

Texto de Apoio desenvolvido para as Disciplinas de Estágio Supervisionado do Curso de Odontologia da UNIGRANRIO relacionado com a **ATENÇÃO À SAÚDE**.

Profa. Leila Chevitarese

O texto que agora se inicia tratará da Atenção à Saúde e de outros conceitos que estão relacionados com a sua compreensão. Ele falará de Sistemas de Saúde, Modelos de Atenção à Saúde, Paradigmas e Práticas Sanitárias e de seus respectivos processos de trabalho. Ele pretende contribuir para o entendimento da dificuldade que se tem da implantação da Estratégia Saúde da Família na oferta de cuidados em saúde na Atenção Básica.

A construção deste texto só foi possível a partir da leitura de outros textos de apoio, cujas referências estão disponibilizadas no final do presente artigo.

ATENÇÃO À SAÚDE

“Atenção à Saúde é tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações de promoção, proteção, reabilitação e tratamento às doenças.”

(Site do ministério da Saúde - http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1529)

Quando se fala de Atenção à Saúde imediatamente nos lembramos de Sistema de Saúde, meio pelo qual se dá a oferta de cuidados em saúde. O nome do sistema de saúde brasileiro é “Sistema Único de Saúde”, que também é conhecido por suas iniciais “SUS”.

O artigo de Viacava *et al.* (2004) define o conceito de Sistemas de Saúde sob a ótica de vários autores que escreveram sobre esse tema e que abaixo está descrito.

Roemer (1991) definiu o sistema de saúde como uma combinação de recursos, organização, financiamento e gerenciamento que resulta na prestação de serviços de saúde para uma determinada população. Por sua vez, a OMS (2000), qualifica os sistemas de serviços de saúde como o conjunto de atividades que tem por objetivo promover, restaurar e manter a saúde de uma população. Mendes (2002) complementa que os sistemas de saúde são respostas sociais organizadas para responder às necessidades, demandas e representações da população, em uma determinada sociedade e em certo tempo. Consiste em um conjunto de atividades cujo principal propósito é o de promover, manter e restaurar a saúde dessa população.

Os objetivos do sistema de saúde variam conforme o país em que se encontra, embora todos busquem o bem-estar de toda a população, e vencer as desigualdades existentes. Pode-se então dizer que melhorar a saúde da população é o objetivo central e máximo dos sistemas de saúde (Viacava *et al.*, 2004).

Com relação ao SUS, pode ser dito que ele tem seus princípios definidos na Constituição Brasileira (1988), e busca ofertar os cuidados em saúde, seja no âmbito individual ou coletivo, por meio de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, de modo a promover a qualidade de vida das populações envolvidas.

MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os Modelos de Atenção à Saúde são configurações, isto é, tipo que os sistemas de saúde adquirem, em determinado tempo e em determinado lugar. Tais configurações estão intimamente ligadas à visão que se tem sobre o conceito de saúde (Paradigma e Prática Sanitária), sobre a situação demográfica e epidemiológica e aos fatores econômicos e culturais vigentes. Os Modelos de Atenção à Saúde têm a finalidade de articular as intervenções de saúde em diferentes momentos da história das doenças (CONASS, 2008).

Paim (2003) mostra que os modelos de atenção, também, podem ser chamados de modelos assistenciais ou modos de intervenção em saúde. Define-os como sendo combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma determinada população e que exibem as necessidades sociais de saúde construídas ao longo da história.

Em 2006, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) chamava atenção para o fato de no SUS o modelo de Atenção à Saúde estar voltado para atender pacientes portadores de condições agudas. Mostrava ainda que tal fato gera grave crise, pois a situação epidemiológica evidencia que a população brasileira adocece em decorrência de doenças predominantemente crônicas (75% dos casos).

PARADIGMAS E PRÁTICAS SANITÁRIAS E PROCESSOS DE TRABALHO

Os modelos de Atenção à Saúde estão presentes no dia-a-dia no “fazer saúde”. E este fazer se deixa influenciar pelo paradigma e prática sanitária que rege o processo de trabalho de quem o realiza, isto é, o profissional de saúde.

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família foi escolhida como forma de ofertar o cuidado em saúde na Atenção Básica, tendo caráter substitutivo de outras maneiras de se “fazer saúde” nesse nível de Atenção.

Cabe lembrar que a Estratégia Saúde da Família (ESF), antes considerada um programa, teve sua criação em 1994, pelo Ministério da Saúde do Brasil. Traz como objetivo reverter o modelo tradicional de assistência, hospitalocêntrico e curativo, pautado na reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica. Tem como alvo de seu trabalho a família, percebida a partir do seu ambiente físico e social, e que possibilita às equipes profissionais que atuam nessa estratégia a compreensão ampliada do processo familiar de saúde e doença, com ações que efetivamente ultrapassam as práticas curativas habituais (BRASIL, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (2000), a ESF representa uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida. Para isso há necessidade de as práticas de saúde possibilitarem a integração das ações de saúde individuais e coletivas. O processo de trabalho para dar conta dessa prática precisa de profissionais de saúde com visão sistêmica e integral do indivíduo, da família e da comunidade na qual está inserida.

Em seguida podem ser visualizados dois esquemas que representam de forma sistematizada os Paradigmas e Práticas Sanitárias e seus respectivos Processos de Trabalho.

MODELO MÉDICO-ASSISTENCIAL (PRIVATISTA OU SANITARISTA)

PARADIGMA SANITÁRIO

SAÚDE = AUSÊNCIA DE DOENÇA

PRÁTICA DE SAÚDE PRIVATISTA

CENTRADA NA CURA DOS SINTOMAS

PROCESSO DE TRABALHO PRIVATISTA

Profissional: Clínico Geral ou Especialista

Local: consultórios, hospital.

Trabalho: Isolado.

Tecnologia: conhecimento e os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico

Tratamento: curativo; remoção do sintoma; não trabalha as causas do problema.

PRÁTICA DE SAÚDE SANITARISTA

MODOS DE TRANSMISSÃO E FATORES DE RISCO DAS DIVERSAS DOENÇAS NA PERSPECTIVA EPIDEMIOLÓGICA

PROCESSO DE TRABALHO SANITARISTA

Profissional: Sanitarista

Trabalho: se baseia em campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária.

Tecnologia Sanitária: educação em saúde, saneamento, controle de vetores, imunização.

MODELO ASSISTENCIAL ALTERNATIVO (VIGILÂNCIA EM SAÚDE)

PARADIGMA SANITÁRIO

SAÚDE = QUALIDADE DE VIDA

PRÁTICA DE SAÚDE

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Problemas/Potencialidades – Território - Intersetorialidade

PROCESSO DE TRABALHO

Profissional: Clínico Geral (Atenção Primária); Especialista (demais níveis de Atenção)

Local: espaços comunitários; UBS; CEO; Hospitais

Trabalho na Atenção Primária: Interdisciplinar e multiprofissional. Conta com outros setores e órgãos de ação governamental e não governamentais representativos dos diversos grupos sociais.

Tratamento: Contextualizado, levando em consideração os modos de adoecer e de viver do indivíduo, família e comunidade.

Mecanismo de Organização da **Rede de Atenção à Saúde*** com vistas à Integralidade dos Cuidados de Saúde: Referência e Contra-referência

* É a organização horizontal de serviços de saúde, com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde, que permite prestar assistência contínua a determinada população no lugar certo e com a qualidade certa. Que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a essa população (CONASS, 2008).

TERRITÓRIO – ALGUMAS DEFINIÇÕES

O território pode ser entendido como o espaço onde vivem grupos sociais, que se relacionam e buscam condições de subsistência, de trabalho, de renda, de habitação, de acesso à educação; onde exercitam seus saberes, e que são parte do meio ambiente, possuidores de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, de família, de sociedade (CAMPOS, 2003).

O Caderno de Atenção Básica número 17 apresenta a seguinte definição: “Território pode ser compreendido como espaço social peculiar, historicamente construído, onde acontece a vida das pessoas e são estabelecidas as relações entre estas e destas com as diversas instituições existentes (culturais, religiosas, políticas, econômicas, entre outras)”. (Brasil, 2006)

Outra definição é apresentada por Unglert (1993). Para esse autor, território é o espaço onde se verifica a interação população-serviços no nível local. Caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse território apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção (MONKEN e BARCELLOS, 2005).

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em 2001, elaborou um documento demonstrando algumas características gerais do território entendido como áreas geográficas (Municípios, Bairros e Distritos). Esse documento evidenciou a existência de um enorme abismo separando classes sociais abastadas das excluídas como reflexo da distribuição de renda desigual; oportunidades de acesso a bens e serviços desiguais e condições básicas à vida desiguais. Tal constatação deixa claro que a resolução dos problemas de saúde dentro do território (área geográfica) deverá levar em consideração essas características, contextualizando a atenção prestada seja por meio do enfrentamento coletivo e/ou individual. A contextualização deverá usar o princípio da equidade que leva em consideração o risco individual ou familiar.

O risco familiar é o primeiro a ser considerado tendo em vista os determinantes socioeconômicos e culturais do processo saúde-doença e a integralidade das ações. As ações educativas, a participação na triagem e a inserção em grupos de controle e assistência são ofertadas, em primeiro lugar, às famílias de alto risco familiar.

Para o risco Individual, três são os critérios de classificação: baixo risco (sem sinais da doença e sem história pregressa de doença); risco moderado (sem sinais da doença, mais com história pregressa de doença); *alto risco* (com presença da doença, com ou sem história pregressa de doença).

São previstos critérios de risco para a doença cárie (maior prevalência em crianças), doença periodontal e lesões de tecidos moles (maior prevalência em adultos). O indivíduo será classificado pela pior condição que apresentar.

SISTEMATIZAÇÃO DAS DIFERENÇAS NOS MODELOS DE ATENÇÃO

AS DIFERENÇAS ENTRE OS MODELOS DE ATENÇÃO FRAGMENTADOS E INTEGRADOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE	
SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
ORGANIZADO POR COMPONENTES ISOLADOS	ORGANIZADO POR UM CONTÍNUO DE ATENÇÃO
ORGANIZADO POR NÍVEIS HIERÁRQUICOS	ORGANIZADO POR UMA REDE POLIÁRQUICA
ORIENTADO PARA A ATENÇÃO A CONDIÇÕES AGUDAS	ORIENTADO PARA A ATENÇÃO A CONDIÇÕES CRÔNICAS E AGUDAS
VOLTADO PARA INDIVÍDUOS	VOLTADO PARA UMA POPULAÇÃO
O SUJEITO É O PACIENTE	O SUJEITO É AGENTE DE SUA SAÚDE
REATIVO	PROATIVO
ÊNFASE NAS AÇÕES CURATIVAS	ATENÇÃO INTEGRAL
CUIDADO PROFISSIONAL	CUIDADO MULTIPROFISSIONAL
PLANEJAMENTO DA OFERTA	PLANEJAMENTO DA DEMANDA
FINANCIAMENTO POR PROCEDIMENTOS	FINANCIAMENTO POR CAPITAÇÃO
FONTE: FERNANDEZ (2003); MENDES (2007)	

ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

Para enfrentar o conjunto dos problemas identificados no plano de saúde bucal, devem-se organizar tanto ações voltadas para a atenção à saúde bucal como para a assistência odontológica (Pereira, 2003).

O texto que abaixo se apresenta foi retirado do livro de ANTÔNIO CARLOS PEREIRA: Saúde Coletiva. Capítulo 3, páginas 54-55, 2003.

Narvai (1992) define que a atenção à saúde bucal é constituída pelo conjunto de ações que incluindo a assistência odontológica individual, não se esgota nela, buscando atingir grupos populacionais por meio de ações de alcance coletivo com o objetivo de manter a saúde bucal.

Tais ações podem ser coordenadas externamente ao próprio setor saúde (geração de empregos, renda, habitação, saneamento, lazer, etc.) e mesmo internamente à área odontológica (difusão em massa de informações, ações educativas, controle da dieta; controle de placa, dentre outras).

A publicação da Rede Cedros (Pereira, 2003 – Manual da Rede Cedros, 1992-) elenca um conjunto de ações coletivas e individuais que devem ser seguidas para identificar as ações de Atenção à Saúde Bucal em um plano municipal de saúde, e que estão abaixo descritas.

Ações de Natureza Coletiva – duas medidas se destacam: 1) garantir o acesso de toda população do município a um método sistêmico de aplicação de fluoreto como base do sistema de prevenção em saúde bucal (Fluoretação das águas de abastecimento público); 2) garantir a grupos populacionais definidos por espaços sociais (creches, escolas, abrigos, fábricas, associações, favelas, dentre outros), por programações de saúde definidas por modalidades assistenciais (saúde mental) e, por grupos populacionais (saúde da mulher, do idoso), priorizados segundo a realidade local, acesso aos procedimentos que integram o sistema de prevenção

(associação de **métodos preventivos**: aplicação de fluoreto; profilaxia; escovação supervisionada e **métodos educativos**: educação para saúde).

Narvai e colaboradores (1999) dentre outros autores atribuem aos fatores tais como a fluoretação das águas de abastecimento público, a adição de compostos fluoretados a dentifrícios e a descentralização do sistema de saúde brasileiro fundamentais para compreender a redução nos valores do índice CPO-D aos 12 anos de idade em escolares brasileiros da ordem de 57,8%. O índice caiu de um valor considerado muito alto, em 1980 (CPO-D =7,25) para um valor moderado em 1996 (CPO-D =3,1).

Valores dos Benefícios do Uso de Fluoretos

Ministério da Saúde, 1996.	<ul style="list-style-type: none"> • Benefício de 68 milhões de pessoas (43,3%) pela fluoretação das águas de abastecimento público
Cury, 2001	<ul style="list-style-type: none"> • 30 marcas de dentifrício vêm sendo adequadamente fluoretada
ABIHPEC/SIPATESP, 2001	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de 95 mil e 446 toneladas de dentifrício (567 gramas <i>per capita</i>/ano). • Um dos maiores do mundo, o consumo de dentifrício movimentou R\$ 653,8 milhões, em 2000.
Pereira, 2003 ABIHPEC/SIPATESP, 2001.	<ul style="list-style-type: none"> • Os gastos com escovas, enxaguatórios e fio dental foram de R\$ 854 milhões, no país em 2000. • O grande problema no Brasil, ainda continua sendo a falta de acesso à escova de dente no Brasil. • O consumo cresceu de 71,6 milhões de unidades de escova de dente em 1992 para 151,9 milhões em 2000. Entretanto o consumo <i>per capita</i>/ano ainda é de apenas 0,9 unidades.

A portaria 184 da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (MS), aprovada em 1991 é identificada como sendo a responsável pela grande expansão dos sistemas de prevenção no país. Ela instituiu a cobertura de procedimentos coletivos (PC) na tabela de procedimentos vinculada ao Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Com isso permitiu que municípios fizessem a cobertura financiada desses procedimentos, além da fluoretação das águas de abastecimento público.

Há um consenso de que a orientação epidemiológica é essencial para o planejamento /avaliação da atenção em saúde oferecida. Ela deve ser a base do exercício profissional e institucional (REGIONALIZAÇÃO como sinônimo de CONTEXTUALIZAÇÃO)

ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Para Narvai (1992), assistência odontológica se refere ao conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, doentes ou não.

Refere-se ao universo da clínica odontológica, circunstanciada em um espaço físico delimitado, com um ou vários consultórios, com trabalho de um cirurgião-dentista ou de uma equipe de saúde bucal voltado para indivíduos isolados.

O universo da assistência é o espaço, por excelência, da clínica. As ações clínicas devem utilizar tecnologia adequada a atender as necessidades contextualizadas de modo a garantir a manutenção e/ou recuperação de certo modo de viver a vida.

Sobre o processo de trabalho em saúde e o eu resultado...

“Em todo lugar que ocorre um encontro entre o trabalhador da saúde e um usuário ocorrem processos tecnológicos (fruto do trabalho vivo) que objetivam a produção de relações de escutas e responsabilizações que se articulam com a constituição de vínculos e dos compromissos em projetos de intervenções, que objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de algo que possa resultar na conquista de controle do sofrimento enquanto doença, e/ou na produção da saúde.”

Franco e colaboradores, 1997.

Pereira (2003) suspeita que uma das principais razões para a prática odontológica ser tão secundarizada no campo da saúde pública decorra da sua aversão à incorporação do adulto como seu objeto de práxis, porque ao tratar somente de crianças e gestantes (que são ou trazem a geração do futuro para a boa saúde bucal), o setor público não incorpora segmentos populacionais com maior capacidade de pressão.

Em conseqüência desse fato, para os adultos (geração de excluídos, portanto geração perdida), abrem-se as portas da mutilação, geralmente realizadas por serviços próprios em pronto-socorros ou, mais freqüentemente por serviços conveniados ou privados. Interessante dizer que o crescimento dos serviços especializados em Santos (SP) nos últimos anos guarda relação com o ingresso do adulto na assistência (MANFREDINI, 1997).

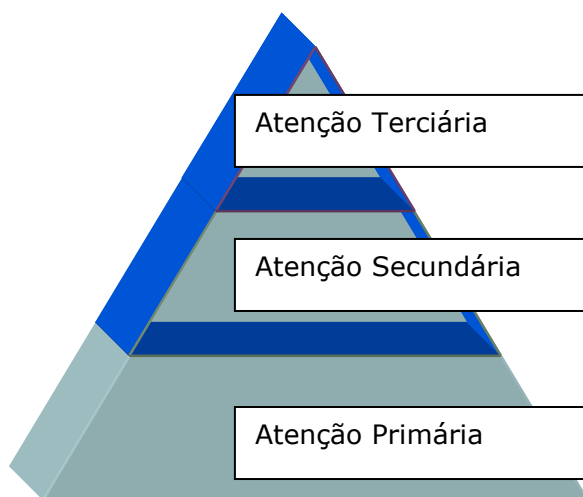
ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Quando se fala em Atenção à Saúde, seja ela geral ou bucal, deve ser pensado que novas organizações do processo de trabalho devem ser desenvolvidas para reverter a exclusão de grupos etários da assistência odontológica. Uma forma de ordenar as ações e serviços de saúde no âmbito do SUS é organizar a oferta de cuidados em uma Rede de Atenção à Saúde horizontal, que se utilize do mecanismo da referência e contra-referência para promover a integralidade desses cuidados.

Ao longo da Rede horizontal se organizam ponto de Atenção à Saúde que são classificados como Atenção Primária (Básica), Atenção Secundária e Atenção Terciária.

A partir da apresentação da Pirâmide dos Níveis de Atenção à Saúde, o texto que se segue é adaptado de uma apostila elaborada pela Equipe de OPS (2006).

PIRÂMIDE DOS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE



ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Atenção Primária é caracterizada por um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamentos e reabilitação. Apresenta com características: 1) ser a porta de entrada do sistema; 2) responsabilidade pelos indivíduos ao longo do tempo por meio do vínculo entre o profissional e o usuário; 3) ter a capacidade de coordenar os cuidados às necessidades dos indivíduos, suas famílias e comunidades.

Os serviços que fazem parte deste nível de Atenção são os Postos de Saúde (Unidades Básicas), os Centros Municipais de Saúde e as Unidades Básicas de Saúde da Família.

As tecnologias empregadas na Atenção Básica são de menor densidade e maior complexidade em termos de conhecimento gerais (ciências sociais e humanas) e ainda se utilizam de recursos de baixo custo, no que se refere a recursos diagnósticos e terapêuticos.

ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Sugere-se a organização de referências para endodontia, periodontia, radiologia, cirurgia oral menor, semiologia, ortodontia, prótese, pacientes especiais que deverão ser atendidos nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), além de atendimento odontológico domiciliar.

ATENÇÃO TERCIÁRIA

Os serviços de traumatologia bucomaxilofacial devem ser estruturados em hospitais, com serviços de urgências e cirurgias eletivas, contando com a retaguarda de leitos hospitalares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CONASS, 2008. SEMINÁRIO SOBRE MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS. Apresentação em Slides.
2. Chevitarese, Leila. Adaptado do Texto de Apoio Atenção à Saúde, utilizado nas Disciplinas de Estágio Supervisionado I, II e III. UNIGRANRIO, 2007.
3. Viacava, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (3):711-724, 2004.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Observação: os autores que estão citados no texto e não constam na referência foram referenciados no texto de apoio citado na referência número 2.