dos fatores que interferem negativamente na legitimidade social do sistema. Também é bastante possível que, dada a importância do vínculo terapêutico na Atenção Básica, uma certa flexibilidade de escolha tenha efeito favorável, na medida em que dá mais poder ao usuário e evita a convivência forçada em situações de transferência muito negativa.

A variedade de modos para se organizar a atenção primária, bem como suas modulações, permite uma multiplicidade de combinações, que, de fato, deveriam ser incluídas como alternativas locais na estratégia brasileira de ABS. Trabalhamos com a hipótese, a ser verificada, de que não há melhor combinação ou modelo em abstrato, ainda que existam diretrizes de comprovada eficácia, como é o caso da atenção com

¹⁷ É um conceito habitacional de família entre outros possíveis. Se todos do mesmo domicílio/família são adscritos com a mesma equipe, um grupo qualquer de pessoas que se considere uma família (por laços afetivos ou sangüíneos) e que more em domicílios distantes (dois irmãos, por exemplo) não podem ser adscritos à mesma equipe de referência

vínculo longitudinal e sobre os efeitos benéficos da coordenação de casos. O melhor arranjo será aquele que melhor corresponder a singularidade de cada contexto. Tomando-se uma concepção ampliada de contexto, não reduzido ao perfil epidemiológico, mas considerando também disponibilidade de recursos, capacidade instalada, padrão cultural e de urbanização, etc. Por outro lado, aquelas características cuja eficácia hajam sido testadas em estudos comparativos deveriam prevalecer sobre outras alternativas.

Neste sentido cabe uma pequena observação sobre algumas dificuldades brasileiras na implantação da ABS. Por um lado parece haver ainda uma forte herança de um padrão de funcionamento que pensa mais fortemente a prevenção e as ações de promoção do que a clínica individual, principalmente médica. Podem resultar daí algumas características da nossa Atenção Básica, a saber:

- Persistência tanto de Unidades Básicas de Saúde (ou melhor denominadas Postos de Saúde) que poderíamos dizer serem um misto miniaturizado de CDC¹⁸ americano com tecnologias programáticas e de promoção à saúde, quanto de serviços de pronto atendimento e unidades de emergência, caracterizando uma espécie de atenção primária degradada para os pobres.

- Lenta implantação de um ESF com dificuldades estruturais e políticas cujo enfrentamento não se vislumbra no horizonte imediato. O discurso oficial é acrítico, a Estratégia de Saúde da Família estaria completa quanto a concepção e desenho. Os problemas seriam decorrentes da falta de ESF.

O resultado do otimismo panglossiano das autoridades sanitárias com a ESF é paradoxal. Enquanto se vive, no concreto, impasses em relação a real implantação da Atenção Básica no país, há um discurso fechado das autoridades federais que parecem ignorar o país real. Por exemplo, não somente há empecilhos graves a fixação de profissionais médicos na Atenção Básica, quanto existe também uma forte crítica à

¹⁸ CDC Centro de controle de doenças dos EUA. Órgão estatal em perfeita harmonia com o sistema privado de atenção à saúde.

qualidade do trabalho médico, sem qualquer referência ao fato de que, em todos os países do mundo, nenhuma estratégia para a APS funcionou sem alguma solução para o trabalho médico. A crítica à bio-medicina, para alguns, transforma-se em combate aos médicos em geral. Talvez se esteja alimentando um círculo vicioso: más condições de trabalho, indefinições políticas / insegurança e demanda excessiva reforçam uma clínica reduzida ao núcleo profissional, dificultam o vínculo e facilitam a rotatividade profissional. Talvez ainda seja válida a crítica a uma tendência na área de saúde coletiva de tomar o trabalho médico como intrinsecamente comprometido com a reprodução e manutenção do capitalismo, não reconhecendo méritos na clínica individual. Neste movimento paradoxal tem sobrado pouco espaço real de diálogo sobre o trabalho médico tanto com os próprios, quanto a seu respeito na sociedade. O que diminui as chances de se construir uma política pública capaz de incluir estes profissionais nos serviços de saúde. Com isto existe o risco, na verdade, de uma aproximação da missão da atenção básica das ações de saúde que prescindem do médico. Sob um discurso aparentemente progressista estreita-se o caminho para não se implantar o SUS e, de fato, perpetuar a predominância do sistema privado. Para completar o quadro podemos diagnosticar, lado a lado deste discurso hipercrítico do trabalho médico, uma certa expectativa de adesão da categoria médica ao SUS por meio de uma conversão a um certo “espírito missionário”. Ou seja, a presença de um certo apelo moralizante que, na verdade, se opõe totalmente a possibilidade de cidadania, de direitos sociais, de autonomia e da instituição real de um sistema de saúde público universal.

Voltando aos desafios clínicos e gerenciais, podemos observar que a maior parte das características da ABS apontadas por STARFIELD, Campos, Cunha, e pela própria ESF oficial, convidam a desdobramentos não normativos. Senão, como pensar vínculo e seguimento (continuidade) sem pensar em um certo tipo de prática clínico-gerencial correspondente, que possibilite uma sustentação do vínculo? (Em outras palavras seria o mesmo que perguntar qual tipo de clínica predomina entre profissionais e usuários que estão sempre, como no pronto atendimento, se vendo pela primeira vez?) Como imaginar a integralidade / coordenação sem uma prática clínica ampliada? Coordenar significa também enfrentar certezas míopes de especialistas quando necessário, valorizando a

experiência acumulada e o vínculo, assumindo as incertezas de uma clínica com baixo valor preditivo positivo. Como imaginar a acessibilidade sem uma disponibilidade / capacidade clínica de se organizar e acolher a demanda não agendada / programada? Como imaginar os diversos tipos de composição de equipe sem pensar no apoio para o trabalho em equipe, em busca constante da construção de uma grupalidade solidária, de modo a evitar fragmentações e disputas? O aprofundamento da compreensão da Atenção Básica em relação a algumas das suas características importantes parece requerer também uma compreensão das práticas clínicas e gerenciais, nas suas especificidades e nos seus entrelaçamentos. Da mesma forma, a qualificação da prática clínica dos profissionais da atenção básica depende também de uma clareza quanto a definição destas características. Pensar a atenção básica, suas possibilidades e desafios no Brasil, independente do peso que cada uma de suas características gerais em cada situação singular, significa pensar a CLÍNICA e a GESTÃO. Ou seja, fazer o seguimento longitudinal com vínculo, responsabilização implica tanto recursos clínicos dos profissionais, quanto apoio / suporte / cobrança. Da mesma forma, a coordenação ou a clientela adscrita. Esta hipótese confronta-se, em grande medida, com a situação atual da política para a atenção básica no Brasil, em que as características da ABS são pouco debatidas em nome de uma lógica dicotômica: ESF ou não ESF. Em realidade, seria necessário instituir-se um clima menos polarizado, em que fosse possível trabalhar alguns dilemas. Como reordenar o modelo de atenção de uma Unidade Básica tradicional para aproximá-las das diretrizes acima comentadas? Que composição mínima deveria ter as equipes da atenção Básica, como ampliar a multiprofissionalidade com a lógica do apoio matricial? Qual a clientela possível de ser atendida por uma equipe da ABS? Qual a relação entre as pessoas, suas famílias e a comunidade? Como incorporar o acolhimento sem transformar a ABS em pronto atendimento?

Diante deste quadro complexo na ABS brasileira o objetivo deste livro é investigar as dificuldades clínico-gerenciais mais importantes para a qualificação da atenção básica no Brasil, A partir desta investigação contribuir para a construção de propostas de formação e co-gestão de profissionais capazes de fazer uma clínica mais ampliada.

Concluindo pode-se observar que, apesar da mudança de cenário, a ABS tende, na prática, a reproduzir o modelo biomédico dominante, sendo necessários esforços continuados e sistemáticos para reformular esse tipo de prática e de saber.

BIBLIOGRAFIA:

ANDRADE, BARRETO & BEZERRA. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos, G. (org). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006.

BRASIL, MS (Ministério da Saúde).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária nas Secretarias Estaduais de Saúde: um diagnóstico preliminar. CONASS Documenta, v.7. Brasília, 2004, p.22.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Avaliação da Atenção Primária: uma breve aproximação de conceitos e caminhos. CONASS Documenta, v.7. Brasília, 2004, p.46.

_____. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. _____. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB/96 01/96, de 05 de novembro de 1996.

_____. PORTARIA GM/MS Nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997 - Aprova normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.

_____. PRT/GM/MS Nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997 - DO de 22/12/97 - Estabelece o Piso de Atenção Básica - PAB e sua composição.

_____. PRT/GM/MS Nº 3.925, de 13 de dezembro de 1998 - DO de 17/11/98 - Aprova Manual para Organização da Atenção Básica no SUS.

_____. PRT/GM/MS Nº 476, de 14 de abril de 1999 - DO de 22/4/99 - Regulamenta o processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica, quanto aos resultados alcançados e quanto à oferta de serviços financiados pelo Piso de Atenção Básica.

_____. PRT/GM/MS Nº 832, de 28 de junho de 1999 - DO de 29/6/99 - Regulamenta o processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica a Saúde.

_____. PORTARIA GM/MS Nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999 - Cria o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças.

_____. PRT/GM/MS Nº 12, de 7 de janeiro de 2000 - DO de 10/1/00 - Define que, no ano 2000, o processo de pactuação entre os Estados e os Municípios e entre o Ministério da Saúde e os Estados, para melhoria dos indicadores de Atenção Básica, obedecerá à mesma sistemática estabelecida na PRT/GM/MS nº 832, de 28/6/99. Republicada no DO de 12/1/00, por ter saído com incorreção no original.

_____. PORTARIA GM/MS N.º 373, de 26 de fevereiro de 2002 - Cria a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002.

_____. PORTARIA Nº 648 de março de 2006-Cria a Política Nacional de Atenção Básica.

CAMPOS, G.W.S.

_____. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão: Revista Ciência & Saúde Coletiva ;2006.

CONILL, E.M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000.

CUNHA, G.T. A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. São Paulo: Hucitec, 2005. Saúde em Debate.

Machado, Maria Helena. *Programa de Saúde da família no Brasil: algumas considerações sobre o perfil de médicos e enfermeiros*. In: Os sinais vermelhos do PSF, org. Maria Fátima de Sousa. São Paulo, editora Hucitec, 2002.

MENDES, E.V. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MIRANDA, A.S. Programa Saúde da Família: entre a panacéia e o preconceito. Disponível em [http://www.<saude/cnsonline/temas em debate/psf](http://www.saude/cnsonline/temas%20em%20debate/psf), 1997.

STARFIEL, D.B. Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, serviços e tecnologia. 1.ed. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C.F. Saúde da Família, Promoção e Vigilância: construindo a integralidade da Atenção à Saúde no SUS. Rev. Bras. S. Fam., V(7):10-23, 2004a. Edição especial

TESTA, M. Pensar em salud. Buenos Aires: OPS/OMS, 1989 VIANA, A.L.D. & DAL POZ, M.R. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa de Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18 (suplemento): 139-51, 2002.

World Health Organization. *Primary Health Care*. Genebra, WHO, 1978.

World Health Organization. *Implementation of the global strategy for health for all by the year 2000*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994.

Lista dos autores dos Artigos do Manual de Atenção Básica

Organizadores do livro

Gastão Wagner de Sousa Campos

Médico sanitarista, professor titular em Saúde Coletiva, na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade de Campinas (Unicamp).

André Vinicius Pires Guerrero

Psicólogo, Especialista em Gestão Hospitalar, Analista de Gestão em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz e Professor convidado do Curso Gestão Compartilhada da Atenção Básica (Unicamp).

Autores:

Adriana Coser Gutiérrez

Mestre em Saúde Coletiva pelo DMPS/UNICAMP, Analista de Gestão em Saúde da FIOCRUZ cedida para SESDEC/RJ, Professora do Curso de Especialização de Sistemas e Serviços de Saúde/Departamento de Medicina Preventiva em Saúde-(Unicamp).

Adriano Massuda

Médico formado pela Universidade Federal Paraná, Residência em Medicina Preventiva e Social e Administração em Saúde pelo DMPS/FCM/Unicamp. Atuou como Médico Clínico Geral no Centro de Saúde da Vila Ipê, da SMS de Campinas, e atualmente é Médico Sanitarista do Hospital das Clínicas da Unicamp, mestrando em Saúde Coletiva no DMPS/FCM/Unicamp e professor auxiliar do Departamento de Saúde Comunitária da UFPR. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Gestão e Planejamento em Saúde.

Ana Maria Franklin de Oliveira

Socióloga, Doutora em Economia do Setor Público (IE –Unicamp), Pós doutoranda (DMPS –Unicamp); Especialista em Saúde Pública; em Saúde da Família e da

Comunidade e em Gestão de Sistema e Serviços de Saúde – (FCM –Unicamp).
Economista Sênior do IESP /Fundap / Consultora do Ministério da Saúde / Programa de
Nutrição/ Brasil - Bird / Programa de S. da Mulher /Programa de S. da Família /
Coordenação Editorial da Revista Brasileira de S. da Família / criação das Séries:
“Agentes em Ação” e “O que é que eu faço Doutor”
Assessora da FCM /Unicamp para a criação do PSF e Coordenadora dos Cursos de
Residência e Especialização Multiprofissional em Saúde da Família –(FCM-Unicamp)

Carlos Alberto Gama Pinto

Médico do Hospital Municipal Odilon Behrens (Prefeitura de Belo Horizonte-MG), foi
Coordenador do curso de Especialização em Epidemiologia Hospitalar do Hospital
Municipal Odilon Behrens, Coordenador do Serviço de Vigilância Epidemiológica do
Município de Betim-MG, Coordenador Operacional de Saúde do Município de Betim-
MG, Coordenador do Programa BH VIDA (Saúde da Família) no município de Belo
Horizonte-MG.

Graduado pela Faculdade de Medicina da UFMG, especialista em clínica médica e
epidemiologia hospitalar e infectologia pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas
Gerais (FHEMIG), mestre em Medicina Tropical pela Faculdade de Medicina da UFMG,
especialista em Gestão Hospitalar pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
(ESMIG)/Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/Fundação Osvaldo Cruz
(FIOCRUZ), doutorando em Saúde Coletiva (área de Gestão e Planejamento) na
Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Carlos Alberto Pegolo da Gama

Psicólogo formado pela Universidade de São Paulo. Doutorando em Saúde Coletiva pelo
Depto. de Medicina Preventiva e Social da FCM Unicamp. Professor de Psicologia Social
da Universidade São Francisco – Itatiba/SP. Membro do grupo de pesquisa Saúde
Coletiva e Saúde mental: interfaces - inserido no Diretório dos grupos de pesquisa do
CNPq.

Deivisson Vianna

Médico e Psiquiatra pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp., possui MBA em Gestão em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas. Atualmente trabalha no apoio à gestão de serviços de saúde da Prefeitura Municipal de Campinas-SP. Mestrando em Saúde Coletiva no Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp..

Evelyne Nunes Ervedosa Bastos

Psicóloga, psicodramatista pela Federação Brasileira de Psicodrama, com titulação de Docente pela Faculdade Católica de Fortaleza, especialista em Saúde Mental, em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde e em Psicologia Clínica, mestranda em Saúde Pública. Foi assessora técnica da Coordenação Estadual de Saúde Mental do Ceará e atualmente é membro da Coordenação Colegiada de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Ivan Batista Coelho

Médico, Mestre em Políticas de Saúde e Planejamento pela Universidade Federal de Minas Gerais, Especialista em Medicina Preventiva e Social já tendo atuado como médico em unidades básicas de saúde e hospitais e, como gestor, nos níveis municipal, estadual e federal. Foi consultor em projetos e programas da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS/OMS) e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano (PNUD), atualmente é Pesquisador do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais.

Gilberto Luiz Scarazatti

Médico sanitarista da SMS de Campinas, com vasta experiência em gestão, tendo nos últimos anos se dedicado mais à gestão hospitalar.

Foi Secretário Municipal de Americana (SP), Superintendente da Santa Casa de Limeira, consultor do MS para a formulação da PNH, entre outras funções desempenhadas na gestão do SUS. Prestou apoio a vários projetos de instalação e mudança de hospitais públicos no país.

Gustavo Nunes de Oliveira

Médico de Saúde da Família e Comunidade e Mestre em Saúde Coletiva pela Unicamp, atuou em Serviços de Atenção Básica, Urgência e Emergência e Atenção Hospitalar. No SUS, exerce atividades de Consultoria e Assessoria Técnica a Gestores Municipais de Saúde nas Áreas de Gestão de Sistemas e Serviços, Atenção Básica, Gestão da Clínica e do Cuidado. Atualmente é pesquisador doutorando em Saúde Coletiva no Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM Unicamp, nas linhas de pesquisa: Planejamento, Gestão e Subjetividade em Saúde; Gestão do Trabalho e Formação em Saúde. Professor em diversos Cursos de Especialização em Saúde da Família, Saúde Pública e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Gustavo Tenório Cunha

Médico, residência médica em Saúde Pública e mestrado em Saúde Coletiva na UNICAMP. Trabalhou como médico de família e comunidade e é consultor da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde. É autor do livro "A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica" (Ed. Hucitec).

Juliana Araújo de Medeiros

Cirurgiã dentista, endodontista, epidemiologista em vigilância em saúde, Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Terapeuta complementar integrativa formada pela Unipaz Ceará, facilitadora em Dinâmica de Grupo formada pela CDG de Recife, facilitadora do método teia da vida de trabalho em comunidades, atualmente coordenadora de saúde bucal da Secretaria Executiva Regional VI do município de Fortaleza.

Márcia Aparecida do Amaral

Médica Sanitarista da Secretaria de Saúde de Campinas/SP, Mestre em Saúde Coletiva (Área de concentração em Gestão e Planejamento) pela FCM/Unicamp. Tem atuado nos diversos espaços de gestão do SUS, coordenando áreas de planejamento e políticas, realizando e/ou apoiando projetos de gestão hospitalar. Atua também na formação de

peçoal para a gestão e atenção no SUS junto ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/Unicamp.

Mariana Dorsa Figueiredo

Psicóloga,. Mestre e doutoranda em Saúde Coletiva pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Com Aprimoramento em Planejamento e Gestão em Saúde

Maria Elisabeth Sousa Amaral

Assistente Social; mestre em Gestão, Planejamento e Política de Saúde; especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Atualmente é Gerente do Distrito de Saúde da Secretaria Executiva Regional VI do município de Fortaleza

Paula Giovana Furlan

Terapeuta ocupacional graduada pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), com aprimoramento e mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Já atuou com projetos sociais e culturais, atendimento clínico, apoio institucional à equipes, saúde mental e com populações em situação de vulnerabilidade social. Atualmente, é Doutoranda em Saúde Coletiva e professora horizontal dos cursos de especialização de Gestão e Atenção Básica, pela UNICAMP, colaboradora do Projeto Metuia-UFSCar e terapeuta ocupacional da rede de atenção básica de Campinas.

Paulo Vicente Bonilha Almeida

Médico pediatra e sanitarista da rede básica de saúde de Campinas (SP), mestre em saúde da criança e do adolescente pela FCM/Unicamp, especialista em gestão estratégica pública pela Unicamp, foi Diretor do Distrito de Saúde Norte da Secretaria de Saúde de Campinas (SP) e Secretário Municipal de Saúde de Hortolândia (SP). Participa da equipe do Depto. de Medicina Preventiva e Social da Unicamp trabalhando na formação de novos gestores da atenção básica de saúde.

Rosana Onocko Campos

Médica. Doutora em saúde coletiva. Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Unicamp em Campinas/SP - Coordena o grupo de pesquisa Saúde Coletiva e Saúde mental: interfaces desde 2004 inserido no Diretório dos grupos de pesquisa do CNPq. Supervisiona o curso de aprimoramento em saúde mental e planejamento e realiza supervisões clínico-institucionais em vários Centros de Atenção Psicossocial da região de Campinas

Rosane de Lucca Maerschner

Dentista, formada pela Universidade de São Paulo, formação em capacitação pedagógica - ensino em serviço para dentistas, enfermeiros, Técnico de Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário instrutora/supervisora de curso de Técnico de Higiene Bucal, facilitadora do processo de implantação do Acolhimento com Avaliação de Risco e Vulnerabilidade na AB e S.Mental, especialista em Gestão de Serviços de Saúde, Gerente da Célula de Atenção Básica da Secretaria Executiva Regional VI – Fortaleza, Ceará.