

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Curso de Formação dos Profissionais das eMulti

Caderno de textos

**1ª Edição
ENSP/Fiocruz**

Rio de Janeiro
Dezembro/2024

Ministério da Saúde

Nísia Verônica Trindade Lima

Secretaria Executiva

Swedenberger do Nascimento Barbosa

Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps/MS)

Felipe Proença De Oliveira

Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária (Desco/MS)

Evellin Bezerra da Silva

Coordenação de Ações Interprofissionais (Cain/MS)

Olivia Lucena de Medeiros

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Mario Santos Moreira

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz)

Marco Antônio Carneiro Menezes

Vice-Diretora de Ensino – VDE/ENSP

Enirtes Caetano Prates Melo

Coordenação do Curso

Adriana Coser Gutiérrez, Elyne Montenegro Engstrom, Gastão Wagner de Sousa Campos, Mônica Martins de Oliveira Viana, Tatiana de Vasconcellos Anéas.

Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)

Rômulo Paes de Sousa, Thiago Barreto

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)

Cristian Morales Fuhrmann, Julio Pedroza

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

F981c Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Curso de Formação dos Profissionais das eMulti. Caderno de Textos. / coordenação do curso Adriana Coser Gutiérrez.. [et al.]. Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde, Fiocruz, ENSP, 2024. 110 p. : il. color. ; PDF ; 3.748 kb
ISBN: 978-65-89501-90-9
Inclui Bibliografias
Site: <https://moodle.ead.fiocruz.br/login/index.php>

1. Docentes 2. Educação Profissional em Saúde Pública 3. Saúde da Família. 4. Atenção Primária à Saúde 5. Saúde Mental. 6. Violência. 7. Alimentos, Dieta e Nutrição 8. Aprendizagem. 9. Equipe de Saúde Multidisciplinar. I. Gutiérrez, Adriana Coser(coord.). III. Título.

CDD - 23.ed. – 370.71

Autores

Cathana Freitas de Oliveira

Denise Cavalcante de Barros

Gastão Wagner de Souza Campos

Gustavo Tenório Cunha

Juliana Azevedo Fernandes

Kimielle Cristina Silva

Lilian Soares Vidal Terra

Mauricio Pereira Mattos

Natalia da Costa Selinger

Tatiana de Vasconcellos Anéas

Revisão Técnica

Adriana Coser Gutiérrez

Elyne Montenegro Engstrom

Gastão Wagner de Souza Campos

Gustavo Guazzelli Nanni

Kimielle Cristina Silva

Natália da Costa Selinger

Tatiana de Vasconcellos Anéas

Revisão metodológica

Henriette dos Santos

Apoio Técnico

Alessandra Mattos

Revisão e normalização

Maria Luiza Stehling dos Santos

Sonia Kritz Pacheco Guimaraes

Isabela Schincariol Domingues

Capa, Projeto Gráfico e Diagramação

Tatiana Lassance Proença

Sumário

Prefácio	5
Apresentação	7
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e equipes multiprofissionais (eMulti): diretrizes, processo de trabalho e experiências	
<i>Gastão Wagner de Sousa Campos</i>	9
O método Balint-Paideia, educação permanente e a cogestão	
<i>Gustavo Tenório Cunha</i>	15
Do Nasf à eMulti, ampliando e compartilhando a gestão do cuidado em saúde na APS	
<i>Mauricio Pereira Mattos</i>	23
Saúde mental, atenção primária e a eMulti	
<i>Tatiana de Vasconcellos Anéas</i>	38
Violências e a violência de gênero	
<i>Lilian Soares Vidal Terra e Cathana Freitas de Oliveira</i>	47
Alimentação e nutrição: estratégias de atuação no contexto das equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde – eMulti	
<i>Denise Cavalcante de Barros, Natalia da Costa Selinger, Kimielle Cristina Silva</i>	65
Dispositivos de cuidado: metodologias, tecnologias sociais e ferramentas	
<i>Juliana Azevedo Fernandes</i>	73

Prefácio


Caro(a) aluno(a),

Seja bem-vindo(a) à 1ª edição do curso eMulti em FormAÇÃO! Este curso, fruto de uma parceria com importantes instituições de saúde pública, nasce com o objetivo de fortalecer a atuação multiprofissional na APS a partir do contexto da eMulti, apoiar os profissionais em suas questões e qualificar ainda mais o cuidado oferecido à população brasileira.

Em 2008, o Ministério da Saúde criou a principal política federal de indução da ampliação da multiprofissionalidade na Atenção Primária à Saúde: os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Desde então, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família representam uma resposta inovadora do SUS às mudanças no perfil epidemiológico brasileiro. A transição demográfica e epidemiológica trouxe novos desafios, como o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), da violência em suas múltiplas expressões e efeitos, das dores crônicas e condições que demandam reabilitação, dos problemas ligados à alimentação e ao sedentarismo, da medicalização, bem como a explosão dos fenômenos de saúde mental. Essas transformações demandaram inovações na APS, impulsionando a criação dos Nasf para ampliar o escopo de práticas e fortalecer a integralidade do cuidado na Unidade Básica de Saúde (UBS) e seu território.

Assim, a expansão das equipes Nasf vem se consolidando, atingindo seu ápice em 2019, quando eram mais de 5.500 equipes atuando em municípios de diferentes portes, em todas as regiões do Brasil. Nesse mesmo ano, a expansão dessas equipes foi freada com o fim do financiamento federal ao Nasf. Assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, profissionais de educação física, psicólogos, entre outras categorias, se perguntaram se ainda haveria espaço para atuar na APS.

A retomada do cofinanciamento federal com a eMulti renovou as esperanças de uma APS cada vez mais resolutiva, integral e abrangente, em parceria com as demais equipes da APS, de modo a ampliar e qualificar o cuidado oferecido para o povo brasileiro. É importante reconhecer os avanços advindos da presença das equipes



multiprofissionais: a equipe de Saúde da Família que conta com uma eMulti tem melhores condições para atender às diferentes necessidades da população; a Unidade Básica de Saúde observa o aumento do escopo de práticas disponíveis; e a população sente a diferença de ser cuidada por profissionais que até então não eram acessíveis.

Entretanto, o caminho de amadurecimento do cuidado compartilhado na APS demonstra sua heterogeneidade e complexidade em nível nacional. Alguns dos principais desafios que são observados ao longo da trajetória dos Nasf, e agora das eMulti, se referem às diferenças de expectativas entre as eMulti e as equipes as quais ela está vinculada, aos desafios típicos das relações interpessoais e seu impacto na construção de um senso coletivo de trabalho em equipe, à importância e complexidade da organização do processo e da agenda de trabalho atento às necessidades de saúde da população, às equivocadas polarizações entre o papel clínico-assistencial ou técnico-pedagógico, entre outros.

Reconhecendo as potencialidades e os desafios que orbitam o horizonte das eMulti, desde o primeiro semestre de 2023, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (Saps/MS), por meio da Coordenação de Ações Interprofissionais, iniciou junto às instituições parceiras a construção de uma formação em escala nacional para os profissionais da eMulti, de modo a apoiar o aprimoramento da qualidade do trabalho oferecido à população.

Esperamos que cada um(a) de vocês encontre nesta formação um espaço fértil para o acolhimento daquilo que vivenciam em suas realidades, e que também adquiram recursos críticos e habilidades práticas de intervenção da realidade vivida, trazendo segurança para desenvolver o amplo rol de ações previstas para as eMulti para benefício da saúde da população.

Seja bem-vindo(a) a este percurso que aqui se inicia. Desejamos uma ótima jornada!

Olivia Lucena de Medeiros
Gustavo Guazzelli Nanni
Natália da Costa Selinger

Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Ministério da Saúde


Apresentação

Com a criação das equipes multiprofissionais, as eMulti, a partir da portaria GM/MS n. 635, de maio de 2023, foram retomados os investimentos para a concretização de uma Atenção Primária à Saúde (APS) abrangente e integral, alinhada com os princípios do SUS. Mas, para que as eMulti possam cumprir seu papel estratégico com qualidade, compreendemos ser de extrema importância investimentos contínuos na formação e no aprimoramento das equipes. Foi com esse propósito que surgiram os cursos eMulti em formAção, fruto da parceria entre o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação de Ações Interprofissionais (Cain/MS), a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz), a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), por intermédio do Coletivo de Estudos e Apoio Paideia, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Ao longo de suas diferentes etapas, pretende-se formar cerca de 6.000 profissionais dedicados às eMulti.

Neste caderno, que compõe parte do material teórico dos cursos eMulti em formAção, reunimos alguns dos temas que consideramos estratégicos para auxiliar na reflexão sobre a prática de trabalho das eMulti, e no planejamento de suas ações junto à APS. Eles devem ser compreendidos em panorama, a partir de suas interseções e sinergia, sendo também reconhecidos em sua dinamicidade e adaptabilidade para as diferentes realidades dos territórios.

Para cada um dos textos, os autores foram convidados a pensar na articulação entre a teoria e a prática, orientados pelas atribuições das eMulti e pelos atributos da APS de forma abrangente, numa linguagem acessível, sem perder a profundidade dos debates.

De modo amplo, para efeitos didáticos, os textos podem ser considerados a partir de três grandes temas: I) metodologia de trabalho das eMulti, com destaque para a função apoio, a partir do uso do apoio matricial e seu trânsito entre núcleo e campo de saberes, além de discorrer sobre os grupos Balint-Paideia, que norteiam a formação de coletivos, como no eMulti em formAção; II) políticas estratégicas para o planejamento do trabalho das eMulti, incluindo temas sensíveis para a realidade atual



do país, como o enfrentamento da violência em seus diferentes aspectos e o cuidado a condições prevalentes na APS; e III) retomada de alguns dispositivos e instrumentais de trabalho que costumam ser úteis na conformação do cotidiano das eMulti, desde que realizados em alinhamento com os demais aspectos aqui apresentados – a metodologia de trabalho do apoio matricial e a atenção a condições sensíveis para a APS.

Esperamos que o material aqui reunido ajude você e as eMulti a investir cada vez mais na construção de um processo de trabalho ampliado e compartilhado, para cuidar da população brasileira.

Por isso, é com grande satisfação que, a partir de agora, convidamos você a ler este caderno!

Coordenação do curso

Adriana Coser Gutierrez

Gastão Wagner de Sousa Campos

Elyne Montenegro Engstrom

Mônica Martins de Oliveira Viana

Tatiana de Vasconcellos Anéas

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e equipes multiprofissionais (eMulti): diretrizes, processo de trabalho e experiências

Gastão Wagner de Sousa Campos

Em meados de 2023, a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) e nós, do Coletivo de Pesquisa Paideia/DSC/Unicamp, fomos convidados pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps/MS) para um amplo programa de formação voltado às equipes eMulti. Os antigos Nasf haviam sido prejudicados pela gestão federal do período anterior e o MS reagiu, editando uma nova política e uma nova programação para a APS, conforme expresso na Portaria GM/MS nº 635/2023 e em outros documentos.


O conceito de “formação” é uma estratégia singular para a educação permanente. Pressupõe tanto ampliar conhecimentos e habilidades práticas dos trabalhadores, como propiciar processos de reflexão sobre si mesmos, sobre o trabalho e o contexto institucional e comunitário. Um projeto ambicioso de formação a ser ofertado a cerca de 6.000 trabalhadores das eMulti.

Desafios

Já na política que instituiu os Nasf, perspectiva essa mantida nas eMulti, tratou-se de ampliar o espectro da interprofissionalidade na APS com objetivo de aumentar a capacidade de lidar e de resolver problemas de saúde. Foram incorporados à APS profissionais com núcleo e campo de saberes e de práticas diferentes daqueles das equipes de saúde da família e comunidade: fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, farmacêuticos, entre outros.

Com essa importante novidade no SUS, restaram algumas questões.

Quais deveriam ser a formação e os encargos desses novos profissionais para adequá-los ao contexto da APS? Existe importante experiência e literatura sobre mé-



dicos e enfermeiros de saúde da família e comunidade (em outros países qualificados como “generalistas”), sobre o trabalho dos agentes de saúde da comunidade e sobre saúde bucal na APS. No entanto, há que se basear na experiência do SUS, iniciada em algumas localidades nos anos 1990 e multiplicada desde 2008 com a implementação dos Nasf, para se construir um saber sobre o que é ser psicólogo, fisioterapeuta, TO etc. na APS.

Ao recolher essa experiência, os cursos para formação das eMulti têm a pretensão, também, de contribuir para reforçar saberes sobre o que é e sobre como realizar o trabalho multiprofissional na APS.

Para nos orientar, há que se considerar também os já consagrados atributos da APS e tratar de repensá-los aplicados a cada um dos novos núcleos e campos de saberes e de práticas das novas profissões incorporadas na atenção primária.


Um desses atributos se refere ao cuidado ampliado na APS – incluindo práticas clínicas e de promoção para habitantes de um certo território, idosos, crianças, gestantes e portadores de agravos crônicos. Portanto, o pessoal da eMulti deve se preparar e se organizar para ofertar abordagem integral e universal. A ampliação dos cenários de prática com estabelecimento de vínculo e horizontalidade no cuidado aos usuários é outro atributo. Dessa forma, fazem-se necessários procedimentos clínicos e de reabilitação em cuidado individual, em grupos e familiar; atendimento em consultórios, domicílios e na comunidade. Enfim, os profissionais das eMulti necessitarão de formação e de condições de trabalho para realizar essa gama extensa de cuidados.

Como pensar projetos coletivos de intervenção comunitária? As eMulti, em geral, lidam com território ampliado e com várias equipes da atenção primária; sendo assim, como ficará o tema da integração, da locomoção e de espaços para realização de práticas individuais e em grupos?

O trabalho multiprofissional e em rede é outra diretriz da Atenção Primária. Como efetivar a gestão compartilhada do processo de trabalho, das responsabilidades e dos casos? Como realizar cogestão da própria equipe eMulti e desta com equipes de saúde da família e com outros pontos da rede SUS? Trata-se de todo um mundo a explorar.

A seguir, apresentamos diretrizes e estratégias já experimentadas.

Para o trabalho em rede e em equipes, algumas estratégias metodológicas já vêm sendo utilizadas no SUS: apoio matricial e cogestão, clínica ampliada e compar-



tilhada, equipe de referência e de apoio, campo e núcleo de saberes e de práticas, responsabilização sanitária e vínculo.

Cogestão e apoio matricial é uma estratégia metodológica para orientar o trabalho interprofissional (equipe e redes). Objetiva ampliar a capacidade de resolver problemas de saúde, considerando a gênese complexa desses fenômenos. Busca tanto integrar o trabalho fragmentado, quanto afirmar as distintas responsabilidades dos vários sujeitos profissionais envolvidos no cuidado.


Em saúde, há inúmeras situações em que um caso clínico ou coletivo é compartilhado entre vários profissionais ou especialistas.

Em geral, trabalha-se em equipes multiprofissionais e em sistemas de rede assistenciais, quando o usuário é atendido por mais de uma equipe e, frequentemente, em mais de um serviço. Para assegurar articulação e longitudinalidade a esse tipo de trabalho é fundamental a definição clara de responsabilidade do profissional e da equipe encarregados da condução de um determinado caso clínico ou coletivo em um dado território; nessas situações o desafio é ampliar a possibilidade de construção de vínculo entre profissional, equipes e usuário.

Experiências sobre o processo de trabalho

As relações entre as várias equipes necessitam de uma metodologia organizacional que busque redefinir o poder de gestão e de condução de casos, em geral fragmentado entre especialidades e profissões de saúde. A equipe de saúde da família é responsável pela população cadastrada em um determinado território. A eMulti se encarrega daquelas pessoas que poderão se beneficiar do cuidado pertinente ao núcleo de seus profissionais. A eMulti poderá também ser porta de entrada para o SUS quando atua em cogestão no território.

Considera-se que nenhum especialista poderá, de modo isolado, assegurar uma abordagem integral; a combinação de equipes objetiva facilitar a clínica ampliada. Ampliar a clínica significa considerar as variáveis derivadas dos aspectos psicológicos, culturais e sociais, além dos já clássicos aspectos biológicos. Essa ampliação implica uma complexidade que raramente poderá ser enfrentada por um único profissional ou núcleo de saber.



Responsabilidade de condução é a tarefa de encarregar-se de um caso ao longo do tempo, de maneira longitudinal. Caberá à equipe de apoio – eMulti – encarregar-se de maneira longitudinal de problemas de saúde, porém ao longo de períodos menores em algumas ocasiões.

O trabalho em saúde é sempre interpessoal, depende de evidências objetivas e da capacidade de se lidar com a subjetividade e a singularidade das pessoas. Casos individuais, familiares ou comunitários, doenças ou problemas de saúde, risco ou vulnerabilidade – tudo isso acontece encarnado em sujeitos. Os profissionais e equipes de saúde também são pessoas, que interagem entre si, com a organização e com outras pessoas com problemas de saúde. A relação longitudinal – temporal – permite a progressiva qualificação da avaliação diagnóstica e das intervenções terapêuticas; a cogestão necessita acontecer também entre equipes de referência e eMulti, objetivando construção de confiança e efetivo exercício da corresponsabilização.

Isso destaca a necessidade de se contar com espaços planejados e estruturados de encontro entre essas equipes, pois a confiança não nasce sem esse convívio.


O trabalho das eMulti acontece em várias dimensões: suporte assistencial – cuidado individual e compartilhado em distintos cenários de práticas; e formação técnico-pedagógica durante a prática cotidiana – contribuindo para a formação de profissionais em seu núcleo e campos de especialidade. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para acionar apoio. A metodologia de cogestão e de apoio matricial é complementar e, ao mesmo tempo, modifica a tradição dos sistemas hierarquizados: personaliza e dinamiza a referência e contrarreferência ao estimular contato direto entre referência e apoio; assegura responsabilidade compartilhada pela condução do caso com a referência mesmo quando algum tipo de apoio especializado é acionado; diminui poder das centrais de regulação, reservadas para acionar apoio estruturado – urgência, internação, exames complementares –, já que protocolos serão elaborados em sistema de cogestão.

Campo e núcleo das eMulti

Núcleo é aquele conjunto de atribuições e de saberes que constroem a identidade de cada especialidade ou profissão. Campo é o conjunto de atribuições e de conhecimentos que devem ser agregados ao núcleo em cada contexto, para que haja capacidade de resolver problemas de saúde dos quais, por definição, a equipe toda participa. A definição dessas responsabilidades e limites é sempre situacional e depende da composição dos recursos. Assim, quanto mais escasso seja um recurso, mais centrada no seu núcleo tenderá a ser sua atuação, evitando o fechamento burocrático típico do corporativismo profissional.

Sugestão de roteiro para trabalho em eMulti

1. Contrato sobre metodologia de trabalho entre gestor(es), equipes e pessoal da eMulti;
2. Contrato sobre critérios para solicitar apoio da eMulti e de seus profissionais, definição de prioridades de acesso, reflexão sobre lista de espera, tipos de casos, risco, vulnerabilidade;
3. Contrato sobre espaços coletivos (reunião, encontros ou comunicação via internet) para tratar do modo de funcionamento, acesso e casos, cenários de prática e intervenções comunitárias prioritárias;
4. Pactuação de formas de comunicação utilizadas entre equipes e entre profissionais;
5. Reflexão sobre diferenças, conflitos e maneiras utilizadas para construção de acordos, compromissos e contratos;
6. Apresentação e discussão de caso clínico ou de saúde coletiva;
7. Análise do processo saúde-doença-cuidado de maneira ampliada: aspectos clínicos, hipóteses de diagnósticos, uso de medicamentos e de procedimentos terapêuticos (grupos, reabilitação, cirurgia etc.), modo de vida, contexto familiar e laboral, aspectos subjetivos e socioculturais relevantes;

- 
8. Relação do(s) usuário(s) com a instituição de saúde: padrão de vínculo com profissional e equipe de referência, coordenação do caso, pedido de interconsulta ou encaminhamentos;
 9. Espaços físicos e condições de trabalho em que operam os apoiadores da eMulti: descrever e analisá-los;
 10. Elaboração de projetos terapêuticos compartilhados;
 11. Participação dos usuários na execução de projetos terapêuticos compartilhados;
 12. Responsabilidades e encargos dos profissionais de referência e da eMulti: atendimento individual, familiar ou em grupos, análise de prontuários, cogestão entre equipe de referência e especialistas do apoio, atividades de educação permanente;
 13. Participação dos apoiadores da eMulti em discussões sobre modelos de atenção, processo de trabalho, planejamento e avaliação da rede apoiada;
 14. Relação da eMulti com os gestores dos serviços.



O Método Balint-Paideia, educação permanente e a cogestão


Gustavo Tenório Cunha

Introdução

Neste curso utilizaremos o método Balint-Paideia para potencializar o processo de formação em serviço. Portanto, será importante que você se familiarize com ele e com os conhecimentos aos quais ele se relaciona. Apresentaremos brevemente algumas das justificativas para essa escolha e destacaremos aspectos mais importantes dos textos que serão compartilhados.

Não é por acaso que as práticas clínicas, gerenciais e educacionais costumam compartilhar problemas comuns. Por exemplo, podemos perceber o predomínio de relações verticais, heterônomas tanto entre profissionais de saúde e usuários, quanto entre professores e alunos, ou entre gestores e trabalhadores. Nesse contexto, as perspectivas, os interesses, os desejos, as relações sociais, os saberes e os aprendizados do usuário, dos trabalhadores e dos alunos são, muitas vezes, pouco valorizados.

A clínica procura frequentemente um paciente dócil, adaptado e obediente às sugestões dos profissionais de saúde, sem problemas emocionais ou sociais que dificultem o diagnóstico e o tratamento. Muitos gestores, por sua vez, desejam um trabalhador ainda mais dócil, que aceite decisões unilaterais centralizadas, que aceitem realizar trabalhos automatizados, cuja finalidade muitas vezes sequer compreendem e, muito menos, podem questionar. E, na educação, a chamada educação “bancária”, magistralmente criticada e superada por Paulo Freire, ainda predomina. A formação integral – que os gregos chamavam de paideia – ainda está por ser conquistada. Com frequência, o que se vê é a redução do processo educacional à simples assimilação de técnicas e de informações.




Não há como pensar criticamente a clínica sem problematizar afetos e poderes, além do cuidado. Não há como pensar gestão sem problematizar saberes e afetos, além das relações de poder. E igualmente, na educação, não há como pensar criticamente sem considerar os afetos e as relações de poder, além dos saberes. É assim desde Paulo Freire até as formulações da educação permanente.

Nos três âmbitos – da clínica, da gestão e da educação – podemos desenvolver estratégias em uma perspectiva que simplifica a realidade e reforça o polo do controle (Campos, 1997) ou apostar em uma perspectiva que reconhece a complexidade e busca o fortalecimento da autonomia do outro (do trabalhador, do aluno ou da pessoa sob cuidado). Obviamente, os resultados almejados são muito diferentes nos dois polos. Os objetivos não são, necessariamente, excludentes, mas são mais amplos e complexos no segundo caso. E não se trata aqui de supor que as relações de cuidado, de ensino e de gestão devam se dar entre iguais. O professor, o profissional de saúde e o gestor têm papéis e conhecimentos específicos que pressupõem diferenças e desigualdades no plano institucional e profissional. A questão é o quanto se busca, reconhecendo as desigualdades e diferenças, a diminuição dessas desigualdades e um resultado, sempre que possível, que produza saúde, educação e democracia organizacional. Diria o método Paideia: “um aumento da capacidade de análise e intervenção” (Campos, 2000).

As formulações críticas e propostas alternativas nesses três campos (gestão, clínica e educação) são muito consistentes e abrangem diversos países. No Brasil, temos contribuições importantes em todos esses campos do conhecimento, assim como experiências acumuladas no próprio SUS¹. É importante observar que essas formulações no campo da educação, gestão e clínica respondem principalmente à superação dos problemas e limitações dos modelos de gestão, de educação e de clínica dominantes. Existe adoecimento e insatisfação dos trabalhadores, existe muita “ineficácia” e iatrogenia nas práticas clínicas e educacionais hegemônicas. Ou seja, não se trata de formulações morais, mas formulações que buscam superar os problemas atuais e obter resultados diferentes.

¹ A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão, a Política de Educação Permanente, a cogestão do sistema entre os entes federativos, os espaços de participação social na gestão do SUS, as propostas de Clínica Ampliada e Compartilhada etc.



Nesse contexto, quando abordamos a formação em serviço no SUS, estão colocadas, ao mesmo tempo, todas estas dimensões: educação, gestão e clínica. No caso específico deste curso, o foco no trabalho interdisciplinar (o processo de trabalho das equipes, o processo de gestão dessas equipes e o apoio a essas equipes) torna ainda mais contundente a relação entre essas dimensões.

O método Balint

Michael Balint foi um médico húngaro que imigrou para a Inglaterra na primeira metade do século passado. Assim como outros psicanalistas importantes, como Winnicott e Bion, ele trabalhou na clínica Tavistock, local que congregou profissionais e pesquisadores com a preocupação – inovadora, à época – de utilizar os conhecimentos da psicanálise fora do *setting* tradicional e com preocupações coletivas.


Nesse contexto, Balint voltou suas preocupações para a clínica dos médicos ingleses da atenção primária, conhecidos como *General Practitioner* (GP). Chamou-lhe a atenção o esforço constante do NHS (sistema público inglês) de fornecer aos médicos cursos sobre psicologia e psicoterapia na clínica médica. Balint analisou que esse grande investimento apresentou resultados pouco frutíferos. O motivo é que:

(...) professores e alunos têm adotado sem crítica as formas e métodos dos hospitais-escola e dos cursos tradicionais de extensão; quer dizer cursos concentrados (...), cujo material principal são as conferências e as visitas às enfermarias, ilustradas com histórias e demonstrações clínicas. Esqueceu-se completamente que a psicoterapia é, acima de tudo, não conhecimento teórico, mas capacidade pessoal.

(Balint, 1988 p. 258)

Ou seja, Balint percebeu uma sinergia de limitações entre um certo tipo de prática pedagógica e a centralidade da clínica na doença, como se bastasse saber o diagnóstico e a conduta correta para lidar com pessoas.

Balint percebeu que os esforços frustrados não eram somente do NHS, mas que “o paciente tem verdadeira necessidade de ajuda, o médico tenta honestamente tudo que pode – e, apesar dos esforços de ambas as partes, as coisas tendem obstinadamente a andar mal.” (Balint, 1988 p. 10)



E a relação clínica entre profissionais e pacientes seria a “droga” mais prescrita nas práticas clínicas, porém não existiam manuais para sua utilização, recorrendo-se sempre ao bom senso e à suposta experiência profissional.

Contraopondo-se ao mecanicismo e reducionismo já presentes em sua época, Balint afirmava:

Tanto a auto percepção como a percepção do outro pressupõem que os “fatos” que interessam não são somente aqueles ditos “objetivos” e que geralmente podem ser mais “facilmente expressados em palavras. Os fatos que nos interessam são de caráter acentuadamente subjetivo e pessoal, e frequentemente apenas conscientes, ou então absolutamente alheios a todo controle consciente; e também costuma ocorrer que não existam formas inequívocas que permitam descrevê-los em palavras.

(Balint, 1988 p. 256)

No entanto, salienta Balint (1988): Estes fatos existem e influem profundamente na atitude individual frente à vida em geral e em particular no ato de ficar doente, aceitar ajuda médica etc.


Balint formula então um método para a formação em serviço, com base em grupos de discussão de casos. Por meio de anúncios, os médicos eram convidados a participar desses grupos, trazendo casos que seriam discutidos no decorrer de anos com os pares.

A proposta do grupo era permitir aos profissionais:

Visualizar de certa distância seus próprios métodos e suas reações frente ao paciente, reconhecer os aspectos da sua própria maneira de lidar com o paciente que são úteis e suscetíveis de compreensão e desenvolvimento e os que não são tão úteis e que, uma vez compreendido o seu sentido dinâmico, necessitem ser modificados ou abandonados.

(Balint, 1988 p. 260).

Desde o início, o método não se restringiu à formação de médicos, sendo utilizado para outros profissionais de saúde na clínica Tavistock. Com o tempo, a partir da divulgação do livro “O médico, seu paciente e a doença”, em que Balint, nos capítulos finais, recomenda e orienta a organização de grupos autogestionados pelos profissionais, o modelo se expandiu pelo mundo. Hoje existem variações da experiência Balint em todos os tipos de serviços de saúde, inclusive em hospitais, e até fora do campo da saúde.



A dinâmica dos grupos busca possibilitar o seguimento de um caso, escolhido pelo profissional. O grupo não é uma junta deliberativa de profissionais, mas um espaço de trocas e compartilhamento de diferentes perspectivas que permite, no decorrer do tempo, a cada apresentação e reapresentação do caso, uma ampliação do auto-conhecimento e das respectivas implicações nas relações clínicas. O grupo cria um processo de aprendizado em um espaço grupal que deve ser acolhedor e permitir que se tragam dificuldades e limites. Essa é uma diferença importante dos espaços gerenciais, em que falar sobre o “não saber” e as dificuldades é mais difícil.


A principal oferta do grupo Balint original é a compreensão/vivência, em um espaço protegido, das relações transferenciais. No entanto, Balint percebeu que havia padrões nas relações entre profissionais e pacientes, de modo que descreveu uma certa tipologia (“função apostólica”, “conluio do anonimato”, “perpetuação da relação professor aluno” etc.) e essa oferta também contribuiu para análise e compreensão das relações. Obviamente, essas tipologias foram simplesmente a descrição do que se repetiu com frequência nos 10 anos de atividades iniciais que antecederam o livro “O médico, seu paciente e a doença”. Elas permanecem atuais, mas nem de longe esgotam as novas possibilidades, em novos contextos e tempos.

Também é importante lembrar que cada profissional que traz um caso segue com o mesmo caso, revisto a cada vez, depois que todos apresentaram seus casos.

O método Paideia

O método Paideia (Campos, 2000) se propõe a contribuir para o aumento da capacidade de “análise e gestão de coletivos organizados” para a produção de valor de uso. Marx diferenciava, nas mercadorias, o valor de uso (para que serve) e o valor de troca. Evidentemente métodos para apoiar a hipertrofia do valor de troca existem em grande quantidade farejando o capital. Mas o importante é reconhecer a centralidade do trabalho humano, antes e para além da subjetividade reducionista do capitalismo. O trabalho no método Paideia abarca o paradoxo de ser ao mesmo tempo para o “outro” e para o trabalhador. Individual e social.

O método parte de uma análise crítica da chamada racionalidade gerencial hegemônica, ou seja, o modo dominante de organizar o trabalho. Reconhece a presença,



ainda hoje, das formulações de Taylor e Fayol – que fundamentaram a revolução industrial – agravadas pela piora recente nas relações capital x trabalho, desdobrando-se no que hoje chamamos de neoliberalismo. Ou seja, a fragmentação, a precarização e a alienação do trabalho se agravaram. O primeiro capítulo do livro “Um método para análise e cogestão de coletivos” trata desse diagnóstico. Embora tenha sido escrito há 20 anos, as lentes que serviram para enxergar o trabalho naquele momento permitem perceber o desenvolvimento do novo cenário do mundo do trabalho se desdobrando do anterior.

O método é essencialmente destinado ao apoio, embora possa ser extremamente útil para qualquer trabalhador em equipe ou gestor. O último capítulo do livro (Campos, 2000) aborda núcleos de análise, ou seja, temas que podem ajudar os coletivos a compreenderem os resultados obtidos e de que forma se constituem como sujeitos nesse processo.

O método Balint-Paideia

Seguindo uma certa tradição que poderíamos chamar brasileiroamente de “antropofágica”² e os caminhos apontados pelo próprio Balint na sua adaptação do conhecimento psicanalítico para grupos de formação profissional, formulamos os grupos Balint-Paideia. A proposta mantém a dinâmica grupal com apresentação e seguimento dos casos apresentados, tal como Balint a formulou. Porém expande o conceito de caso, além do caso clínico individual, para casos/problemas que acolhem situações vividas na equipe e na rede assistencial.

Embora o grupo Balint não se caracterize por um coletivo organizado para o trabalho – uma vez que é formado por pessoas com cenários semelhantes, mas que não trabalham juntas –, foram incorporados elementos da função apoio (Campos, Domitti, 2007; Campus, Cunha, Figueiredo, 2013) e ofertas pedagógicas. Desde o início, o método foi utilizado em cursos de extensão e especialização.

² Referência ao “movimento antropofágico”, do modernismo de Oswald de Andrade.

Dessa forma, os encontros são mais longos e uma parte do tempo é utilizado para ofertas pedagógicas. Sempre que possível essas ofertas buscam dialogar com os desafios grupais decorrentes das apresentações dos casos.

Evidentemente, as relações transferenciais abordadas por Balint entre o grupo e os coordenadores torna-se mais complexa. Acrescentam-se outras instituições e muitas vezes trabalhamos com duplas oriundas da mesma equipe. O método também foi adaptado para hospitais³.

Referências bibliográficas

BALINT, Enid; NORELL, J. S. Seis minutos para o paciente. São Paulo: Ed. Manole, 1976.

BALINT, Michael. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988. Disponível em: <https://sebodomessias.com.br/livro/medicina-e-saude/o-medico-seu-paciente-e-a-doenca.aspx>.1988.


BALINT, Michael. A falha básica: aspectos terapêuticos da regressão, Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. Disponível em:<https://pt.scribd.com/document/560093879/Michael-Balint-A-Falha-Ba-sica>.1993.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em saúde. In MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. (orgs.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, p.197-228. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilhas_documento_base.pdf. 1997.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad. Saúde Pública, v.14, n. 4, Rio de Janeiro, out./dez. 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/NFSNGnbbPr3DFy89XCbSZLN/?format=pdf&lang=pt>. 1998.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2000. Disponível em: <https://lojahucitec.com.br/produto/gastao-wagner-de-sousa-campos-um-metodo-para-analise-e-cogestao-de-coletivos-a-constituicao-do-sujeito-a-producao-de-valor-de-uso-e-a-democracia-em-instituicoes-o-metodo-da-roda/2000>.

³ Experiência relatada no livro Comunicação de Notícias Difíceis. (Campos, 2010).



CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Comunicação de Notícias Difíceis. Disponível em [linkhttps://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comunicacao_noticias_dificais.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comunicacao_noticias_dificais.pdf). 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; CUNHA, Gustavo Tenório; FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2013.

CUNHA, Gustavo Tenório. A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. São Paulo: Hucitec, 2005. Disponível em: <https://lojahucitec.com.br/produto/gustavo-tenorio-cunha-a-construcao-da-clinica-ampliada-na-atencao-basica/>, 2005.

FREIRE, Paulo. Pedagogia do Oprimido. São Paulo: Paz e Terra, 1974. Disponível em: <https://cpers.com.br/wp-content/uploads/2019/10/Pedagogia-do-Oprimido-Paulo-Freire.pdf>. 2019.

ILLICH, I. Nêmesis da medicina: a expropriação da saúde. São Paulo: Nova Fronteira, 1975. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3205.pdf>. 1975.

OURY, Jean. Itinerários de formação. Revue Pratique, n. 1, 1991. Disponível em: <https://pdfcoffee.com/itinerarios-de-formacao-jean-ouryrtf-pdf-free.html>. 1991.


Do Nasf à eMulti, ampliando e compartilhando a gestão do cuidado em saúde na APS

Mauricio Pereira de Mattos

Nos capítulos anteriores, apresentamos o método Balint-Paideia e a função do apoiador no processo de aprendizagem, conceitos importantes que orientam as dinâmicas utilizadas nesta formação. Nesta parte do curso, vamos discutir as políticas do SUS desenvolvidas no âmbito da APS, enfatizando os aspectos relacionados à organização do processo de trabalho da eMulti. Vamos começar?

O processo de descentralização das ações e serviços de saúde empreendido pelo SUS representou maior responsabilidade sanitária, autonomia e aumento de custos para os municípios, que passaram a ser os responsáveis pela gestão da APS. Com a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o respectivo aumento da cobertura, muitas demandas de saúde foram endereçadas às Unidades Básicas de Saúde (UBS), tensionando a necessidade de ampliação das ações de cuidado oferecidas pelos “postinhos de saúde”. Prover ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos, realizar diagnóstico, tratamento e a reabilitação de usuários de determinado território conforma um campo de práticas abrangente e que exige a participação de outras especialidades, além daquelas previstas nas ESF de referência.

Em resposta a esse contexto e com base em experiências que vinham sendo desenvolvidas em municípios brasileiros, no ano de 2008, o Ministério da Saúde (MS) criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), equipe composta por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, com a finalidade de aumentar a capacidade resolutiva e apoiar “a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica” (Brasil, 2008). Atuando a partir das demandas apresentadas pelas equipes vinculadas e de propostas sugeridas pelos próprios especialistas do Nasf, as intervenções tinham no apoio matricial suas dimensões principais de organização da



prática: uma técnico-pedagógica, de troca de saberes e ações conjuntas com as equipes apoiadas; e outra relativa ao atendimento clínico direto aos usuários adscritos, de forma coletiva ou individual, dentro ou fora do espaço físico da UBS (Campos, Cunha, Figueiredo, 2013).

Um aspecto que pôde ser observado nas políticas desenvolvidas nos anos de atuação do Nasf se refere às orientações sobre o processo de trabalho. Ao propor outro modo de relação interprofissional – tendo como premissa a horizontalidade de poder e produção de autonomia –, optou-se inicialmente pela organização da retaguarda especializada tendo como ação privilegiada a dimensão pedagógica de atuação, em grande medida desempenhada por meio de discussões de casos e interconsultas (ou consultas compartilhadas). Na abordagem assistencial, a diretriz era para o oferecimento de atividades coletivas, evitando-se o atendimento individual e a possibilidade da ambulatorização das situações encaminhadas ao Nasf.

Com o passar dos anos, depois do acúmulo de experiências realizadas e de cenários epidemiológicos do país, como, por exemplo, os agravos decorrentes do zika vírus, os documentos orientadores buscaram o maior equilíbrio entre as diversas possibilidades de intervenções de apoio junto aos profissionais, usuários e coletivos (Brasil, 2014; 2016; 2017).

Em síntese, na construção histórico-normativa do Nasf é possível identificar diferentes movimentos feitos pelo Ministério da Saúde no sentido de consolidar a interprofissionalidade na APS, e também retrocessos. Nos anos subsequentes à implantação da primeira equipe, foram editados dois manuais instrutivos para melhoria do processo de trabalho – Cadernos de Atenção Básica nº 27 e 39 –; portarias foram aprimoradas, no sentido de garantir melhores parametrizações para qualificação do apoio; possibilitou-se que qualquer município com modelo assistencial da ESF e/ou equipes de populações específicas pudesse implantar seu Nasf, universalizando a proposta; mudou-se o nome da equipe e sua abrangência, abarcando todos os tipos de arranjos da APS; e, com o fim do financiamento discricionário federal do Previne Brasil, houve pela primeira vez a redução no número de equipes cadastradas nacionalmente (Mattos, Gutiérrez, Campos, 2022).

Com a pandemia de Covid-19, o processo de trabalho precisou passar por adaptações, no sentido de dar respostas às novas necessidades emergentes/urgentes e garantir a segurança dos trabalhadores de saúde, considerando as diversas possi-

bilidades de atuação para o Nasf nesse cenário (Mattos, Gutiérrez, 2023; Santos, Prado, Santos *et al.*, 2023).


Passado esse período, a atenção interprofissional volta à agenda do SUS com o lançamento da Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023, que retoma o financiamento para equipes multiprofissionais da APS com uma nova equipe – a eMulti –, em substituição ao arranjo do Nasf.

Compreendendo os desafios dos diferentes modelos de organização da APS no contexto do SUS

Diferentemente do sentido que a palavra “modelo” pode denotar – molde, fôrma, algo a ser seguido, repetido e padronizado –, o conceito de “modelo de atenção à saúde” está relacionado ao conjunto de tecnologias de saúde ofertadas, utilizadas e conjugadas pelos profissionais para responder às necessidades de saúde de indivíduos e da coletividade. “Assim, um modelo de atenção pode ser entendido como uma espécie de lógica ou racionalidade que orienta uma dada combinação tecnológica nas práticas de saúde” (Paim, 2012, p. 463).

No Brasil, identifica-se a coexistência de dois modelos hegemônicos de atenção à saúde, cujas práticas predominam historicamente nos serviços e no modo como as ações são definidas (Paim, 2012):

- médico hegemônico: compreende os modelos médico assistencial privatista (muito comum nas práticas desenvolvidas no país, incluindo o SUS) e atenção gerenciada (cujos fundamentos são a medicina baseada em evidências e a economia). Em síntese, no modelo médico hegemônico, o objeto de trabalho é a cura do corpo biológico a partir da expressão da doença, sendo pouco consideradas outras dimensões do humano, como a subjetividade e o social. Esse modelo tem por base demandas pontuais de queixa e conduta, e atividades curativas individuais; volta-se para consultas médicas e procedimentos clínicos especializados, tendo o hospital como um elemento estruturante do cuidado e da rede;
- modelo sanitarista: de maneira resumida, esse modelo compreende as necessidades de saúde e de cuidado de forma coletiva, tanto em relação à expressão desses problemas – produzidos por uma determinação social –,



quanto no modo de organização da intervenção, oferecida para determinados grupos. O modelo planeja suas ações de acordo com as características e os fatores de risco de populações específicas e territórios; atua com campanhas sanitárias, como as de vacinação e combate às arboviroses, e com programa de controle de doenças específicas: tuberculose, Aids, hanseníase, hiperdia etc. Propõe suas intervenções articuladas com as informações das vigilâncias epidemiológica e sanitária, produzindo políticas de promoção, educativas e de prevenção a doenças e outros agravos.

Outros modos de organização das práticas têm sido experimentados no SUS, e são apresentados como propostas alternativas às lógicas dos modelos anteriores, mas que guardam aproximações com estes (Paim, 2012). São exemplos de algumas dessas propostas: as ofertas organizadas a partir das características epidemiológicas dos territórios, que consideram as necessidades da população para planejar o acesso à demanda; as ações programáticas, que definem o processo de trabalho de determinada equipe ou unidade, considerando as necessidades sociais locais; o acolhimento, que procura reorganizar e qualificar a demanda espontânea e o acesso, de forma humanizada; linhas de cuidado, que são construídas para definir condutas e protocolos e orientar o percurso terapêutico dos usuários na Rede de Atenção à Saúde (RAS); a promoção da saúde, que visa a integração intersetorial para a melhoria da qualidade de vida, promovendo processos educativos e campanhas de adoção de estilos de vida saudáveis.

Esses arranjos e inovações são colocados em prática com o intuito de promover a qualificação das ações prestadas e superar grandes desafios das políticas de saúde, como a integralidade, a efetividade e a qualidade. Devido à heterogeneidade epidemiológica do território nacional, mais do que definir ou contrapor modelos, importa a combinação de diferentes tecnologias de cuidado fundamentada nas necessidades singulares de usuárias e usuários do SUS (Paim, 2012).


A Atenção Primária à Saúde brasileira

Definida como o primeiro nível de atenção do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) é conhecida como atenção básica em diversas partes do Brasil, dando nome inclusive à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Mais do que uma variação semântica, a escolha pelo uso de um conceito diferente do usualmente utilizado na literatura internacional serviu para diferenciar uma atenção primária seletiva e restritiva, como visto em alguns países, do que se intencionava com o SUS – um direito à saúde integral para todas as necessidades. No entanto, existem modelos de APS integral e abrangente, como o proposto na Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários, realizada pela Organização Mundial da Saúde e o Fundo Internacional de Emergência para a Infância das Nações Unidas, Unicef na sigla em inglês, no ano de 1978 (Giovanela, 2018). Em conformidade, este caderno utiliza a terminologia APS em sua concepção integral e abrangente, em equivalência ao termo atenção básica.

O modelo de organização da APS brasileira é caracterizado por uma diversidade de expressões e diferentes formas de organização da atenção à saúde, marca da heterogeneidade dos 5.570 municípios que respondem por sua execução. Ao apresentarmos as características da APS, não temos a pretensão de planificar as práticas de equipes e profissionais, algo que escapa aos objetivos deste processo formativo e dos propósitos do Ministério da Saúde. Pretendemos, sim, provocar algumas reflexões e discussões coletivas a partir das semelhanças e diferenças das experiências de SUS do Brasil, apresentando práticas de trabalho que possam contribuir com a atuação das eMultis.


A abrangência de ações e intervenções da atenção primária reafirmadas na PNAB de 2017 (Brasil, 2017) evoca um grande desafio aos gestores municipais e profissionais que atuam na APS – especialmente de municípios com pouca arrecadação ou muito vulnerabilizados. Como responder com resolubilidade e em tempo oportuno as diferentes intervenções definidas na política (ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde), tendo a responsabilidade de ser a principal porta de acesso do SUS, de centralizar e ordenar o fluxo assistencial de usuários pela RAS?

Tomando como ponto de partida a conceituação de atenção básica/APS, destacamos as diretrizes descritas na referida PNAB. Elas conformam os atributos da APS



brasileira, que se pretende abrangente e integral, de base territorial e orientação comunitária:

- regionalização e hierarquização: a organização de entes federativos em regiões de saúde e a hierarquização dos níveis de atenção em termos de complexidade têm na APS o ponto de comunicação e de coordenação;
- territorialização e adstrição: a demarcação de territórios de atuação facilita o planejamento das intervenções, tendo como base as características daquela localidade e de seus indivíduos e coletivos vinculados;
- população adscrita: a definição da população acompanhada em cada UBS promove a produção de vínculo e de responsabilização das equipes, facilitando a continuidade do cuidado ao longo do tempo;
- cuidado centrado na pessoa: o cuidado ampliado compreende o sujeito como elemento central, fortalecendo sua autonomia e protagonismo frente às potencialidades e fragilidades que carrega, considerando sua inserção familiar e comunitária;
- resolutividade: a APS precisa ofertar um cuidado que resolva grande parte dos problemas de saúde, em tempo oportuno, em articulação com outros níveis de complexidade;
- longitudinalidade do cuidado: acompanhar as famílias, indivíduos e coletivos ao longo do tempo promove a criação de vínculos e um maior conhecimento sobre os usuários acompanhados;
- coordenação do cuidado e ordenação das redes: central de articulação da RAS, a APS é responsável por ordenar o fluxo e acompanhar o percurso do usuário na rede, incluindo outras políticas e os recursos do território. A coordenação visa diminuir a fragmentação das ações e garantir o acesso da população a todos os serviços de que necessitem, contribuindo com o cuidado integral;
- participação da comunidade: o estímulo ao protagonismo dos usuários e ao controle social contribui para a melhoria dos serviços ofertados pelas equipes, que podem avaliar e planejar as intervenções com a participação das comunidades assistidas.



Os municípios brasileiros apresentam distintas formas de expressão das diretrizes descritas na PNAB 2017. Cada localidade tem sua capacidade de investimento, cobertura populacional, rede assistencial e parcerias regionais estabelecidas. Essas peculiaridades apontam como as necessidades de saúde da população serão atendidas, além de definirem os montantes de recursos que serão repassados aos municípios por outras instâncias governamentais.


A Estratégia Saúde da Família como modo de expansão do SUS

Desde a aprovação da primeira PNAB, em 2006, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo de atenção à saúde prioritário e de expansão do SUS. A atuação de base territorial da ESF aproxima as equipes formadas por médico(a) generalista/médico(a) de família e comunidade (MFC), enfermeiro(a) generalista/enfermeiro(a) de família, técnico(a) de enfermagem e agente comunitário(a) de saúde (ACS) dos problemas e das potencialidades de determinada localidade. O contato e a comunicação mais próxima na comunidade, ao longo do tempo, facilitam a produção de vínculos e ampliam o olhar dos profissionais. Durante a pandemia, a capilaridade da APS nos municípios foi estratégica para diversas ações, como atendimento aos doentes, disseminação de informação de base científica, monitoramento dos casos suspeitos ou confirmados, dentre outras intervenções.

As diretrizes estabelecidas na PNAB para o processo de trabalho da ESF se correlacionam com os atributos essenciais e derivados da APS, desenvolvidos por Barbara Starfield (Unesco, 2002), utilizados para caracterizar modelos de APS universais e de abordagem integral. O primeiro contato preferencial do sistema de saúde, a longitudinalidade no acompanhamento do cuidado, a coordenação das ações na rede, bem como a oferta de todos os serviços necessários à integralidade do cuidado são definidos como atributos essenciais. Esses conceitos foram apresentados nos parágrafos anteriores e estão descritos nos princípios e diretrizes da última PNAB.

Os atributos derivados definidos por Starfield articulam-se à atuação das equipes da ESF e aos territórios, especialmente no que se refere à relação entre profissionais e usuários. São eles:

- orientação para a comunidade: aproximar-se dos territórios para conhecer as dificuldades e potencialidades locais da população adscrita, identificando as necessidades e os recursos e potenciais parcerias da comunidade, o que fa-



vorece o trabalho das equipes. Outro elemento importante é estimular a participação de usuários nos espaços instituídos na UBS e demais colegiados;

- centralidade na família: o modelo de atenção à saúde da APS compreende que as condições de saúde, doença e assistência são influenciadas por vínculos familiares, comunitários e outras determinações. Nesse sentido, conhecer a configuração e a relação entre os membros das famílias acompanhadas é fundamental;
- competência cultural: a capacidade comunicativa entre usuários e profissionais é um dos pontos principais para a construção do cuidado. Ambos precisam se entender e para isso é importante que o profissional fique atento a algumas expressões que utiliza. A forma como as populações atendidas conversam, as gírias e o significado de algumas palavras para determinada localidade podem comprometer o entendimento do conteúdo a ser enunciado. Aqui, na ambientação e eventual “tradução” entre linguagens, o ACS participa como um facilitador, já que é preferencialmente morador da localidade e circula na equipe e no território. Outro ponto importante é conhecer as características culturais, crenças, hábitos e convicções ideológicas comuns nas comunidades, já que essas dimensões influenciam na compreensão individual e coletiva sobre saúde.

Na perspectiva de uma APS construída no tempo presente e que aponta para o futuro, investimos numa ESF de práticas e intervenções abrangentes e resolutivas, de primeiro contato prestado em tempo oportuno, de maneira longitudinal e no território. Busca-se o resgate das formas de organização do cuidado de modo coletivo e compartilhado que possam agir nas diversas questões que chegam como demandas para a APS – saúde mental, reabilitação, violências, atenção nutricional, uso irracional de medicamentos, dentre outros agravos. Além disso, a mudança do perfil demográfico e o envelhecimento da população brasileira pressionam ainda mais o SUS, que precisa se reorganizar para acompanhar o aumento das condições crônicas de saúde que caracterizam essa faixa etária, cada dia mais crescente e longeva.


O trabalho em equipe conformando um campo e um núcleo de saberes e práticas compartilhadas

O processo de trabalho da ESF é constituído por meio da atuação de equipes mínimas, em que a atenção à saúde é ofertada aos usuários por mais de uma categoria profissional. As equipes de saúde da família e as eMulti são arranjos coletivos que buscam o compartilhamento e a corresponsabilidade do cuidado, considerando a singularidade, o conhecimento e a autonomia de cada pessoa, sua inserção familiar e comunitária, bem como outras dimensões do viver, como trabalho e educação, gênero, raça/cor e demais marcadores sociais da diferença. Devido à complexidade de situações para as quais os profissionais das UBS são convocados, o trabalho em equipe possibilita a ampliação de olhares e saberes sobre as necessidades das populações atendidas.

As práticas de saúde organizadas em equipes de trabalho despontaram para responder a algumas questões: o aumento do acesso da população aos serviços de saúde; a necessidade de racionalização dos custos cada vez maiores do setor; a compreensão de que os sujeitos, e conseqüentemente seus processos de saúde-doença-cuidado, são constituídos de um corpo biológico, dotado de subjetividade e determinados por um contexto socialmente produzido. Além disso, a atuação em equipe pode significar o alcance de melhores resultados no acompanhamento de usuários e maiores graus de satisfação pessoal dos profissionais envolvidos no cuidado (Peduzzi, 2007; Peduzzi et al., 2018).

O modo como os membros de uma equipe instituem seu processo de trabalho vai reverberar nos acompanhamentos dos territórios e na atenção à saúde. Equipes cujos participantes buscam um objetivo comum a partir das necessidades do usuário, que interagem profissionalmente, reconhecem e valorizam as diferenças profissionais e a comunicação, produzem o cuidado menos fragmentado e mais resolutivo, configurando a atenção interprofissional (Campos, Cunha, Figueiredo, 2013; Peduzzi et al., 2018).

Decidir coletivamente um projeto terapêutico onde há a participação de vários profissionais implica a diminuição da autonomia, visto que a conduta a ser pactuada pode não representar o entendimento pessoal sobre a condução do caso. No processo de planejamento conjunto, observa-se a ocorrência de uma força que impulsiona para a colaboração e o compartilhamento de saberes e práticas, e outra que busca



a prevalência do próprio saber sobre o do outro profissional (Furtado, 2007). Esses atravessamentos podem prejudicar a relação interna da equipe, gerando conflitos, afastamento e ruídos entre os membros, o que acaba por ter um efeito negativo no atendimento às populações adscritas.

No entanto, não há como construir uma relação entre os profissionais sem que esses aspectos da subjetividade humana se façam presentes. Mesmo com protocolos, manuais e instrutivos que procuram normatizar os processos de trabalho, eles são postos em prática por sujeitos em relação, com histórias de vida, crenças e valores próprios. O aumento da capacidade de comunicação que se estabelece no interior das equipes, com a abertura de espaços de fala e escuta para todos, pode contribuir para que as diferenças técnicas sejam vistas positivamente como prática e formação distintas que podem compor um campo comum, e não um motivo para o exercício do poder e da hierarquia.

A articulação dos profissionais em (inter)relação, atuando em conjunto nas atividades da UBS, produz a emergência de uma zona de interação e de construção de um campo de conhecimento comum, de troca e apoio. Um atendimento compartilhado em grupo, a visita domiciliar e a interconsulta são momentos em que profissionais de categorias diferentes integram suas experiências, produzindo uma intervenção coletiva. Em outros momentos da prática assistencial, o profissional vai se voltar para seus conhecimentos e para as responsabilidades próprias da categoria. Esses dois espaços são conceituados como campo e núcleo de saberes e práticas.

No núcleo haveria uma aglutinação de conhecimentos e práticas, conformando as identidades profissionais e determinados padrões de compromisso com a produção de saúde [...]. Já o campo seria um espaço de interseção entre os saberes, em que haveria uma sobreposição dos limites entre cada especialidade e cada prática, e onde todo profissional de saúde deveria atuar, independentemente de sua categoria ou formação (Campos; Cunha; Figueiredo, 2013, p. 67-68).

Os movimentos de “entrada” no campo e de “retorno” ao núcleo são feitos constantemente, visto que, dentre as diversas intervenções realizadas, algumas convocam o saber específico de cada especialidade e outras são de construção coletiva e de responsabilidade comum para a equipe. Nesse sentido, podemos considerar que a equipe multiprofissional na APS vai atuar em uma dimensão interprofissional, combinada com intervenções baseadas na formação nuclear de saberes e práticas.

A equipe de referência e o apoio matricial

A colaboração interprofissional entre equipes encontra no método do apoio matricial um importante dispositivo de gestão do processo de trabalho e da clínica. Conforme apontado anteriormente, o apoio matricial organizou o modo de operar o apoio do Nasc na APS, além de o matriciamento ser amplamente utilizado no SUS. Na portaria N° 635/2023, ele figura como uma das incumbências da eMulti.

De acordo com o apoio matricial, uma equipe com profissionais de diferentes saberes atua em conjunto e em articulação com uma ou mais equipes de referência, as quais possuem determinadas categorias profissionais que operam com objetivos em comum e que são responsáveis pelo acompanhamento de uma clientela específica. A definição da população adscrita favorece a construção de vínculo e o acompanhamento longitudinal com os que são atendidos; no entanto, há um limite de intervenções possíveis. Com vistas a ampliar essa capacidade, os apoiadores ofertam o suporte de outras especialidades, e podem atuar por meio de intervenções pedagógicas junto às equipes apoiadas ou diretamente com os usuários.

Tendo como princípio a busca pela democratização das instituições e das relações de trabalho, no apoio matricial as necessidades de saúde de determinado território são dialogicamente cogidas, de forma horizontal – sem desconsiderar diferenças de saber e de poder –, a partir de demandas de sujeitos concretos. Assim, os mesmos desafios apontados no trabalho em equipe podem ser vivenciados quando se opera o apoio matricial, especialmente as questões relacionadas à hierarquia de poder. Novamente, aposta-se na organização de espaços coletivos para que os desafios possam ser colocados em análise, com a garantia de possibilidade de fala de todos do grupo.

Em relação às atividades orientadas pelo apoio matricial realizadas na APS, podemos observar outros efeitos importantes dessa prática, a saber: ampliação das ações de saúde oferecidas nas UBS; oferta de atendimento coletivo e individual, aumentando a capacidade resolutiva da APS; realização de atividades pedagógicas com profissionais, usuários e coletivos; acesso de usuários e coletivos a outras categorias profissionais além das equipes mínimas; articulação com a rede e qualificação dos encaminhamentos; aumento da capacidade de análise e intervenção das pessoas sobre seus processos de trabalho e vida.

Composição e competências das eMulti definidas na Portaria N° 635/2023


As diretrizes e os objetivos do processo de trabalho das equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde – eMulti, definidos na Portaria GM/MS N° 635/2023, trazem significativas possibilidades para o SUS. A normativa propõe a ampliação do acesso da população aos cuidados em saúde por meio do trabalho colaborativo entre profissionais; a abordagem do processo saúde doença pelo princípio da integralidade; a ampliação das ofertas de práticas em saúde na APS e a integração das práticas de produção de saúde – assistência, prevenção, promoção, vigilância e formação em saúde na APS. A atuação dos profissionais, tendo como premissa esses pressupostos, visa a efetivação dos atributos essenciais e derivados da APS e da PNAB.

A portaria aposta na atenção interprofissional com vistas à superação da fragmentação do cuidado e explicitação das responsabilidades dos profissionais e equipes; no aprimoramento e ampliação da resolubilidade da APS; na longitudinalidade da atenção com definição de profissional de referência da eMulti e equipe vinculada da UBS; no aprimoramento da comunicação e da cogestão de casos e projetos; e na articulação da continuidade e produção de saúde com outros pontos de atenção da rede de atenção do SUS e serviços intersetoriais.

Para efetivar as diretrizes e objetivos, a normativa propõe que os profissionais da eMulti realizem atendimento individual, em grupo e domiciliar; atividades coletivas; apoio matricial; discussões de casos; atendimento compartilhado com os profissionais e equipes das UBS; a oferta de ações de saúde à distância; a construção conjunta de projetos terapêuticos e intervenções no território; e práticas intersetoriais.

As muitas possibilidades de atuação da equipe são fator de destaque da eMulti. O amplo espectro de atividades que podem ser desenvolvidas pelos profissionais dentro e fora das UBS tem a capacidade de trazer mais resolutividade às equipes vinculadas ao dar acesso aos usuários e coletivos a até 22 diferentes especialidades.

Como novidades em relação ao proposto anteriormente pelo Nasf, destacam-se: maior proeminência ao acesso dos usuários; incorporação e indução do uso de tecnologia da informação e comunicação (TIC); inclusão de cinco novas especialidades médicas – cardiologia dermatologia, endocrinologia, hansenologia e infectologia; e instituição do pagamento por desempenho com critérios de avaliação.



A portaria busca a maior responsabilização sanitária para os membros da eMulti, que também podem ser definidos como profissionais de referência de casos acompanhados, dando autonomia e promovendo o acesso direto de usuários a mais especialidades. Essa característica está em consonância com o atual entendimento sobre a APS, que se almeja mais resolutiva e com maior capacidade de resposta frente às necessidades do território. Para isso, a participação de mais categorias profissionais atuando em conjunto com as equipes mínimas fortalece as intervenções no próprio território, diminuindo os encaminhamentos para os outros pontos da RAS. Ampliar o acesso da população à eMulti, reduzindo as burocratizações e barreiras de contato aos profissionais especialistas, não significa romper a articulação dessa equipe com as equipes de referência da APS. A pactuação dos fluxos e dos meios de acesso é de fundamental importância para que não se produza uma clínica fragmentada e a ambulatorização do processo de trabalho desses especialistas

Nessa direção, as ações da eMulti têm como premissas a cooperação e a responsabilização entre equipes, que, por meio da troca de conhecimentos e saberes do trabalho colaborativo, podem ampliar a compreensão dos profissionais acerca dos contextos nos quais estão inseridos, expandindo a possibilidade de agir sobre os problemas que se apresentam. E, assim, ampliar a capacidade de análise e intervenção dos envolvidos sobre as práticas de saúde desempenhadas na APS, numa perspectiva de aumento do coeficiente de autonomia desses sujeitos (Campos; Cunha; Figueiredo, 2013).

As diretrizes e os objetivos, além dos dispositivos para a sua efetivação apontam para um significativo aprimoramento do modelo de atenção e gestão da APS. Aqui, considera-se a dimensão da complexidade da sua implementação, dada a heterogeneidade do funcionamento e organização da APS no Brasil. Além disso, ainda há a frágil cultura de trabalho em equipe, de reconhecimento da interdependência e complementaridade dos saberes e práticas na elaboração dos projetos em comum com as equipes vinculadas.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 635, de 22 de maio de 2023. *Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde*. Diário Oficial da União, 2023. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.476, 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 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, n. 39. Núcleo de Apoio à Saúde da Família, v.1. *Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf. 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; CUNHA, Gustavo Tenório; FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. *Práxis e formação Paidéia: apoio e cogestão em saúde*. São Paulo; Hucitec; 402p, 2013. Disponível em: <https://www.book7.com.br/praxis-e-formacao-paideia-apoio-e-cogestao-em-saude-9788564806795/p?idsku=259857>. 2013.

FURTADO, Juarez Pereira. *Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões*. Interface: Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239–255, ago. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/NMxT747jtM8xfpFsxWshvyt/abstract/?lang=pt>. 2007.

GIOVANELLA, Lígia. *Atenção básica ou atenção primária à saúde?* Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 de ago. de 2018, v.34, n. 8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800502&lng=pt&tlng=pt. 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho; CARVALHO, Antonio Ivo. (Eds.) *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2 ed. rev. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, pp. 459-491. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0018>. 2012.

PEDUZZI, Marina; **AGRELI, Heloise Lima Fernandes; SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da; SOUZA, Helton Saragor de**. *Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional*. Trabalho, educação e saúde. 18 (suppl. 1):e0024678. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000400401&tlng=pt. 2018.

PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. (Org.) *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro, IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Trabalho-em-Equipe-sob-o-eixo-da-Integralidade-Valores-Saberes-e-Pr%C3%A1ticas.pdf>. 2017.

SANTOS, Hebert Luan Pereira Campos dos; PRADO, Níliá Maria de Brito Lima; SANTOS, Luiz Henrique Pitanga Evangelista dos; MACIEL, Fernanda Beatriz Melo; PEREIRA, Luzimary Vieira; TEIXEIRA, Carmen Fontes. *Processo de organização do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica durante a pandemia da Covid-19 no Brasil*. Saúde em Debate, v. 47, n. 139, p. 978–992, out. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kSyWw9m97N3PYM49pDkNDFt/#ModalTutors>. 2023.

STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. 2002.

Saúde mental, atenção primária e a eMulti


Tatiana de Vasconcellos Anéas

Desde a década de 1980, com o movimento da Reforma Psiquiátrica, o Brasil busca de forma inovadora construir novas práticas de cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, com base na desinstitucionalização, proposta de desmonte de uma lógica institucional, política, jurídica, ideológica, social e cultural que é representada pela psiquiatria e pelo manicômio (Amarante, 2007). Trata-se de um processo social complexo, pois não é apenas um modelo de reorganização assistencial e significa colocar a sociedade em análise e discussão.

Porém, a reorganização do processo assistencial também é de fundamental importância para construir a assistência na perspectiva de uma saúde mental que possa rever o cuidado por meio da desconstrução de modelos historicamente dados, baseados no asilamento e na exclusão de pessoas com sofrimento psíquico.

Tendo como base a desinstitucionalização, as políticas de saúde mental buscaram mudar a lógica das internações em hospitais psiquiátricos, mediante a redução do financiamento dos leitos para a ampliação de Centros de Atenção Psicossocial – (Caps) e implementação das Residências Terapêuticas e o programa De Volta para Casa. A Portaria GM/NASF N° 154, de 2008, foi de fundamental importância ao colocar como diretriz a recomendação de ter um profissional de saúde mental na equipe “tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais (...) (Brasil, 2008)”.

Por intermédio da Portaria N° 3088, de 2011, da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), foram instituídas as diretrizes para organização dos pontos de atenção e seus papéis na assistência às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).




A unidade básica de saúde, como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial, tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (Brasil, 2013).

Para isso é importante que as equipes de saúde e os profissionais das eMulti compreendam o território e quais questões de saúde mental são fundamentais na construção de ações de prevenção, de promoção, reabilitação e recuperação. As UBS devem ampliar o acesso, fazer a coordenação do cuidado, o acompanhamento longitudinal e articulação das redes com outras unidades de saúde e com outros setores, como assistência social, educação, habitação etc., para a construção de uma clínica ampliada e um cuidado integral aos usuários adscritos.

O protagonismo da atenção primária à saúde na rede de cuidados em saúde mental não está apenas relacionado à atuação dos profissionais especializados. O grande potencial dos cuidados primários em saúde mental está diretamente relacionado ao envolvimento de toda a equipe no tema, pactuando papéis e responsabilidades de cada profissional nesse acompanhamento, considerando tanto as equipes de referência quanto os profissionais da eMulti. Aqui reside um dos grandes desafios a serem trabalhados, visto que os profissionais das equipes que não são do campo da saúde mental usualmente não se sentem instrumentalizados para atender esses casos e tendem a fazer encaminhamentos para os especialistas (Souza et al., 2007; Hirdes & Scarparo, 2015).

O tema da saúde mental, uma das principais causas de morbimortalidade nas Américas, é de extrema importância e a pandemia de covid-19 teve grande impacto no aumento da carga de sofrimento para a população no Brasil (OPAS, 2023). De acordo com a WHO (2022), antes da pandemia estimava-se uma prevalência de 31% da população mundial sofrendo com ansiedade, 28,9% com depressão, seguido de transtornos de desenvolvimento (11,1%), déficit de atenção e hiperatividade (8,8%), transtorno bipolar (4,1%), transtorno do espectro autista (2,9%), esquizofrenia (2,5%) e distúrbios alimentares (1,4%). Calcula-se que com a pandemia de covid-19 houve um aumento de 28% nas depressões e de 26% em relação a transtornos de ansiedade. Em 2019, 14% dos adolescentes viviam com algum transtorno mental.




O Brasil acompanha esse panorama colocado pela Opas, mas é importante destacar que a prevalência de transtornos mentais comuns, ansiedades, depressões e sintomas somatoformes estão relacionados à nossa realidade e aumentam em situações de vulnerabilidade social, ou seja, em populações com menor nível de escolaridade, em situação de desemprego ou empregos precários, e em mulheres (Marín-León et al., 2007). Dessa forma, é importante considerar a importância da desigualdade social existente no Brasil e da interseccionalidade com as questões de gênero, raça e classe social, para a construção dos cuidados em saúde mental realizados pelos profissionais das eMulti.

A literatura sobre intervenções em saúde mental na APS nos mostra que ainda há uma predominância na oferta de cuidado em uma perspectiva biomédica, que acaba por gerar a medicalização dos sofrimentos mentais. Os sofrimentos da vida cotidiana são tratados regularmente com psicofármacos; questões sociais relacionadas a dimensões econômicas, de gênero e raça acabam não tendo espaço para serem narradas e ditas pelos sujeitos, e dão lugar apenas à escuta dos sintomas. Nessa perspectiva, a prescrição da medicação aparece como “anestésicos psicossociais” em um ciclo de renovação de receitas que se perpetua. (Pereira et al., 2021; Carvalho & Dimenstein, 2003; Onocko Campos et al., 2011; Passos & Pereira, 2017)

Há poucas ofertas de acompanhamento em outras perspectivas para essas questões. É fundamental construir ofertas em que os sujeitos possam narrar o seu sofrimento, possam ser provocados a olhar para ele e dar significado e sentido em relação à sua história pessoal, articulados ao seu contexto sociocultural. A eMulti, com seu saber especializado e de forma articulada com os demais profissionais das equipes de referência que acompanham os sujeitos, possui um saber que contribui para a ampliação das ofertas de intervenções, na perspectiva de construção da promoção da saúde mental na APS. Na pactuação com as equipes de referência, podem estabelecer fluxos e critérios para priorizar a situação em que haja necessidade de atendimentos clínicos individualizados, e podem construir grupos de vários formatos, desde os de convivência e comunitários (artesanato, música, artes, caminhadas, terapia comunitária, hortas etc.) a grupos terapêuticos.

Utilizar estratégias específicas para trabalhar a epidemia do uso do psicofármaco também é uma possibilidade interessante e temos, na literatura, o uso do grupo de gestão autônoma da medicação (GGAM) como um dispositivo que trabalha a cogestão entre usuário e equipe em relação ao uso da medicação. Esse grupo




traz orientações sobre o remédio, bem como trabalha em seus encontros outras estratégias de suporte. O trabalho pode ser realizado por equipe interdisciplinar na APS, contando com psicólogo, farmacêutico, médico, entre outros (Caron & Feuerwerker, 2019).

Enquanto a manifestação do sofrimento mental acomete mais as mulheres com sintomas de depressão, ansiedade e transtornos somatoformes, os homens costumam manifestar o sofrimento majoritariamente pelo uso e abuso de álcool e substâncias psicoativas e pelo uso da violência (Vanello, 2017).

A questão do uso de álcool e outras substâncias ainda não é muito considerada pela APS, embora seja de fundamental importância que ela fosse trabalhada nos eixos da prevenção primária, secundária e terciária. Tende-se a compreender mais diretamente que o cuidado deve ser realizado em serviços especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD) e que a APS não teria papel nessas situações. Há medo e delicadeza por parte das equipes em relação ao tema, pela proximidade que existe nos territórios em relação ao funcionamento do narcotráfico (Laport, 2016).

Atualmente, o tema do suicídio tem tido muita visibilidade pela sua magnitude no Brasil e no mundo. No período de 2000 a 2019 houve, no país, aumento de 43% nas taxas de suicídio, bem como aumento significativo das autolesões. Aqui encontramos também um importante recorte de gênero e para populações específicas, como as populações indígenas, que aparecem como populações vulneráveis à questão. Em relação ao gênero, as mulheres tendem a provocar mais a autolesão e serem hospitalizadas, enquanto os homens realizam mais tentativas de suicídios (Alves et al., 2024).

Há na literatura alguns fatores de risco que são predisponentes para as ideias suicidas. Dentre eles, temos: tentativa anterior de suicídio; transtornos mentais; suicídio na família; vivência de abuso físico ou sexual na infância; pessoa com maior impulsividade/agressividade; pessoa que vive em isolamento social; pessoas com doenças incapacitantes/incuráveis; pessoas que apresentam situação de desespero e inquietude; e pessoas com alta recente de internação psiquiátrica. Há também uma série de situações precipitantes que podem desencadear tentativa de suicídio: momentos de ruptura nas relações, amorosas ou conjugais; conflitos em relações interpessoais; situação de derrocada financeira; lutos; perda de emprego etc. (Botega, 2015).




A APS e a equipe eMulti têm papel importante na construção de ações de prevenção ao suicídio e às autolesões, promovendo espaços de diálogo sobre o tema com a comunidade, sem transformar o problema em tabu. Pelo contrário, é preciso abrir espaços de fala, bem como fazer da UBS o lugar de referência para as situações de risco. A equipe eMulti também pode realizar ações psicoeducativas nas escolas com os jovens, para abrir espaços de diálogo sobre o tema e mostrar que as pessoas não estão sozinhas e podem encontrar apoio e suporte em casos de desejo e pensamento de morte. A eMulti pode, junto com as equipes da APS, identificar as situações de risco para suicídio, avaliar esse risco e, nas situações que apresentam ideias de morte, sem planejamento, podem ser organizados acompanhamentos pelos profissionais de saúde mental da eMulti no território (Brasil, 2006).

Além de intervenções relacionadas à prevenção ao suicídio, a equipe eMulti pode realizar ações de pós-venção – intervenções realizadas para elaborar a perda por suicídio, possibilitando também a prevenção do sofrimento para quem fica. O luto em situações de suicídio pode ser complexo e despertar experiência de sofrimento para as pessoas do entorno – desde não entender o que motivou a morte, culpa por não perceber os sinais de risco, raiva, vergonha e dúvidas sobre o controle da própria vida etc. (Fukumitsu, 2019).

Nesses casos, é fundamental que os profissionais de saúde mental da eMulti ofereçam espaços de acompanhamento para que os enlutados possam elaborar esse processo. Há situações que podem impactar não apenas um sujeito ou a família, mas um grupo e até uma comunidade, sendo possível organizar intervenções pontuais para trabalhar de forma coletiva uma situação de grande impacto.

E quanto às diversas situações relacionadas aos comportamentos infantis que aparecem nos acompanhamentos de rotina da equipe da APS e, principalmente, em encaminhamentos pelas escolas? Essas questões são comportamentais, como as dificuldades de concentração, agitação, agressividade, apatia, comportamentos desafiadores, regressões, queixas somáticas, questões com alimentação, sono etc.

Todas essas questões vão aparecendo como sintomas de que algo não está indo bem com a criança ou na relação dela com quem realiza os cuidados ou com a escola. Há que se considerar e estabelecer uma crítica sobre a atual patologização da infância na nossa sociedade, tornando-a cada vez mais medicalizada. Cuidar do sofrimento que se apresenta na infância é fundamental para apoio ao desenvolvimento da criança.



Os profissionais das eMulti podem construir intervenções de suma importância em territórios onde há quantidade e demanda expressivas de crianças. As intervenções podem ser precoces, começando pela relação mãe/cuidador e bebê. Nesse caso identificam-se, com as equipes, as relações que não estão se desenvolvendo e que por isso podem mostrar dificuldade de conexão nesse laço, essencial para a construção subjetiva da criança. É importante um olhar para o desenvolvimento neuropsicomotor na puericultura, indo além da dimensão biológica, caminhando em direção da construção da subjetividade, e identificando e organizando acompanhamento em situações de vulnerabilidade.

Pode-se construir espaços psicoeducativos para os pais, para ampliar possibilidades de reflexão e trocas sobre o exercício do cuidado às crianças em relação às questões comportamentais, bem como grupos lúdicos e terapêuticos com crianças que já apresentam algum sintoma ou alteração no comportamento. Pode-se também estabelecer encontro com os professores nas escolas para refletir sobre os casos acompanhados em conjunto. Em situações de maior vulnerabilidade e risco a eMulti pode organizar atendimentos terapêuticos com famílias e crianças (Onocko Campos, 2012; Surjus & Moisés, 2019).

Como se pode perceber, há muitas ações no campo da saúde mental a serem desenvolvidas pelos profissionais das eMulti para cuidar dos principais problemas que atingem a população no território brasileiro. É fundamental que as equipes mapeiem os serviços da rede de atenção psicossocial do seu território e em casos de maior gravidade, contem com o apoio dos Caps, do Samu, dos prontos-socorros etc. Mapear a rede intersetorial e articular ações de forma coletiva e criativa com a cultura, a arte e os esportes, além da educação, certamente promovem saúde mental para a comunidade. Para isso conta-se com a reflexão e a leitura do território e das demandas pelas equipes eMulti, para organizar as intervenções adequadas a sua realidade, bem como com a criatividade dos profissionais para criar experiências inovadoras.

Referências bibliográficas

- ALVES, Flávia José Oliveira, et al. *The rising trends of self-harm in Brazil: an ecological analysis of notifications, hospitalisations, and mortality between 2011 and 2022*. The Lancet Regional Health, Americas, p. 1-11, 2024. ALVES, Flávia José Oliveira; FIALHO, Erika; ARAÚJO, Jacyra Azevedo Paiva de; NASLUND, John A.; BARRETO, Maurício L.; PATEL, Vikram; MACHADO, Daiane Borges. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(24\)00018-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(24)00018-8/fulltext). 2024.
- AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/saude-mental-e-atencao-psicossocial>. 2007.
- BOTEGA, Neury José. *Crise Suicida: Avaliação e Manejo*. Artmed, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NR8GKCRkXZrz3qSgrDcsPw/>. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília: [s.n.], 76p. 2006. Disponível em: https://cvv.org.br/wp-content/uploads/2023/08/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. *Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF*. Diário Oficial da União. Brasília, DF. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. *Instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, DF; Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. 2011.
- BRASIL. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. *Saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. ISBN 978-85-334-2019-9. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. 2013.
- CAMPOS, Rosana Onocko; GAMA, Carlos Alberto; FERRER, Ana Luiza; SANTOS, Deivisson Vianna Dantas dos; STEFANELLO, Sabrina; TRAPÉ, Tiago Lavras; PORTO, Karime. *Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira*. Ciência de saúde coletiva. 2011, v.16, n. 12, p.4643–52. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300013>. 2011.
- CARON, Eduardo; FEUERWERKER, Laura, C.M. *Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como dispositivo de atenção psicossocial na atenção básica e apoio ao cuidado em saúde mental*. Saúde Soc, 2019. Oct; v. 28, n.4, p.14-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019190697>. 2019.

CARVALHO, Lúcia de Fátima; DIMENSTEIN, Magda. *A mulher, seu médico e o psicotrópico: redes de interfaces e a produção desubjetividade nos serviços de saúde*. São Paulo: Interações, v. 8, n. 15, p. 37-64, jun. 2003. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-29072003000100003&lng=pt&nrm=iso. 2003.

CHACRA, F.C.; ZANOLLI, M.L. Uma experiência de abordagem psicossocial em pediatria. In: SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso (org.). *Saúde mental infantojuvenil: territórios, políticas e clínicas de resistência*. Santos: Unifesp, p.70. 2019. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/Saude-Mental-Infantojuvenil.pdf>

FUKUMITSU, Karina Okajima. *Suicídio e luto: história de filhos sobreviventes*. 2 ed. São Paulo: Lobo. ISBN 978-85-65294-17-1, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322791577_Suicidio_e_Luto_Historias_de_Filhos_Sobreviventes. 2019.

HIRDES, Alice; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. *O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde*. Ciência de Saúde Coletiva, v.20, n.2, p.383-93, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jk7v4HcTBCFvj7vBXfFp6R/abstract/?lang=pt#ModalTutors>. 2015.


LAPORT, Tamires Jordão; COSTA, Pedro Henrique Antunes da; MOTA, Daniela Cristina Belchior; RONZANI, Telmo Mota. *Percepções e práticas dos profissionais da atenção primária à saúde na abordagem sobre drogas*. Psicologia: teoria e pesquisa. Brasília, v. 32, n. 1, p. 143-150, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-37722016012055143150>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/WpkqFS53QVxSWYkzTjVn9PN/?lang=pt>. 2016.

MARÍN-LEÓN L.; OLIVEIRA, H.B. de, Barros, M.B. de A.; DALGALARRONDO, P.; BOTEAGA, N.J. *Social inequality and common mental disorders*. Braz J Psychiatry. 2007, sep. v. 29, n. 3, p. 250-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000060>. 2007.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana. *Psicanálise & saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2012. Disponível em: <https://lojahucitec.com.br/produto/rosana-onocko-campos-psicanalise-e-saude-coletiva-interfaces/> 2012.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice de Lima; LEAL, Erotildes. *Guia da Gestão Autônoma da Medicação - GAM*. Campinas: DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2012. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-esaudemental-interfaces>. 2012.

PASSOS, Rachel Gouveia; PEREIRA, Melissa de Oliveira. *Luta Antimanicomial, feminismo e interseccionalidades: notas para o debate*. In: PEREIRA, Melissa de Oliveira; PASSOS, Rachel Gouveia (Org.). *Luta antimanicomial e feminismo: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Autografia, 214p. 2017. Disponível em: <https://www.amazon.com.br/Luta-antimanicomial-feminismos-discussoes-gedp/8551807307>. 2017.



PEREIRA, Élen Lúcio; CORTEZ, Lumena Cristina de Assunção; FONTES, Flávio Fernandes; SILVA, Mercês de Fátima dos Santos. *Medicalização do viver entre usuárias de psicotrópicos na atenção básica*. Rev. Polis Psique, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 51-71, ago. 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X202100300004&lng=pt&nrm=iso. 2021.

SOUZA, Aline de Jesus Fontineli; MATIAS, Gina Nogueira; GOMES, Kenia de Fátima Alencar; PARENTE, Adriana da Cunha Menezes. *A saúde mental no Programa de Saúde da Família*. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 60, n. 4, p.391-5. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/wD58VsZgYb6Y3nCC4P4WbWN/#ModalTutors>. 2007.

ZANELLO, Valeska. Saúde mental, gênero e interseccionalidades: notas para o debate. In: PEREIRA, Melissa de Oliveira; PASSOS, Rachel Gouveia (Org.). *Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Autografia, 214p. 2017. Disponível em: <https://www.amazon.com.br/Luta-anti-manicomial-feminismos-discussoes-ge/dp/8551807307>. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World mental health report: transforming mental health for all*. Geneva, Switzerland, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>. 2022.

Violências e a violência de gênero

Lilian Soares Vidal Terra
Cathana Freitas de Oliveira


A violência tem sido um dos grandes desafios para a sociedade brasileira, de modo geral, e para o Sistema Único de Saúde (SUS), quando se trata de articulação do cuidado. Invariavelmente, os profissionais que acolhem os casos se sentem desamparados, sem saber como caminhar com o paciente na rede, o que impacta na própria saúde mental dos trabalhadores.

As evidências científicas apontam que a violência traz inúmeros impactos na saúde das pessoas, especialmente no desenvolvimento de transtornos mentais, acarretando, ainda, maior carga de adoecimento por doenças crônicas, algo claramente perceptível pelos profissionais de saúde que lidam com as vítimas e seu entorno. Especificamente em relação à violência de gênero, dados apontam que mulheres que vivem/viveram violência doméstica e sexual têm mais queixas, distúrbios e patologias, físicos e mentais, e utilizam os serviços de saúde com maior frequência do que aquelas sem essa experiência.

A necessidade desse recorte de gênero para discussão da violência como problema de saúde se sustenta nos dados epidemiológicos de violência no Brasil. Segundo o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, quase 30% das brasileiras sofreram algum tipo de violência ou agressão durante o ano de 2022. Quando perguntada se sofreu “batida, empurrão ou chute” nos últimos 12 meses, em 2022, 11,6% das mulheres responderam positivamente, ante um índice de 6,3% na pesquisa de 2021.

Na mesma direção, faz-se necessário olhar para os demais recortes de interseccionalidade. Na comparação entre mulheres negras e não negras:

o risco relativo de sofrer um homicídio é 1,8 vez maior entre as negras. Em alguns estados, o risco de ser vítima de homicídio foi




mais que três vezes maior entre mulheres negras do que entre não negras. É o caso do Rio Grande do Norte, onde, em 2021, a taxa de homicídios de mulheres negras foi 4,1 vezes maior do que a de mulheres não negras. Destacam-se também Sergipe e o Ceará, onde o risco relativo de homicídio entre mulheres negras foi 3,6 e 3,2 vezes maior, respectivamente. (Atlas da Violência 2023, p. 47-48)

É possível, como hipótese para explicar tais dados, que a discriminação racial e de gênero no mercado de trabalho, resultando em menor renda para as mulheres negras, as torne mais vulneráveis à violência intrafamiliar, uma vez que seriam mais dependentes dos parceiros.

Os dados gerais de violência de gênero também apresentam uma diferença marcante entre os estados da federação. Segundo o Atlas da Violência 2023:

Ao olharmos para os destaques estaduais, sete Unidades da Federação tiveram crescimento na taxa de homicídios de mulheres nos últimos cinco anos; a notícia é ainda mais negativa quando se olha para o período mais recente, entre 2020 e 2021, no qual quatorze UFs apresentaram crescimento na taxa de mulheres assassinadas. O maior crescimento, nesse período, se deu no Amazonas, com aumento de 48,2% na taxa de homicídios de mulheres; na sequência vêm o Piauí, com crescimento de 27,7%, e Espírito Santo, com aumento de 22,7%. A maior queda se deu em Roraima, onde a taxa de mulheres assassinadas caiu 40,8%, seguido de Alagoas, que teve uma redução de 29,2%, e do Mato Grosso, com 22,7% de queda. Em relação às menores taxas, São Paulo destaca-se como o estado com menos homicídios de mulheres no país, com taxa de 1,5 morte para cada 100 mil mulheres, seguido por Minas Gerais, Santa Catarina e Distrito Federal, com taxas de 2,3, 2,5 e 2,6 por 100 mil, respectivamente. Em sentido oposto, Roraima está no topo dos estados com maiores taxas de homicídios de mulheres no ano de 2021 (taxa de 7,4 mulheres mortas a cada 100 mil), seguido do Ceará (7,1) e do Acre (6,4). Chama atenção que Roraima, mesmo apresentando uma redução de quase 41%, permanece como o estado com maior taxa de homicídios femininos no país. (Atlas da Violência 2023, p.43,44)




Mulheres que sofrem violência podem buscar os serviços de saúde em momentos de urgência/emergência, por problemas decorrentes diretamente da violência física ou sexual (traumas, fraturas, tentativas de suicídio, abortamentos etc.) ou recorrer a serviços de atenção primária em decorrência de outros sofrimentos causados ou agravados pela violência, como condições crônicas não transmissíveis, doenças no aparelho reprodutivo ou sofrimento mental. Observa-se que, paradoxalmente, utilizam menos as ações preventivas, como Papanicolau. Porém, as pesquisas apontam que esse uso do sistema de saúde, ainda que frequente, é pouco resolutivo, o que, na visão de d'Oliveira et al., deve-se ao fato de que, invariavelmente, o problema é reduzido às suas manifestações no corpo, entendido da perspectiva biomédica, com consequente invisibilização das situações de violências envolvidas.

Portanto, é imperioso investir no trabalho da Atenção Primária à Saúde (APS), de modo a aumentar a detecção dos casos e qualificar a assistência, a fim de proteger as mulheres.

Os fatores que contribuem para a vulnerabilização da mulher na sociedade

Como vimos, o papel social ocupado pela mulher na sociedade é um importante fator de vulnerabilização. A começar por como a ciência compreende seus corpos. O interesse pela manutenção de um corpo capaz de sustentar a reprodução da sociedade acende uma curiosidade científica pelos corpos femininos. A partir desse momento, a ciência desenvolve práticas de cuidado prioritariamente voltadas para essa manutenção, priorizando na mulher o cuidado à reprodução, na maior parte das vezes com intervenções que visam a reduzir, por meio de medicalização, os processos naturais de desenvolvimento das mulheres. Historicamente, o homem é considerado como o ser universal, a partir do qual todos os padrões de normalidade são construídos. Isso fez com que o corpo feminino acabasse por ser visto como inferior, entendimento que acaba se tornando mais um fator de vulnerabilidade para as mulheres.

Outro tema que afeta os ciclos femininos e pode ser entendido como uma violência diz respeito à pobreza menstrual. A principal causa da precariedade menstrual está no tabu e preconceito que cerca o assunto; em geral, vem acompanhada de vulnerabilidade socioeconômica, desinformação sobre a saúde menstrual, ausência



de saneamento básico e negligência estatal. A depender de como as mulheres experimentam suas identidades de gênero, sua posição social na cadeia reprodutiva e produtiva pode gerar maiores ou menores impactos à saúde mental, infecções urogenitais, vivência precarizada e perda do direito de ir e vir. Assim, falar sobre esse tema e identificar a forma como cada mulher e jovem se relaciona com seu corpo e sua sexualidade, antes de medicalizar essas etapas do ciclo de vida, é fundamental, assim como um trabalho de enfrentamento à pobreza menstrual em todos os aspectos.


Importa também ressaltar que as mulheres têm um papel histórico muito relacionado ao trabalho de reprodução social. Elas são as responsáveis pelas funções não remuneradas de gerir e alimentar os bebês, alimentar a família, manter a limpeza da casa, manter as vestimentas, educar as crianças, atender os idosos e assistir os doentes. Ou então exercem essa função de forma remunerada para outras famílias, em trabalhos informalizados e racializados, aumentando a sua vulnerabilidade e levando-as a uma posição de dependência familiar.

A esse fator de dependência financeira, outras questões se somam, tornando o ambiente familiar um espaço de muitas violências. Mulheres estão em risco principalmente em famílias em que têm pouco espaço de ação e as relações de poder são muito desiguais.

O papel da APS e das e-Multi

Os profissionais de saúde estão entre os primeiros a receber as pessoas expostas a violência, tendo o benefício de uma posição especial na comunidade para ajudar aqueles em risco. A APS, mais especificamente, tem um lugar privilegiado para ações de prevenção, para o diagnóstico precoce e para a coordenação do cuidado às vítimas, dada a proximidade no território. Em articulação, eMulti e APS podem atuar na coordenação do cuidado desde o acolhimento, com possíveis intervenções e encaminhamentos, e também na prevenção e promoção da não violência. Nesse sentido, a eMulti tem papel essencial, pois amplia o rol de ações da APS para garantia da integralidade do cuidado.

Além disso, outro importante espaço para identificação, acolhimento e enfrentamento de violências é a escola, onde também incidem consequências da violência, atravessando as relações pedagógicas. A articulação intersetorial da APS e da eMulti com profissionais da educação é estratégica tanto para o atendimento e en-



frentamento das violências e suas consequências para o núcleo familiar e comunidade, quanto para um fortalecimento dos educadores para lidar com esse agravo.

Para melhor compreender o potencial das eMulti na articulação de ações no cuidado e prevenção da violência, iremos elencar algumas estratégias orientadas para os quatro níveis de prevenção.

- **Prevenção primária**


Como sabemos, ações de prevenção primária são também conhecidas como de prevenção e promoção à saúde. Como prevenção, incluem-se aquelas que objetivam impedir que um agravo em saúde aconteça, agindo na eliminação dos fatores de risco daquele agravo. Ou também que atuam no fortalecimento do sujeito para que, quando exposto, tenha capacidade de combater o agente danoso e se manter saudável, como é o caso das vacinas. Como promoção, estão aquelas que promovem um estilo de vida mais saudável para indivíduo e comunidade.

A partir dessa compreensão, como a eMulti poderia atuar na prevenção primária para casos de violência?

Há pouco acúmulo de evidências em torno da promoção da não violência e prevenção da violência. Por outro lado, os fatores de risco e vulnerabilidade são muito conhecidos. Sabemos que a violência intrafamiliar contra as mulheres relaciona-se à desigualdade e há fortes indícios de agravamento graças aos conflitos derivados de transformações recentes nas relações de gênero. Ainda no âmbito familiar, testemunhar violência entre os pais, na infância, ou sofrer violência quando criança são importantes fatores de risco, tanto para meninos como para meninas, podendo levar ao envolvimento em situações de violência na vida adulta.


A seguir, elencaremos algumas possíveis ações para a eMulti nos territórios, em parceria com as equipes da APS, como forma de prevenção primária da violência. Como se poderá ver, há espaço para uma infinidade de ações. A equipe deve exercer sua criatividade e sensibilidade para planejar e organizar seu trabalho, dirigindo suas ações à maior equidade de gênero, ao empoderamento e à emancipação das mulheres e à interrupção do ciclo de violência intergeracional. As ferramentas necessárias para colocar em prática tais ações, incluem:

- Campanhas e ações comunitárias – colocação de cartazes e folhetos nas unidades é uma prática que pode facilitar a revelação e a emergência de



casos. O mesmo pode ser feito em locais estratégicos do território a que os trabalhadores de saúde tenham acesso. Parcerias estratégicas com líderes comunitários, sejam da associação do bairro ou da comunidade religiosa, podem ser potentes nesse sentido.

- Ações intersetoriais – o trabalho em rede intersetorial pode ser bem desafiador, considerando os diferentes recortes que cada instituição dá para o tema da violência. Por outro lado, uma rede intersetorial integrada potencializa o cuidado às mulheres a partir do momento que facilita seu trajeto terapêutico e potencializa as ações de prevenção primária. Desse modo, pode ser um importante papel da eMulti mapear os diversos serviços relacionados à violência (ex.: abrigos, centros de referência geridos pelo estado ou por ONGs, delegacias de defesa da mulher, delegacias gerais, fóruns, defensoria pública, ministério público, procuradoria de assistência judiciária, serviços de saúde hospitalares e ambulatoriais etc.) e construir uma rede intersetorial que se reúna com certa periodicidade, pactuada para propor ações de prevenção e construir um fluxo de cuidado dos casos entre todos os atores da rede. Outro importante parceiro intersetorial na prevenção primária da violência é a escola. A promoção de uma educação para a equidade de gênero e para a não violência é imprescindível para um futuro com melhores indicadores de violência contra a mulher. Além disso, o cuidado aos casos de testemunho por parte das crianças, relativos à violência domiciliar, pode e deve ser feito em articulação com a escola, desde que respeitado o sigilo e o desejo das famílias. Esse cuidado pode proteger as crianças e prevenir a transmissão intergeracional da violência, ao mesmo tempo que pode evitar as constantes reiterações dos episódios para a própria mulher em situação de violência.
- Grupos de homens para discutir masculinidades – o cuidado aos homens, na mesma direção, pode trazer uma perspectiva crítica e prevenir futuros novos episódios de violência com as mesmas ou outras mulheres com quem se relacionem, sejam elas parceiras, familiares, colegas ou apenas conhecidas. As estratégias para chamar os homens para participar de tais grupos são variadas: pode-se tratar de grupo de atividade física, de geração de renda, ou de qualquer outro tema que interessa aos homens do território de abrangência. Em sentido semelhante, a discussão de masculi-



nidades pode permear outros grupos que já existem nos territórios, como de alimentação saudável, de diabetes etc.


- Fortalecimento e/ou construção de redes de cuidado, apoio e proteção entre mulheres – para esse item, sugerimos a leitura de “Redes de Cuidado: revoluções invisíveis por uma vida vivível”, do Coletivo Etinerâncias. Como vimos anteriormente, nem sempre a família é o núcleo em torno do qual se constrói uma sociedade saudável. Na verdade, nos mais variados territórios, em todas as regiões do Brasil, as mulheres se articulam a partir de vínculos das mais diversas naturezas. As redes de cuidado construídas são expressões do comunitário que permitem a reprodução da vida em seus vários aspectos e espectros, quebrando a lógica de um ente provedor (o Estado, a Igreja etc.).

O cuidado — que possibilita sobrevivências, comunhões, resistências, defesas contra ameaças de toda natureza, e criações de novos horizontes de justiça, entre outros — é um elemento estruturante da vida em comunidade. Mas é, sobretudo, uma prática cultivada e exercida predominantemente pelas mulheres.

O mapeamento e o apoio ao fortalecimento dessas redes existentes nos territórios podem ser uma importante forma de atuação das eMulti no sentido do empoderamento e autonomia das mulheres.

É importante ainda lembrar que os trabalhadores da atenção primária não reforcem estereótipos de gênero. O cuidado às mulheres do território jamais deve restringir a mulher ao papel de reprodutora, focando ações de cuidado somente na saúde reprodutiva e infantil. No entanto, jamais deve ignorar o cuidado aos ciclos femininos. Na verdade, é importante que, ao abordar as questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, os profissionais de saúde estejam atentos a atuar em um sentido que, ao invés de inferiorizar o corpo feminino, contribua para seu empoderamento, reduzindo a vulnerabilidade da mulher à violência de gênero. A seguir damos algumas sugestões:

- Grupos com adolescentes: a forma como recebemos e compartilhamos as informações básicas sobre a menarca podem contribuir muito para o desenvolvimento saudável dessa fase do ciclo de vida. Há uma necessidade de atenção para evitar a intervenção excessiva em “sintomas de tensão



pré-menstrual” ou sangramentos uterinos anormais ou irregulares que se apresentam a partir desse período, pois geram medicalização e iatrogenia, inclusive com uso precoce de hormônios para controle do ciclo menstrual. No sentido oposto, existem tanto ações de educação menstrual que podem ser realizadas pela eMulti na unidade de saúde, quanto trabalhos coletivos que podem ser desenvolvidos em parceria entre a eMulti e a rede de ensino do território. Nesses espaços de confiança, é importante garantir a dimensão lúdica e o cuidado com o sigilo das informações trabalhadas. Esses grupos e/ou consultas com adolescentes também são espaços propícios para o desenvolvimento de conversas sobre gestação e planejamento familiar, que deve acontecer com linguagem adequada à idade das participantes e mostrar com clareza que acesso aos cuidados reprodutivos elas podem ter dentro e fora da rede SUS, atuando no fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos, outra importante esfera de prevenção da violência contra as mulheres.

- Grupos de gestantes: a gestação costuma ser o período mais explorado nos cuidados em saúde, o que pode ser lido como um exemplo de qual aspecto de “ser mulher” a sociedade mais valoriza. Para tornar esses grupos mais um espaço de prevenção primária contra a violência de gênero, é importante fortalecer as mulheres e trazer os homens para a divisão do trabalho de cuidados da criança que chega. Ressaltamos também que, para além do cuidado biológico, o cuidado integral à saúde da mulher gestante ou puérpera envolve apoio psicológico – feito a partir dos grupos de gestantes e/ou grupos terapêuticos – que ampliam as redes sociais e de pertencimento delas. Ressaltamos a importância de o processo de planejamento familiar fazer parte dos cuidados da mulher nessa fase da vida. Além disso, esse pode ser um momento chave para que a mulher faça escolhas de mudanças no cuidado à saúde reprodutiva, de modo a manter sua autonomia sobre seu próprio corpo a partir da escolha de métodos que vão desde os hormonais até formas naturais de controle da fertilidade e não gravidez. Chamamos aqui atenção à necessidade de acompanhamento no pós-parto imediato e atenção especial ao ciclo puerperal, visto que muitas mulheres apresentam agravos à saúde mental nesse período.


- Grupos para cuidados ao climatério e menopausa: as transformações hormonais mais relacionadas ao final do ciclo menstrual costumam ser menos exploradas ainda que as fases anteriores. Essa fase do ciclo de vida pode começar a partir dos 40 anos e é mais um indicador de que a mulher está envelhecendo. Esse costuma ser um momento em que as mulheres estão experimentando múltiplas tarefas sociais (trabalho doméstico e/ou com carreira externa), o que as leva a experimentar as mudanças hormonais a partir de uma composição de fatores biológicos, psicológicos e sociais que ficam difusos. Nesses casos, indicamos que as equipes realizem conversas coletivas, retomando o pertencimento e o valor social da mulher que sai da etapa reprodutiva.

Indicamos que os cuidados relativos às fases de desenvolvimento natural dos ciclos femininos sejam acompanhados sempre de atividades coletivas, sem prescindir dos cuidados individualizados quando bem indicados. É importante ofertar às mulheres cuidados que incluam práticas integrativas e complementares, permitindo que o cuidado ancestral e não medicalizante esteja presente e volte a ser tema de conversas e possibilidades de autocuidado. Essas práticas podem ser muito bem exploradas em compartilhamento entre APS e eMulti.

Além disso, as demais ações de promoção e prevenção em saúde também devem ter um olhar de gênero. Por exemplo: grupos diversos devem estar atentos às opressões de gênero (ex.: são as mulheres as únicas cuidadoras do lar? As únicas responsáveis pela alimentação saudável da família?). Nesse mesmo sentido, deve-se estimular a presença dos homens nos grupos e nas consultas de pré-natal, nos grupos de pais (que orientam cuidado e educação das crianças), na consulta de saúde da criança, na divisão do cuidado dos idosos, nos grupos de cuidado de condições crônicas não transmissíveis e alimentação saudável etc.

- **Prevenção secundária**

Ações de prevenção secundária são aquelas voltadas para a detecção precoce de casos, como os programas de rastreamento de doenças e instituição precoce do cuidado a fim de prevenir consequências do adoecimento.



Em proximidade com o território, a APS deve manter a porta aberta para a população, de modo que as vítimas de violência possam acessar facilmente o serviço, mas também manter um olhar atento à sua área de abrangência, sendo capaz de detectar sinais de violência nos indivíduos e na comunidade.


Nos Estados Unidos e no Canadá, como parte da prevenção secundária, a estratégia mais propagada é a do rastreamento de violência doméstica para todas as usuárias dos sistemas de saúde nestes países, dada a enorme prevalência do problema (em torno de um terço à metade das mulheres) e a falta de fatores de risco bem configurados e preditores dos casos.

Recomenda-se que a eMulti seja o primeiro acesso do paciente. Isso pode ocorrer, por exemplo, quando uma mulher – frequentadora de um grupo terapêutico mediado pelo psicólogo em conjunto com um membro da ESF – traz, para conversar com o psicólogo antes de iniciar o grupo, sua vizinha que foi agredida pelo marido. Pode também ter acesso facilitado para os trabalhadores que atendem a demanda espontânea ou atuam diretamente no território, como quando um agente comunitário de saúde chama a assistente social no corredor da UBS para contar que identificou, no território, uma usuária que talvez esteja em cárcere privado. Burocratizar a chegada desses casos, exigindo uma avaliação prévia do médico ou enfermeiro, pode atrasar o atendimento, mantendo a vítima sob risco. Pode também parecer uma barreira para quem está em sofrimento, fazendo com que a vítima perca a confiança no serviço.

Importa ressaltar que toda a equipe deve ter especial atenção para evitar a naturalização da violência, muito relacionada à cultura do machismo. O Brasil é muito diverso e há consideráveis diferenças regionais sobre o papel social do homem. No geral, podemos assumir que o “masculino é investido significativamente com a posição social (naturalizada) de agente do poder da violência, havendo, historicamente, uma relação direta entre as concepções vigentes de masculinidade e o exercício do domínio de pessoas, das guerras e das conquistas”. Porém, a aceitação por parte da sociedade como um todo a respeito desse papel apresenta diferenças regionais, comunitárias e geracionais.

Minayo nos chama a atenção para o fato de que:


No caso das relações conjugais, a prática cultural do “normal masculino” como a posição do “macho social” apresenta suas atitudes e relações violentas como “atos corretivos”. Por isso, em geral, quando acusados, os



agressores reconhecem apenas “seus excessos” e não sua função disciplinar da qual se investem em nome de um poder e de uma lei que julgam encarnar. Geralmente quando narram seus comportamentos violentos, os maridos (ou parceiros) costumam dizer que primeiro buscam “avisar”, “conversar” e depois, se não são obedecidos, “batem”. Consideram, portanto, que as atitudes e ações de suas mulheres (e por extensão, de suas filhas) estão sempre distantes do comportamento ideal do qual se julgam guardiões e precisam garantir e controlar. [...] No Brasil, “razão de honra” é uma categoria relacional forte e ao mesmo tempo provisória, pois sua existência, culturalmente, depende do exercício de vários papéis masculinos: o de provedor, o de pai e, sobretudo, o de marido que precisa assegurar a fidelidade da parceira no desafio com outros homens. Neste último caso evidencia-se uma contradição de termos, pois o homem “honrado” vive em eterna vigilância contra o homem “bicho danado” (Machado, 2001), e esses papéis podem ser trocados sempre, dependendo do olhar do outro. Como num jogo de espelhos, o “homem honrado” enxerga a masculinidade como o lugar dos instintos incontrolláveis, da agressividade e da violência.

A equipe de saúde deve estar sempre vigilante a não reproduzir tais estereótipos que vulnerabilizam mulheres, mas também os próprios homens, levando ao inaceitável indicador de morbimortalidade por violência no Brasil. Vulnerabiliza também os homens, uma vez que, “no mundo da criminalidade, a ideia fundante de macho violento se centra na mesma crença arraigada do masculino como o espaço da iniciativa, do poder e da imposição da vontade, fazendo a associação de dois planos, o da sexualidade e o da sociabilidade”.

Quanto à instituição precoce do tratamento, é importante ter, como finalidade última do cuidado, o fortalecimento das mulheres e a emancipação de todos os envolvidos (população e trabalhadores), e não apenas o alívio da dor e o tratamento dos sintomas e agravos consequentes à violência. Para tanto, a devolução da autonomia para essa mulher que teve seu corpo e seu espaço pessoal violados e tomados de si é central na construção do plano terapêutico, isto é, o projeto de cuidado deve ser construído sempre em compartilhamento com ela.




Importa ressaltar que suas necessidades jamais devem ser reduzidas ao cuidado em relação à violência. Trata-se de um ser integral, com múltiplas potências de vida, que não deve ser reduzido por um evento em sua vida, por mais marcante que possa ser.

Como vimos, a família nem sempre é um espaço seguro. Assim, é fundamental termos uma escuta sensível e aberta às características apontadas pelas próprias usuárias sobre a organização familiar. Explorar as possibilidades de outras redes de cuidados e observar as vulnerabilidades por dentro da família podem ser importantes instrumentos de qualificação do cuidado. Indicamos o uso dos genogramas e ecomapas como boas ferramentas para essa estratégia. Ademais, a situação financeira é outro aspecto que precisa ser considerado quando as equipes estiverem organizando intervenções para mulheres em situação de violência, pois muitas vezes a dependência financeira é o que as mantém em um ciclo de violência.

A eMulti pode lançar mão de diversas ferramentas de trabalho: a construção de ecomapa, a terapia breve, os grupos terapêuticos etc., associando consultas individuais, consultas compartilhadas e ações coletivas (grupos etc.). Mais uma vez, ressaltamos que a estratégia deve ser escolhida junto com a paciente, jamais produzindo revitimização (como repetir a mesma história para diferentes profissionais da equipe) ou barreiras de acesso, e sempre produzindo acolhimento, vínculo e empoderamento.

Vale analisar, em d'Oliveira et al., a experiência exitosa em UBS do município de São Paulo, que envolve uma estratégia de detecção dos casos a partir de observação e perguntas, seguida de encaminhamento para quatro sessões com algum profissional de saúde (não necessita ser do núcleo psi), em espaço protegido, em que são mapeados desde os riscos mais imediatos, passando pela rede de apoio, até projetos de vida, em estratégia semelhante à terapia breve.

Para os casos em que seja mapeado alto risco, a rede intersetorial bem articulada pode facilitar o acesso ao abrigo ou ao afastamento do agressor de seu meio, de acordo com o desejo da mulher agredida. Os profissionais devem conhecer os serviços da rede com os quais articular o cuidado da paciente: Ambulatórios Especializados, Policlínicas, Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Hospitais, Centros de Referência de Assistência Social (Cras), Centros de Referência Especializados em de Assistência Social (Creas), Centros de Referência de Atenção à Saúde da Mulher em Situação de Violência (Cram), Casa da Mulher Brasileira, entre outros.



O Protocolo de Atenção Básica de Saúde das Mulheres, em sua parte 7, detalha os tipos de violência a que mulheres podem ser submetidas, facilitando o diagnóstico, assim como apresenta um fluxograma para os primeiros cuidados a serem prestados na atenção primária pela eMulti. O fluxograma inclui o acolhimento, a avaliação global e o estabelecimento de um plano de cuidados.

É essencial que a equipe também esteja atenta à ocorrência de gestação decorrente de violência. São casos em que a interrupção de gestação é permitida por lei, e caso seja o desejo da mulher, ela deve ser orientada e devidamente encaminhada ao ponto da rede responsável pelo procedimento. Caso não seja seu desejo interromper a gestação, o acolhimento à gestação decorrente de violência deve envolver a equipe multiprofissional na construção de um projeto terapêutico singular para cuidado àquele novo núcleo familiar. Para mais detalhes, recomendamos acessar a Cartilha da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

- **Prevenção terciária**


As ações de prevenção terciária compreendem aquelas que buscam reduzir os prejuízos decorrentes de um agravo agudo ou crônico, incluindo a reabilitação.

Como vimos anteriormente, mulheres que sofreram ou sofrem violência têm maior risco de evoluir com transtornos mentais e apresentam maior carga de adoecimento por doenças crônicas. Assim, as ações de prevenção terciária devem se voltar para a prevenção e o cuidado adequado a esses agravos, bem como para reabilitar (podemos até dizer empoderar) essa mulher para uma vida saudável e livre de violência.

O apoio na reconstrução da autoestima, da autonomia e dos projetos de vida é essencial. Pode ser feito em consultas individuais com profissionais da eMulti ou da ESF, em terapia breve, por exemplo, em consultas compartilhadas entre as equipes e/ou em grupos terapêuticos. As diversas estratégias podem ser usadas em conjunto; tudo dependerá da construção que será realizada conjuntamente com a mulher envolvida.

Cabe lembrar que o cuidado não deve ser reduzido à situação de violência, tampouco às condições crônicas ou ao sofrimento mental. O objetivo é a busca de integralidade do cuidado, de forma longitudinal, promovendo vínculo fortalecido que facilite a busca pelo serviço caso ocorra a recidiva da violência ou de suas sequelas.

O cuidado em saúde mental deve privilegiar uma abordagem não medicamentosa.



Importa ressaltar que muitas mulheres em situação de violência não conseguem se desvincular do agressor por dependerem dele financeiramente. A eMulti pode e deve auxiliar na emancipação da vítima e de seus dependentes, facilitando o acesso a programas de transferência de renda, de cestas básicas e afins, bem como à vinculação a cozinhas solidárias, grupos de geração de renda, ou o que mais o território ampliado possa oferecer para efetivar sua adequada subsistência.

Outras ações de prevenção terciária irão se juntar às ações de prevenção primária discutidas anteriormente. Isso porque reabilitar uma mulher e uma comunidade vítimas de violência implica promover uma cultura de paz e de equidade de gênero.


- **Prevenção quaternária**

As ações de prevenção quaternária têm como objetivo prevenir a hipermedicalização do cuidado e evitar intervenções desnecessárias, reduzindo danos e impedindo a iatrogenia. Ou seja, trata de impedir que os serviços de saúde sejam produtores de adoecimentos.

Salientamos que a iatrogenia, em saúde da mulher, começa a partir da violência institucional, em que o próprio serviço de saúde opera opressões de gênero e de raça. O autor d'Oliveira nos lembra que:

Em primeiro lugar, o combate à violência institucional e o estímulo à integralidade da atenção são promotores da boa comunicação e relações interpessoais no serviço, denotando de modo exemplar a prática da não violência e, por contraste, apontando sua recusa e a não reprodução desta no interior dos serviços. Assim, o propósito de tornar visível a violência como questão, atuando contra sua banalização, é uma prática que começa “em casa”, no próprio serviço de saúde. O trabalho orientado pelos princípios do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com a promoção dos direitos reprodutivos e sexuais e o trabalho com conflitos de gênero da perspectiva de fortalecimento das mulheres e emancipação de todos os usuários e trabalhadores, é fundamental neste sentido.

As violências obstétrica e ginecológica aparecem também como formas de violência institucional, ampliadas aos diversos serviços a que a paciente tem acesso. Nesse sentido, sugerem-se, como exemplos, grupos de pré-natal voltados à elaboração de planos de parto; grupos voltados à orientação em relação ao direito das mulheres




ao acompanhante de sua escolha em todo o tempo de internação, inclusive na sala de cirurgia; e mobilização de toda a equipe e no território para a participação em associações no movimento social e político pela “humanização” do parto, com apoio às mudanças nas maternidades já em funcionamento e às novas iniciativas de serviços de cuidado ao parto.

Como exemplos de violência ginecológica, além daqueles restritos ao consultório médico ou de enfermagem (na violência moral, no constrangimento da mulher, na colocação do espécuro sem preparo ou orientação, nos procedimentos dolorosos sem preparo ou anestesia quando indicada etc.), cabe mencionar as barreiras de acesso à contracepção de emergência ou métodos contraceptivos em geral. Além de reorientadora dos processos de trabalho, a eMulti pode ter importante papel de matriciamento para os trabalhadores da ESF, a partir do médico ginecologista, do farmacêutico, dos profissionais do núcleo psi etc. É preciso construir formas de cuidado à saúde reprodutiva das mulheres envolvendo a sexualidade positiva e o autoconhecimento e prevenindo a violência dentro do consultório.

No que diz respeito às intervenções desnecessárias e produtoras de danos, mais uma vez ressaltamos o papel da eMulti na prevenção da medicalização e na desmedicalização com o suporte necessário.

Ainda nessa esfera das intervenções iatrogênicas, os profissionais da eMulti devem evitar gerar encaminhamentos pouco refletidos – e mais uma vez exercer apoio matricial para que a ESF também o faça. Encaminhamentos precoces ao Conselho Tutelar, por exemplo, podem desconsiderar todos os esforços de cuidado de uma mulher sobrecarregada em relação aos seus dependentes, e mais uma vez operar uma violência institucional. Nesse sentido, Guedes et al. apontam a particularidade de situações em que a negligência é o principal tipo de violência observado. Os autores ressaltam que a negligência tem uma forte ligação com o contexto familiar e dá espaço para que a equipe realize intervenções a partir de parâmetros pouco objetivos. Muitas vezes isso vai refletir apenas a visão dos trabalhadores de saúde não só sobre a infância, mas também sobre como uma família deve se organizar ou como uma mulher deve se comportar, falhando na importante diretriz da APS de competência cultural. Ao contrário, promover apoio matricial à ESF que possibilite uma ampliação do cuidado e um fortalecimento do núcleo familiar pode ser muito mais efetivo.



Por fim, cabe lembrar que denúncias de agressores sem autorização da mulher ou outras quebras de sigilo são proibidas pela legislação vigente, de modo que a equipe deve sempre procurar alternativas para a proteção da mulher. Mas é importante ressaltar que, a equipe deve sempre preencher a ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada (Sinan). A ficha de notificação Sinan é um importante instrumento para levantar os dados de violência no país e não gera uma denúncia ou acusação.

Considerações finais

Procuramos, neste texto, elencar algumas importantes ações da eMulti no enfrentamento da violência contra a mulher. Nosso objetivo, ao separar as ações entre os diferentes níveis de prevenção, foi facilitar a compreensão e a organização do trabalho da eMulti para que seja integral e saiba navegar entre campo e núcleo, desde consultas individuais, ações de apoio matricial, até ações coletivas.

Cabe mencionar, ainda, que o cuidado a pessoas em situação de violência é um potencial gerador de sofrimento mental para os membros da equipe. Casos de violência, no geral, mobilizam algumas dificuldades nas equipes, dentre elas julgamentos morais e receio de envolvimento emocional, muitas vezes diante da proximidade com as situações acompanhadas. É comum que os trabalhadores, nessas situações, oscilem entre a identificação e a indiferença, sendo que ambas as operações dificultam o cuidado. Além disso, lembramos que o cuidado em saúde é realizado, em sua maioria, por mulheres, e frente aos indicadores de violência no Brasil, é muito provável que muitas tenham um histórico de violência, elas mesmas, ou a estejam vivenciando no presente.

Nesse sentido, uma importante ação da eMulti seria a promoção de um espaço de acolhimento e escuta da equipe, e processamento de suas vivências no cuidado em saúde de mulheres em situação de violência. Isso seria uma ação de prevenção quintenária, quando se atua no cuidado dos profissionais para que possam promover um cuidado qualificado aos pacientes.

Esperamos que as equipe não restrinjam seus processos de trabalho ao que está proposto no texto, mas que ele sirva para inspirar as eMulti a criar as mais diversas formas de prevenção, cuidado e reabilitação, sempre com foco na promoção da equidade de gênero e no empoderamento e emancipação das mulheres.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, Erinelma de Azevedo; HYPERLINK “about:blank” *Rede de proteção a crianças e adolescentes em situação de violência sexual na cidade de Manaus*. HYPERLINK “about:blank” Disponível em: HYPERLINK “about:blank” <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/8166>. 2020.

ANIS. Instituto de Bioética. *Gravidez indesejada na Atenção Primária à Saúde*. (APS): as dúvidas que você sempre teve, mas nunca pôde perguntar / Anis – Instituto de Bioética, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Brasília: Letras Livres, 64p, 2021. Disponível em: https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2022/04/CARTILHA_FINAL-Gravidez-Indesejada-na-APS.pdf. 2021.

BORBUREMA, HYPERLINK “about:blank” Telma Libna Rodrigues HYPERLINK “about:blank”; PACHECO, Alice Pinto; NUNES, Anelise Alves; MORÉ, HYPERLINK “about:blank” Carmen Leontina Ojeda Ocampo HYPERLINK “about:blank”; KRENKEL, Sheila. HYPERLINK “about:blank” *Violência contra mulher em contexto de vulnerabilidade social na Atenção Primária*: HYPERLINK “about:blank” registro de violência em prontuários. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v.12, n. 39, p.1-13, 2017. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1460>. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres*. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, p.213-230, 2016. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolos-da-atencao-basica-saude-das-mulheres/>. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar*. orientações para prática em serviço. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, p. 80, 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf. 2001.

CAPASSO, Raissa; del GUERRA, Débora; KIELING, Gabriel. *Redes de cuidado: revoluções invisíveis por uma vida vivível*. Coletivo Etinerâncias, Brasília: Fundação Rosa Luxemburgo, jul. 2021. Disponível em: <https://rosalux.org.br/livro/redes-de-cuidado-revolucoes-invisiveis-por-uma-vida-vivivel/>. 2021.

CERQUEIRA, Daniel; BUENO, Samira (Coords.). HYPERLINK “about:blank” Atlas da violência. HYPERLINK “about:blank” Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/12/atlas-da-violencia-2023.pdf>, 2023.

COOK, Sarah L.; SWARTOUT, Kevin M.; GOODNIGHT, Bradley L.; HIPPI, Tracy N.; BELLIS, Alexandra. HYPERLINK “about:blank” *Impact of violence research on participants over time* HYPERLINK “about:blank”: helpful, harmful, or neither? HYPERLINK “about:blank” *Psychol Violence*. 2015 Jul 1;5(3):314–24. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4503327/>. 2015.

DIAS, T; OLIVEIRA, C. F.; TERRA, L. S. V. Experimentações para a Construção de Novas Abordagens de Saúde da Mulher na Atenção Primária. In: GUEDES, Felipe; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; TERRA, Lilian; OLIVEIRA VIANA, Mônica, M. (Orgs.). *Nas entranhas da atenção primária à saúde: o cotidiano entre a formação e a prática*. São Paulo: Hucitec, p. 193-212, 2021.

d’OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lília Blima; HANADA, Heloisa; DURAND, Julia. *Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde*. *Ciência saúde coletiva*. 2009, Jul; v.14, n. 4,

p.1037-50. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SzQ96NCxv3hWNO5TvBBSj-TB/#ModalTutors> 2009.

GUEDES, Felipe. *Desafios e estratégias das Equipes de Saúde da Família no cuidado à saúde mental: o saber da experiência e a experiência de não-saber* [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Faculdade de Medicina da Unicamp; 159p., 2024. No prelo.

GUEDES, Felipe. Desafios na atenção ao público infante-juvenil na Atenção Primária à Saúde (APS): violência, notificação e cuidado. In: GUEDES, Felipe; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; TERRA, Lilian; OLIVEIRA VIANA, Mônica M. (Orgs). *Nas entranhas da atenção primária à saúde: o cotidiano entre a formação e a prática*. São Paulo: Hucitec, p. 193-212, 2021. Disponível em: <https://lojahucitec.com.br/produto/nas-entranhas-da-atencao-primaria-a-saude-formacao-e-pratica-felipe-guedes-gastao-wagner-de-sousa-campos-lilian-terra-monica-oliveira-viana-orgs/>. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Laços perigosos entre machismo e violência*. Ciência saúde coletiva, v. 10, n. 1, p. 23-6, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gvk6bsw36SPbzckFxmN6Brp/>. 2005.

RENNER, Lynette M.; SLACK, Kristen Shook. *Intimate partner violence and child maltreatment: understanding intra – and intergenerational connections*. Child abuse & neglect v. 30, p.599-61, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16782195/>. 2006.

SANTOS, José Agostinho. *Prevenção quinquenária: prevenir o dano para o paciente, actuando no médico*. Rev Port Med Geral Fam. v. 30, n. 3, p.152-4, 2014. Disponível em: <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11358>, 2014.

SILVA, Alice Andrade; LUIZ, Carolina Con Andrade; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; LEAL, Erotildes Maria; LOPES, Giovana Pellatti D; DAINEZI, Juliana Américo. *HYPERLINK “about:blank” Implementação de um ambulatório psicossocial para pessoas expostas a situação de violência em um hospital universitário*. HYPERLINK “about:blank” Vínculo-Revista do NESME. v.18, n. 1, p. 42-52, 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902021000100007. 2021.

SILVA, Ethel Bastos da.; PADOIN, Stela Maris de Mello; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. *HYPERLINK “about:blank” Women in situations of violence* HYPERLINK “about:blank”: limits of assistance. Ciência saúde coletiva, Jan, v. 20, n. 1, p.249-58. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/STQjrnBbZcpGwxqZKkptpgN/?lang=en#ModalTutors>. 2015.

TESSER, Charles Dalcanale; KNOBEL, Roxana; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; DINIZ, Simone Grilo. *Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer*. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade, v. 10, n. 35, p.1-12, abr.-jun. 2015. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>. 2015.

TESSER, Charles Dalcanale. *Prevenção quaternária para a humanização da atenção primária à saúde*. Mundo saúde (Impr.), v. 36, n. 3, 416-426, jul.-set. 2012. Disponível em: https://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/prevencao_quaternaria_humanizacao_atencao_primaria.pdf. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *HYPERLINK “about:blank” World Report on Violence and Health* HYPERLINK “about:blank”. HYPERLINK “about:blank” 56p. 2002. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9241545615>. 2002.


Alimentação e nutrição: estratégias de atuação no contexto das equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde – eMulti

Denise Cavalcante de Barros
Natalia da Costa Selinger
Kimielle Cristina Silva

A abordagem sobre as diversas atuações possíveis das equipes multiprofissionais (eMulti) na qualificação das ações de alimentação e nutrição na APS depende antes de tudo do amplo conhecimento sobre o contexto em que essas equipes estão inseridas, a organização e dinâmica do seu processo de trabalho e do papel da APS na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, este capítulo apresenta alguns desafios estruturais desse ponto de atenção e a complexidade da agenda da alimentação e nutrição, propondo-se a resolver os agravos e condições de saúde mais frequentes na APS.

No SUS, a APS é um componente essencial e estratégico, e desempenha um papel fundamental no fortalecimento do acesso aos serviços de saúde, na coordenação do cuidado na RAS e no acompanhamento contínuo das pessoas ao longo do tempo. A organização da APS, estruturada em territórios delimitados e com população adscrita, permite a descentralização dos serviços, ampliando a capilaridade da oferta de cuidados e fortalecendo a integralidade do cuidado (Brasil, 2017a).

A APS constitui-se como o ponto de atenção estratégico para oferta de ações e cuidados em alimentação e nutrição, como a promoção da alimentação adequada e saudável, a vigilância alimentar e nutricional, o controle e prevenção das carências nutricionais, o cuidado dos indivíduos com agravos e condições crônicas – como o sobrepeso e obesidade –, bem como dos indivíduos com necessidades alimentares especiais, em uso de via alternativa de alimentação.



Todavia, a inserção das ações de alimentação e nutrição nos serviços de saúde pública responsáveis por ações de APS são realizadas, desde a década de 1970, por meio de programas de suplementação alimentar destinados ao público materno-infantil. As práticas de acompanhamento do estado nutricional baseadas na avaliação dos dados antropométricos de peso e altura foram incluídas e ampliadas na rotina dos profissionais dos serviços de APS e reverberam até os dias de hoje. Mas cabe reconhecer, pelo cenário epidemiológico de saúde e nutricional da população brasileira, que as diversas demandas de cuidado em alimentação e nutrição que chegam à APS e requerem uma abordagem referente à perspectiva da atenção integral à saúde, são desenvolvidas de forma multiprofissional e interdisciplinar.


Nessa perspectiva, a eMulti como equipe integrante da APS, deve utilizar em sua prática diária variadas tecnologias de cuidado para auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior prevalência junto com as outras equipes de APS (Brasil, 2023a).

O processo de trabalho dos profissionais das eMulti deve ter como foco o seu território de atuação, contemplando todas as ações que são realizadas pelas demais equipes da APS vinculadas à eMulti, sendo elas: atendimento individual específico, compartilhado e domiciliar; ações de educação em saúde; discussões de casos; entre outras, valorizando a troca de saberes e experiências na produção do cuidado integral, com vistas à garantia do cuidado interprofissional.

Desse modo, a contribuição das eMulti para a atenção nutricional¹ na APS tem por finalidade aumentar a capacidade de análise e resolução de problemas relacionados à alimentação e nutrição, tanto no âmbito individual quanto no coletivo. De forma geral, devem ser incluídas ações que visem (Brasil, 2017a):

- identificar e analisar as características alimentares e nutricionais da população adstrita, o que demanda ir além da análise epidemiológica de indicadores antropométricos e de consumo alimentar. Inclui o reconhecimento da alimentação como prática social nos territórios, permeada não apenas por


¹ A atenção nutricional compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento de agravos, devendo estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados (Brasil, 2011).



aspectos biológicos, mas também econômicos, sociais, culturais e ambientais, de modo a contribuir para a prática do acolhimento e da clínica ampliada;

- planejar e executar de ações de educação alimentar e nutricional, no âmbito individual e coletivo, de acordo com características alimentares e nutricionais identificadas na população adstrita;
- diagnosticar os principais agravos relacionados à alimentação e nutrição, e organizar os critérios de classificação de risco para identificação de prioridades e definição das ofertas de cuidado;
- compartilhar saberes dos núcleos profissionais junto aos demais profissionais integrantes das demais equipes da APS que possam contribuir para a organização do cuidado e ampliação do escopo de atuação das equipes de referência da APS. As metodologias da aprendizagem em serviço devem ser utilizadas, como atendimento compartilhado, discussão de casos, entre outras;
- ofertar atendimento clínico nutricional aos indivíduos com agravos relacionados à alimentação e nutrição, de acordo com os critérios de classificação de risco e ofertas de cuidado pactuadas junto às equipes de APS vinculadas;
- construir e implementar estratégias clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas que ampliem a resolutividade da atenção nutricional na APS e racionalizem os encaminhamentos para serviços de atenção especializada, com coordenação do cuidado e manutenção do vínculo pela equipe de referência, incluindo fluxos e protocolos assistenciais;
- desenvolver articulações intersetoriais nos territórios para a promoção da segurança alimentar e nutricional (SAN) e defesa e exigibilidade do direito humano à alimentação adequada (DHAA).

Compreende-se que para a execução e o planejamento das ações citadas é necessária a articulação entre os profissionais das eMulti e demais equipes da APS vinculadas, visando a pactuação de ações concretas durante a construção do trabalho em equipe. Nesse contexto, a integração entre as equipes vinculadas e eMulti se torna uma potencialidade e também um desafio, visto que, por um lado, é conveniente trabalhar de forma individual e desarticulada, não considerando as necessidades das equipes e da população,



e, por outro, vale construir o trabalho de forma interprofissional. Tal fato pode explicar os grupos operativos e terapêuticos que “não dão certo”, pois a demanda vem da expertise do profissional, e não da necessidade da equipe e da população. Um exemplo é o profissional nutricionista especialista em nutrição ortomolecular e biofuncional que planeja os grupos com base apenas nesses conhecimentos específicos, não levando em consideração o contexto cultural e econômico da população na qual eles estão inseridos.

A complexidade da atenção nutricional na APS contrasta com a visão equivocada de que nesse ponto de atenção à saúde do SUS são realizadas as “práticas mais simples” de cuidados em alimentação e nutrição, voltadas apenas para a promoção da saúde e para a prevenção de doenças e agravos, ou apenas práticas para indivíduos que são público-alvo de programas específicos. A visão limitada sobre o papel da APS restringe a capacidade de diagnóstico local, limita as ofertas clínicas e diminui as opções terapêuticas – que muitas vezes são essenciais no manejo de casos complexos ou crônicos – acrescidas das ações educativas e preventivas. Por isso, é crucial identificar práticas que visem superar conceitos equivocados, frequentemente originados na formação profissional (Brasil, 2017b).

Os cuidados relativos à alimentação e nutrição frequentemente são considerados como responsabilidade exclusiva do profissional nutricionista, e não devem ser compartilhados entre todos da equipe, como se ele pudesse sozinho resolver todos os problemas/agravos relacionados à alimentação e nutrição do território. Isso, por vezes, tem gerado práticas fragmentadas que não respondem de forma adequada às demandas da população e do sistema de saúde (Brasil, 2017a). As ações relacionadas à promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável podem e devem ser realizadas pelos profissionais das equipes de APS, não apenas pelo nutricionista.

Assim, é fundamental refletir sobre como aproximar os princípios do SUS das ações de alimentação e nutrição na APS de forma estruturada, sem perder de vista elementos que qualifiquem o cuidado como (Brasil, 2011):


- reconhecer a presença dos diferentes significados da alimentação nos modos de vida dos indivíduos e grupos;
- realizar práticas de acolhimento e escuta que considerem a subjetividade e a complexidade do comportamento alimentar;

- respeitar a diversidade e a cultura alimentar;
- fortalecer a autonomia dos indivíduos;
- reconhecer a determinação social e a natureza interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição;
- promover a segurança alimentar e nutricional.

Além do cenário de transição epidemiológica atual no país, outro desafio importante a ser enfrentado no âmbito da APS é a substituição na rotina alimentar da população, dos alimentos *in natura* e minimamente processados por alimentos ultraprocessados, que são identificados como produtos alimentares de menor custo, mas hiperpalatáveis e com perfil nutricional inadequado. Isso inclui o excesso de açúcar, sal, gorduras, além de corantes, conservantes e aromatizantes. No Brasil, fatores ambientais e socioeconômicos, como renda, nível de escolaridade e a menor acessibilidade a alimentos frescos e minimamente processados, podem influenciar as escolhas alimentares dos indivíduos, o que contribui para o surgimento de doenças crônicas e maior pressão aos serviços e equipes de saúde (Brasil, 2023b; 2022a; 2017b, 2014).

A complexidade que envolve a alimentação e nutrição é um desafio para as equipes eMulti e demais profissionais da APS, sendo estratégico ampliar seus olhares e saberes (Silva *et al.*, 2018). Na perspectiva de apoiar os profissionais no diagnóstico e na intervenção alimentar e nutricional, o Ministério da Saúde disponibiliza um conjunto de ferramentas potentes baseadas no Guia Alimentar para a População Brasileira, como os protocolos de uso do guia alimentar, disponíveis por curso de vida (Brasil, 2022c; 2022b; 2021c; 2021b, 2021a).

Dada a inter-relação entre o contexto social e territorial em que as pessoas vivem e suas condições alimentares e nutricionais, é essencial considerar fatores locais que impactam nos hábitos alimentares e nas condições de saúde da população. Nesse sentido, promover a oferta de ferramentas de diagnóstico e monitoramento na rotina e trabalho das equipes – como a territorialização e a vigilância em saúde, com ênfase nas ações de vigilância alimentar e nutricional (VAN) – não só contribui para o planejamento, como também para a identificação de ações prioritárias no âmbito da alimentação e nutrição, de acordo com o perfil local. A vigilância alimentar e nutricional (VAN) deixa de ser uma prática restrita para um público-alvo



de programas específicos – como o Programa Bolsa Família ou o Programa Saúde na Escola, por exemplo – e se torna uma ferramenta de apoio à gestão da clínica na APS (Brasil, 2015; Brasil, 2011).

Desde 2013, a implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC eSUS-APS) passou a ser uma ferramenta da rotina dos trabalhadores da APS. De alguma forma, esse sistema de informação compete com o uso de sistemas anteriores, como é o caso do Sistema de Informação em Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan). O uso de múltiplos sistemas para o registro de informações no cotidiano do serviço de saúde leva à duplicação de tarefas ou ainda à escolha por um único sistema e pode influenciar na perda de dados ou na qualidade dos dados registrados (Jaime *et al.*, 2011).

Versões mais recentes do PEC e-SUS APS permitem integração entre esses dois sistemas, tornando possível atualmente inserir informações antropométricas e marcadores de consumo alimentar no próprio PEC, na rotina das equipes. Apesar desses movimentos de fortalecimento de integração de práticas e registros de dados por meio dos sistemas de informação, ainda é necessário fomentar a ação de vigilância alimentar e nutricional e de cuidado nutricional como uma rotina no âmbito do campo de atuação dos trabalhadores da APS.

A questão central dessa discussão é o acesso do cidadão aos serviços e ações em saúde, com foco nos cuidados em alimentação e nutrição. Em muitos casos, por falta de organização de fluxos e protocolos para a continuidade do cuidado nos pontos de atenção especializada do SUS, o cidadão não é atendido. Em outros casos, verifica-se uma agenda sobrecarregada do profissional nutricionista, ou pela falta de organização do processo de trabalho e pactuação com as equipes vinculadas das condições e agravos prioritários, ou no entendimento do profissional de que “aquele” caso não é da APS. Assim, a gestão tem papel essencial na organização desses processos e no diálogo com o trabalhador.

Por fim, todas as equipes de APS devem oferecer cuidados em alimentação e nutrição de acordo com as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, respeitando a capacidade técnica dos profissionais envolvidos. Nesse sentido, entende-se que a eMulti contribui para o fortalecimento e a resolutividade da APS pela incorporação de diferentes saberes e práticas, pela ampliação da prática de educação permanente em saúde (EPS) e pela oferta de cuidado no próprio território, tornando assim o “saber fazer” em alimentação e nutrição uma parte da rotina das equipes da APS, de forma cada vez mais qualificada.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, 2011. Disponível em [Política Nacional de Alimentação e Nutrição](#). Acesso em 29 de novembro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília, 2014. Disponível em [Guia alimentar para a população brasileira](#). Acesso em 29 de novembro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica. Brasília, DF: MS, 2015. Disponível em [Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica](#). Acesso em 29 de novembro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. Brasília, DF: MS, 2017a Disponível em em [Ministério da Saúde](#). Acesso em 29 de novembro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional. Brasília, DF: MS, 2017b. Disponível em [Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional \[recurso eletrônico\]](#). Acesso em 29 de novembro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Fascículo 1: Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar: bases teóricas e metodológicas e protocolo para a população adulta. Brasília, DF: MS/Universidade de São Paulo, 2021a. Disponível em [protocolos guia alimentar fasciculo1.pdf](#). Acesso em 29 de novembro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Fascículo 2: Protocolos de uso do Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da população idosa. Brasília, DF: MS/Universidade de São Paulo, 2021b. Disponível em [Fascículo 2: protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da população idosa | Brasília; Ministério da Saúde; Universidade de São Paulo; 2021. 18 p. ilus.\(Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira, 2\). | LILACS | SDG | colecionaSUS](#), Acesso em 29 de novembro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Fascículo 3 Protocolos de uso do Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar de gestantes. Brasília, DF: MS/Universidade de São Paulo, 2021c. Disponível em [protocolo guia alimentar fasciculo3.pdf](#), Acesso em 29 de novembro de 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em chrome-extension://efaidnbmninnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/matriz_organizacao_cuidados_alimentacao_aps.pdf. Acesso em 29 de novembro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Fascículo 4: protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar de crianças de 2 a 10 anos. Brasília, DF: MS/Universidade de São Paulo, 2022b. Disponível em Matriz de ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica à saúde. Brasília, DF: MS, 2022. Acesso em 29 de novembro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Fascículo 5: protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da pessoa na adolescência. Brasília, DF: MS/Universidade de São Paulo, 2022c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Diário Oficial da União. Brasília, DF: MS, 2023a. Disponível em Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Diário Oficial da União. Brasília, Acesso em 29 de novembro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil. Brasília, DF: MS, 2024. Disponível em: [guia-de-vigilancia-em-saude-volume-1-6a-edicao](#), Acesso em 29 de novembro de 2024.

JAIIME, Patricia Constante; LIMA, Ana Maria Cavalcante; SILVA, Ana Carolina Feldeheimer; BORTOLINI, Gisele Ane. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Revista de Nutrição*, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 809-824, 2011.

SILVA, Juliana Paulo; BAIÃO, Miriam; SANTOS, Marta Maria Antonieta Santos; BARROS, Denise Cavalcante. Contribuições da avaliação nutricional para ações de cuidado, vigilância e promoção da saúde na atenção básica. In: Ferreira, A. A.; Barros, D. C.; Bagni, U. V. (Org.). Avaliação Nutricional na atenção básica: reflexões sobre práticas e saberes. 1ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018, v. 1, p. 105-114.



Dispositivos de cuidado: metodologias, tecnologias sociais e ferramentas

Juliana Azevedo Fernandes


Neste texto, apresentaremos elementos para a análise e intervenção nas relações de cuidado na APS, buscando oferecer uma visão abrangente de estratégias para prática de uma clínica ampliada e compartilhada.

As eMulti são equipes compostas por profissionais de saúde e de outras áreas que atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), promovendo o cuidado integral e longitudinal, desde a promoção da saúde até o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2023).

Para cumprir seu papel de promover o cuidado integral e longitudinal, desde a promoção da saúde até o tratamento e a reabilitação, a eMulti trabalha em parceria com os profissionais das equipes de saúde da família (eSF), de saúde da família ribeirinha (eSFR), da unidade básica de saúde fluvial (UBSF), de consultório da rua (eCR) e de atenção primária (eAP) da Rede de Atenção à Saúde. O atendimento multiprofissional visa apoiar a capilaridade da APS, reforçando seu potencial para solucionar a maioria dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2023).

Nesse sentido, a eMulti deve atuar de forma articulada às outras equipes da APS, ampliando, à população do território, o acesso ao saber especializado. Para tanto, faz-se necessário compreender que tipo de clínica produzimos na APS e buscar os meios para construir uma clínica cada vez mais ampliada e compartilhada entre profissionais, e entre estes e os usuários e familiares que estão sob seus cuidados.

Interessa-nos, ainda, refletir e propor ações concretas que os núcleos profissionais integrantes das eMulti poderão assumir com vistas a ampliar a resolutividade da APS e transformar o padrão de relação entre esse nível de atenção e a atenção especializada.



Assim, trabalhamos com diversos temas que se entrelaçam e as reflexões e ações decorrentes de cada um deles acontecem de maneira simultânea no processo de trabalho; a apresentação de cada um deles, em separado, tem caráter pedagógico. Os temas estão divididos em grupos temáticos para que possamos aprofundá-los:

- A clínica ampliada e compartilhada e o método clínico centrado na pessoa. O vínculo e a avaliação de risco e vulnerabilidade na APS;
- Concepção de família e abordagem familiar, cuidado no domicílio e o projeto terapêutico singular na APS;
- Promoção à saúde, projetos de saúde nos territórios e vigilância em saúde;
- Educação popular em saúde e estratégias grupais na APS.

A clínica ampliada e compartilhada e o método clínico centrado na pessoa. O vínculo e a avaliação de risco e vulnerabilidade na APS

a) Clínica ampliada e compartilhada

Campos (2003) propôs as seguintes categorias para repensar a clínica:

- Clínica degradada: práticas em saúde que são excessivamente atravessadas pela racionalidade da eficiência e com pouca capacidade de resolver os problemas de saúde. Está ancorada no sistema queixa-conduta, não avalia riscos e trata apenas os sintomas. É a clínica mais comum nos pronto-atendimentos, mas também em grande parte da atenção à demanda em outros serviços. Realiza muitos procedimentos, embora isso não signifique produção de saúde.
- Clínica tradicional: trata das doenças, quando vistas como ontologia, no que há de comum nos casos. Ao reduzir seu objeto de trabalho à doença, ou seja, tratando da doença e não da pessoa doente, assume a desresponsabilização pela integralidade dos sujeitos. Com a ênfase nas determinações biológicas, produz práticas marcadas pelo mecanicismo e pela abordagem focada no processo de cura e eliminação de sintomas. Outra consequência desse tipo de clínica, ao reduzir o que seria o objeto do cuidado, é a multiplicação de especialidades médicas, tornando o processo de trabalho altamente fragmentado.


- Clínica ampliada (clínica do sujeito): o objeto de intervenção, nesse caso, é o sujeito, “um ser biológico, com uma subjetividade complexa, e mergulhado em um conjunto de relações sociais que alteram seus desejos, interesses e necessidades” (Campos, 2000: p. 67). Além da produção de saúde por meio da cura, da reabilitação ou do alívio do sofrimento, a clínica ampliada tem como objetivo aumentar o coeficiente de autonomia e a capacidade de autocuidado dos pacientes para o exercício da cidadania ativa e do protagonismo social. Ampliar a clínica significa desviar o foco de intervenção da doença, para recolocá-lo no sujeito, eventualmente doente, mas com outras demandas e necessidades. Destaca-se ainda a centralidade da construção compartilhada das hipóteses diagnósticas e terapêuticas entre profissional de saúde e usuário.

Campos (2000) aposta em arranjos organizacionais para potencializar a ampliação da clínica e da saúde coletiva. Trata-se de formas de organizar o trabalho para facilitar o estabelecimento de vínculo, a definição de responsabilidade sanitária; e, por outra vertente, da instituição de mecanismos para democratizar as organizações por meio do compartilhamento da gestão, tanto na relação equipe-gestor como do usuário-equipe, reduzindo a assimetria de poder entre esses atores.

Para a clínica ampliada e compartilhada, não há como separar a doença, o risco e as vulnerabilidades do sujeito do seu contexto sociocultural (Campos, 2006). Assim, torna-se necessário refletir sobre as definições de risco e de doença, considerando que sejam sempre examinadas e encarnadas em pessoas, comunidades e populações, as quais, por sua vez, existem em contextos socioculturais diversificados. Considerar os sujeitos em sua sociabilidade modifica a noção de doença, que se apresentará em sua variedade de semblantes causada pela singularidade intrínseca aos fenômenos subjetivos e sociais.

É a centralidade do sujeito nos processos que define a possibilidade de uma clínica ampliada e compartilhada, considerando que esse é o nosso objeto de trabalho, e não a doença. É preciso reconhecer que os sujeitos são necessários para compreender, controlar ou resolver os seus próprios problemas de saúde. A aposta na construção compartilhada de cada vez mais autonomia entre os sujeitos orienta nossa prática clínica.

A clínica ampliada, portanto, diz respeito a uma atuação que vai além das abordagens convencionais baseadas em protocolos, ampliando o objeto de trabalho, para



considerar não apenas a dimensão biológica e a relação saúde-doença, mas que incorpore a compreensão e a valorização do sujeito no seu contexto social, familiar e de mundo. Evidentemente, os recursos biomédicos de intervenção têm seu valor técnico e não devem ser descartados, mas pondera-se que a utilização deles, de forma isolada, tende a fragmentar o cuidado e é insuficiente para dar conta da complexidade de situações que envolvem o processo saúde-doença-cuidado.


Em resumo, na clínica ampliada são essenciais para o processo de produção de saúde: o estímulo a diferentes práticas terapêuticas; a ampliação dos recursos de trabalho para além dos medicamentos e procedimentos; a superação da fragmentação do cuidado; o uso da escuta e do diálogo; e o vínculo e a corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários. Opera-se a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença-cuidado, da construção compartilhada dos diagnósticos e das terapêuticas, da ampliação do objeto de trabalho, da transformação dos instrumentos de trabalho, e de suporte para os profissionais de saúde.

b) Método clínico centrado na pessoa

Na década de 1960, o casal Edith e Michael Balint propôs uma “medicina centrada no paciente”, admitindo que não se tratava apenas de reconhecer intelectualmente a dimensão subjetiva das relações clínicas, mas, antes, de aprender a lidar com o fluxo de afetos inerentes a essas relações. Os autores formularam as bases para uma prática na qual o médico usa como ferramentas sentimentos e emoções tanto dele quanto do paciente.

George Engel, nos anos 1970, formulou o modelo biopsicossocial, integrando dimensões biológicas, psicológicas e sociais do paciente, e apontou a importância de sua aplicação na medicina como contribuição para a consolidação de um novo paradigma. Considerava que a perda de eficácia do método clínico tradicional estaria relacionada à dificuldade de comunicação entre o médico e o paciente (ENGEL, 1977).

Esses antecedentes culminaram na realização de um simpósio, em 1990, em que pesquisadores de universidades dos Estados Unidos, Canadá e África do Sul discutiram sobre a comunicação entre médicos e pacientes, e o que poderia ser feito para melhorar essa situação, sendo considerado o embrião do que seria o método clínico centrado na pessoa (MCCP).



O MCCP foi desenvolvido por Moira Stewart e Ian McWhiney para lidar com a complexidade presente nos atendimentos médicos e os motivos que levavam as pessoas a buscarem atendimento. O termo usado para designá-lo inicialmente foi o de medicina centrada na pessoa, mas nas últimas décadas reconheceu-se que o método tem amplo potencial de aplicação pelos profissionais de saúde em geral.

O método foi recomendado por Stewart et al. (2017). na publicação “*Patient centered medicine: transforming the clinical method*”, que teve sua última atualização em 2015. Dá ênfase à importância de abordar na consulta três grandes aspectos:


1. a perspectiva do médico, relacionada aos sintomas e à doença;
2. a perspectiva do paciente, que inclui suas preocupações, medos e experiência de adoecer;
3. a integração entre as duas perspectivas.

De acordo com a atualização mais recente de Stewart et al. (2017) existem quatro componentes interativos do processo de atendimento, a saber: 1) explorando a saúde, a doença e a experiência da doença; 2) entendendo a pessoa como um todo (indivíduo, família, contexto); 3) encontrando um terreno comum; 4) intensificando o relacionamento entre pessoa e médico.

Para o primeiro componente, é fundamental diferenciar doença de experiência do adoecimento. A doença é uma construção teórica com base em observações objetivas que tentam explicar o problema, e o adoecimento é a experiência pessoal e subjetiva de quem está doente, e é diferente para cada indivíduo.

Para Stewart (2017), ao abordar o adoecimento deve-se incluir na consulta a investigação de quatro principais aspectos: a) os sentimentos do paciente diante da doença; b) suas ideias em relação ao padecimento – relações causais, explicações místicas; c) as implicações em sua funcionalidade – no trabalho, nas atividades de vida diária; d) e suas expectativas – em relação ao tratamento, evolução, cura e papel do médico.

Considera-se que os sujeitos têm uma hipótese sobre seu problema antes de consultar o médico, portanto, escutá-los sobre isso pode ser esclarecedor para certos diagnósticos, ajudar na escolha das estratégias clínicas e estreitar a relação médico-pessoa.



No segundo componente, o médico deve buscar compreensão integral de seu paciente, observando sua história e hábitos de vida, ocupação, lazer, crenças espirituais, relações interpessoais etc., além do contexto em que a pessoa está inserida, no que diz respeito ao ambiente, condições de moradia, dinâmica familiar, costumes locais, entre outros.

O terceiro componente do MCCP propõe que médico e paciente entrem em acordo com as prioridades da consulta, as metas do cuidado e elaborem um plano conjunto de manejo dos problemas, identificando nele os papéis assumidos por ambos.


Por fim, no quarto componente Stewart ressalta a importância de se fortalecer a relação médico-pessoa, já que se trata de um processo que deve ser construído durante toda a consulta e ser aprimorado em todos os encontros em uma assistência longitudinal. Essa relação, considerados os fenômenos de transferência e contra-transferência, deve ser sustentada pelos conceitos de empatia, compaixão, parceria, compartilhamento de poder e autoconsciência do médico.

Espera-se que esse conjunto de conceitos e recomendações destinados não apenas aos médicos, mas a todo profissional de saúde, reforce a importância de uma clínica ampliada e compartilhada com os usuários, que integre as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do sujeito e que reconheça o fluxo de afetos entre profissional e paciente.

c) O vínculo e a avaliação de risco e vulnerabilidade na APS

A reforma e a ampliação da clínica e das práticas de atenção integral à saúde dependem da instituição de novos padrões de relacionamento entre o sujeito clínico e o sujeito enfermo. Assim, a reformulação do processo de trabalho deve buscar maiores coeficientes de vínculo entre equipe de saúde e usuário concreto (CAMPOS, 2003). Nesse sentido, Campos (2003) recomendou um novo sistema de referência entre profissionais e usuários, baseado na construção de responsabilidade singular e de vínculo estável entre equipe de saúde e usuário e vinculando equipes multiprofissionais aos indivíduos e suas famílias num território geográfico particular.

A partir dessa diretriz organizacional, seria possível trabalhar com um modelo de atendimento mais singularizado, potencializando o papel terapêutico inerente à dialética de vínculo e permitindo que os profissionais acompanhem melhor, no tempo, o processo saúde/enfermidade/intervenção de cada paciente. Destaca-se



ainda o potencial de diminuir a assimetria de poder entre profissionais e usuários, uma vez reconhecida a condição de sujeito, em ambos, capazes de pensar, falar e desejar (CAMPOS, 1999).

Embora o conceito de risco disseminado tradicionalmente pela epidemiologia seja útil e auxilie no entendimento de situações coletivas, quando aplicado ao indivíduo tende a responsabilizá-lo pela sua condição, numa abordagem de controle de comportamentos e isolamento social, que produz estigma e preconceito. De acordo com Drumond Júnior (2006), o enfoque de risco alcançou grande destaque na organização dos serviços de saúde pela sua capacidade de racionalizar recursos escassos, inicialmente priorizando o atendimento a crianças e gestantes, e depois às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis.

Quanto mais longitudinal a relação entre equipes e usuários, maior a possibilidade de conhecer em profundidade os sujeitos e as redes de relação estabelecidas por eles. Para Castel (1995), a existência de suporte de redes de apoio social modula a condição de maior ou menor vulnerabilidade social. Ao nos depararmos com os usuários na APS, é necessário refletir o quanto estão inseridos em sua rede social para identificarmos sua condição de vulnerabilidade no momento.

Vale destacar que o uso do termo vulnerabilidade, na saúde, surgiu como parte da construção de respostas à epidemia de HIV/AIDS, considerando a percepção de que essa epidemia respondia a ações que iam além da ação patogênica de um agente viral específico, incluindo fatores culturais, econômicos, políticos. Ou seja, o conceito de vulnerabilidade procura analisar a situação formada pelo conjunto de aspectos na situação particular de cada indivíduo ou comunidade (AYRES, 1996).

Considerando a capacidade das equipes de APS de avaliarem risco e vulnerabilidade dos usuários e coletividades vinculados à sua área de abrangência, é fundamental que as situações tidas como mais relevantes sejam priorizadas nos projetos de intervenção. Isto é particularmente importante no caso de os projetos em questão contarem com a participação das equipes eMulti, que devem participar dessa avaliação para definir ações de forma compartilhada.

As pactuações iniciais entre a equipe multiprofissional e a equipe da APS devem envolver critérios e fluxos norteadores, bem como a definição de situações prioritárias de atendimento. Nesse sentido, algumas perguntas podem ajudar a estabelecer esses combinados:

- Quais serão as situações clínicas atendidas prioritariamente?
- Quais serão as situações clínicas prioritárias para atendimento individual e quais podem estar nos espaços de grupo?
- Quais situações clínicas serão trazidas para as discussões de caso nas reuniões?
- Em quais situações clínicas será imprescindível a construção de projetos terapêuticos singulares?
- Como a população pode se manter informada sobre as ofertas de cuidado disponibilizadas pela eMulti?
- De que forma será organizada a agenda profissional, considerando o trabalho em equipe e a vinculação a diferentes equipes de referência?
- A equipe multiprofissional poderá se inserir em quais ofertas grupais existentes na UBS? Quais serão as ofertas de grupo coordenadas pela eMulti?
- Quais são as ofertas de cuidado, amplo sentido, disponíveis no território?


Vale lembrar que o trabalho interprofissional somente se justifica na medida em que amplia a capacidade de resolver problemas de saúde. O critério para definir o grau de interdisciplinaridade da abordagem e, portanto, da variedade de especialidades envolvidas é a necessidade do usuário, da família e do território.

Do mesmo modo que são eleitos os casos complexos para os projetos terapêuticos singulares, a intervenção orientada pela avaliação de risco e de vulnerabilidade feita junto com a equipe de APS opera, na prática, o conceito de equidade, oferecendo mais investimento nas situações em que há maior necessidade.

Concepção e abordagem familiar: cuidado nos domicílios e o projeto terapêutico singular na APS

a) Concepção e abordagem familiar na APS

O conceito de família modifica-se histórica e culturalmente, porém sua importância para os arranjos sociais permanece. Trata-se de um sistema aberto, dinâmico e



complexo, cujos membros pertencem a um mesmo contexto social compartilhado, lugar do reconhecimento da diferença e do aprendizado quanto ao unir-se ou separar-se e sede das primeiras trocas afetivo-emocionais e da construção da identidade (FERNANDES; CURRA, 2006).


A chamada “família tradicional”, composta por um casal heterossexual e seus descendentes, convive com outros modelos, com distintas composições e dinâmicas familiares. Destacamos que as pessoas de uma família, por diferente que seja de outra, sempre se influenciam mutuamente e, ao mesmo tempo, têm certo grau de autonomia. O que acontece com um influencia os demais e, dependendo do grau de mudança desse indivíduo, é possível que as funções familiares sejam modificadas, tanto para a saúde como para a doença.

A abordagem familiar baseia-se no atendimento para a escuta ativa da família usuária, com problematização, mediação de conflitos, visando a sensibilização, a negociação para a elaboração de plano de cuidados ou, se necessário, para a elaboração do projeto terapêutico singular. Visa também a realização de encaminhamentos, se for o caso, para outras redes assistenciais da saúde e/ou para a rede intersetorial.

No trabalho com famílias, é preciso desenvolver competências, adotar uma postura aberta, demonstrando o desejo de se vincular à família em foco, e uma atitude que estimule a construção de soluções. Nunca devemos adotar a postura de quem sabe o que é melhor para a família. É importante respeitar as regras familiares, perceber as hierarquias e estimular a comunicação entre seus membros.

Equipes frequentemente se deparam com a ocorrência de doenças crônicas ou incapacitantes nas famílias. Mais uma vez, o grupo familiar será atingido de diferentes formas, dependendo de quanto suas relações são mais ou menos saudáveis. A forma como a equipe de saúde aborda a pessoa doente pode auxiliar a família a não reduzir o integrante doente à doença, e sim estimulando suas potencialidades. Atenção especial deve ser oferecida aos cuidadores, que muitas vezes estão sobrecarregados e necessitam de apoio.

Dificuldades econômicas costumam estar associadas a fatores como desemprego, problemas habitacionais e de saneamento, baixa escolaridade, famílias com maior número de crianças ou dependentes, dificuldades de acesso a recursos comunitários, presença de situações de violência. Fatores como esses expõem as famílias à vulnerabilidade social e de saúde física e mental.



Um instrumento que vem sendo utilizado por equipes da ESF é a escala de risco familiar ou escala de Coelho, que estratifica itens observados, classificando sua situação de risco com base em dados que já são colhidos pelos agentes comunitários de saúde (COELHO, SAVASSI, 2004). O genograma é outro instrumento capaz de ampliar o conhecimento sobre as famílias, tratando-se de uma representação gráfica do sistema familiar que utiliza símbolos padronizados para identificar os componentes da família e suas relações. Pode servir como ferramenta de diálogo, visando a escuta de diversos pontos de vista sobre dada realidade e, algumas vezes, faz a função de instrumento terapêutico, constituindo uma estratégia de vínculo, consenso sobre o grupo familiar.

Embora as equipes da ESF não realizem intervenções psicoterapêuticas, na aplicação desse tipo de instrumento têm condições de identificar pontos de conflito que podem estar dificultando as ações de produção de saúde e, então, fazer a discussão do caso junto aos profissionais da eMulti para que possam atuar mais assertivamente, em parceria ou de forma individual.


No livro “Terapia Familiar Médica”, McDaniel et al. (1994) descrevem cinco níveis de crescente complexidade no trabalho com as famílias, sendo que até o nível quatro seria possível atender às famílias na APS, já que é um processo integrado às outras ações e intervenções usualmente efetivadas pelas equipes. A seguir, indicamos o nível de complexidade da intervenção, com a base de conhecimentos e habilidades exigidos.

Nível 1 – Ênfase mínima sobre a família

Esse nível básico de envolvimento consiste em lidar com famílias apenas o necessário, mas sem ver a comunicação como parte integrante do papel do profissional de saúde. É o nível mais comum, resultado do foco predominante no modelo biomédico.

Nível 2 – Informações e aconselhamento contínuo

Nesse nível são exigidas habilidades para lidar com as famílias: comunicar-se de forma clara e regular sobre as questões de saúde; estabelecer diálogo para identificar informações diagnósticas e de tratamento relevantes; fazer escuta atenta e participativa das dúvidas e preocupações dos membros da família; aconselhar sobre o modo de li-



dar com as necessidades de saúde dos pacientes; saber como canalizar a comunicação por meio de um ou dois membros-chave, nos casos de famílias grandes ou que exigem muita atenção; diagnosticar dificuldades familiares que interfiram no tratamento e discutir a necessidade de encaminhamento para terapia na atenção secundária.

Nível 3 – Sentimentos e apoio


No terceiro nível é imprescindível que o profissional de saúde tenha consciência sobre seus próprios sentimentos no relacionamento com o paciente e a família. As habilidades requeridas são: estabelecer diálogo empático que permita compreender os sentimentos e emoções relacionados ao quadro clínico do paciente e esclarecer sua adequação ao caso; estimular e valorizar a rede de suporte familiar; adaptar a orientação clínica às necessidades, preocupações e aos sentimentos da família; ter clareza sobre a necessidade de encaminhamento para a atenção secundária.

Nível 4 – Avaliação sistemática e intervenção planejada

O quarto nível é considerado o último em que as equipes poderiam atuar, sem uma formação específica e completa em teoria de família. Nesse nível de atuação, o profissional deve ser capaz de: envolver os membros da família em reuniões e/ou atividades planejadas; estruturar reunião com famílias de tal modo que todos os membros tenham uma oportunidade de expressão; acompanhar as famílias para avaliar as intervenções efetuadas; apoiar os membros da família individualmente, sem menosprezar o conjunto familiar; redefinir de forma participativa o que a família entende como o “seu” problema, de modo a contribuir para uma administração resolutiva; ajudar os membros da família a verem suas dificuldades e a desenvolverem novas formas de esforço cooperativo; identificar a necessidade para encaminhamento especializado, esclarecer a família sobre a proposta terapêutica e ser capaz de trabalhar em conjunto com o terapeuta familiar.

Nível 5 – Terapia familiar

Último nível de atuação, destinado aos terapeutas familiares, que devem ser capazes de: entrevistar famílias ou membros da família considerados bastante difíceis de se engajar; gerar e testar hipóteses sobre as dificuldades e padrões interacionais



da família; ampliar o conflito na família para desvelar e lidar com impasses e conflitos subjacentes; aliar-se estrategicamente a um membro da família contra outro, visando ampliar a funcionalidade familiar; lidar com a forte resistência da família a mudanças; negociar relacionamentos cooperativos com outros profissionais e outros sistemas que estão trabalhando com a família, mesmo quando esses grupos mantêm hostilidade uns com os outros.


Quando a família se apresenta em situações de risco, provenientes de vulnerabilidades de ordem afetiva, econômica e/ou social, verifica-se a tendência de se rotular um dos seus membros como “um problema”. Este chega ao serviço de saúde já nominado como “doente” ou “problemático”, e cabe ao profissional de saúde entender que ele, muitas vezes, é “a ponta do iceberg”, que revela que a dinâmica da família como um todo está afetada. É importante perceber que o falar/escutar é terapêutico, pois permite aos indivíduos uma revisão de suas atuações na dinâmica familiar.

Na utilização cotidiana de tecnologias de abordagem e diagnóstico das famílias e comunidades, as equipes de saúde enfrentam o desafio de construir possibilidades para que o usuário e a família se integrem no processo de construção de um projeto comum. É necessário instaurar um processo participativo para que as ações possam ultrapassar os limites do caráter assistencial, curativo e prescritivo.

Concepção e abordagem familiar na APS e eMulti

Se tomarmos como exemplo a atuação nuclear do assistente social de uma eMulti, verificaremos sua contribuição no sentido da atenção às famílias de forma integral, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica, seus valores e normas culturais que interferem no processo de adoecimento.

Esse profissional também possui habilidades que o autorizam a identificar, articular e disponibilizar, junto às equipes de APS, a rede de proteção social. Conforme a situação, caberá a mobilização junto aos Centros de Referência de Assistência Social (Cras), unidade de proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social (Suas), cujo objetivo é prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidades, por meio do desenvolvimento de potencialidades, do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e da ampliação do acesso aos direitos de cidadania. Em casos



de maior complexidade, em que as pessoas estão em situação de risco social ou tiveram seus direitos violados, caberá a articulação junto aos Centros Especializados de Assistência Social (Creas).

Destacamos ainda a competência do assistente social para capacitar, orientar e organizar, junto com as equipes de APS, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa-Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda. Alguns usuários têm direitos beneficiários, tais como o benefício de prestação continuada e, para exercer o direito de recebê-los, necessitam cada vez mais de apoio do serviço social, especialmente relacionado ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).


b) Cuidado nos domicílios na APS

A oferta de cuidado nos domicílios faz parte do arsenal terapêutico dos serviços de saúde de base territorial. As equipes de saúde da família realizam, com regularidade, visitas domiciliares (VD) e atendimentos domiciliares (AD) a usuários que, por diversos motivos, não podem ser atendidos nas unidades de saúde.

O domicílio é um espaço privilegiado para diálogos e produção de saberes e faz parte, em alguns momentos, do processo de trabalho das eMulti, com o intuito de subsidiar a intervenção no processo de saúde-doença de indivíduos ou no planejamento de ações visando a promoção da saúde da coletividade.

A presença do profissional de saúde nos domicílios permite a visualização de condições peculiares de habitação, higiene e hábitos de vida, bem como a dinâmica e o contexto familiar, que auxiliam no planejamento das ações, além de proporcionar a aproximação entre o usuário, a família, a comunidade e o serviço de saúde.

Para nós, interessa apontar que o cuidado produzido num território não institucional coloca os atores de outro modo em cena e abre espaços para a inovação. Esse espaço de atuação, fora dos consultórios e de suas regras estabelecidas, produz algum nível de tensão, que pode ser manejada para a invenção de práticas cuidadoras, mas também pode tentar ser resolvida por meio da subjugação da família e da reprodução. O projeto ético-político das equipes é decisivo na definição desse jogo (Feuerwerker, 2014).




No contexto da APS, a estratégia da visita domiciliar estrutura-se não somente para permitir o acesso de pessoas com restrições ao lar ou de acamados aos cuidados em saúde, mas também como instrumento de contato e busca ativa quando há necessidade de compreender o contexto familiar, as condições do domicílio, o abandono ou a dificuldade de aderência ao plano terapêutico e o fortalecimento de vínculos.

Essa estratégia também assume papel fundamental no escopo principal da APS, que é a promoção e prevenção em saúde. Assim, a VD se caracteriza pelo contato pontual que pode ou não evoluir para a atenção domiciliar (AD) sistematizada e continuada. O Ministério da Saúde lista algumas situações comuns de indicação de AD para as equipes da APS:

- usuários acamados e/ou restritos ao domicílio, de forma temporária ou permanente, incluindo condições clínicas, como desestabilizações (por exemplo, crise hipertensiva), pós-operatórios, situações agravadas de saúde mental, entre outros;
- situações específicas ligadas ao ciclo de vida, como adaptações iniciais de puerpério, redução de mobilidade transitória ou permanente de idosos etc.;
- usuários com arranjos sociofamiliares econômicos frágeis, com efeitos diretos ou indiretos em seu estado de saúde;
- usuários com comprometimentos cujas origens possam ser mais bem esclarecidas com o conhecimento do contexto doméstico e familiar;
- situações ou problemas novos na família relacionados à saúde ou que constituam risco à saúde (como morte de um membro, abandono de um dos genitores, situação financeira crítica etc.).

As ações assistenciais em domicílio estão descritas e organizadas na Política de Atenção Domiciliar do SUS, e sua execução é de responsabilidade das equipes de APS e de atenção domiciliar, conforme a complexidade assistencial dos usuários atendidos.

A atuação de equipes de APS e eMulti é decisiva para a qualidade de vida desses usuários, sendo importante lembrar e incluir aqui os cuidadores e familiares. As condições determinantes de cuidados assistenciais em casa, em qualquer complexidade, modificam completamente a dinâmica familiar, mobilizando afetos, recursos materiais e financeiros, e os projetos de vida individuais e coletivos do núcleo familiar envolvido.



As equipes de saúde são convocadas a atuar nesse processo. Além da autoridade para executar e orientar os cuidados com a pessoa adoecida, são demandadas a participar das vivências emocionais e da forma como são geridas pelo entorno do paciente.

O exercício da clínica ampliada e compartilhada, na promoção desse cuidado que é integralmente construído no território, constitui-se, portanto, em desafio simultaneamente pedagógico e realizador para o trabalho integrado das equipes e serviços em constituir vínculo terapêutico, resolutividade clínica e autonomia de usuários.


Cuidado no domicílio e eMulti

Imaginemos um atendimento no domicílio planejado em decorrência da não adesão à terapia medicamentosa de um usuário com doença crônica. Considerando os saberes nucleares do farmacêutico, integrante da eMulti, é possível observar a contribuição desse profissional para assegurar o acesso da população à farmacoterapia de qualidade, contribuir para o uso racional de medicamentos e oferecer serviços farmacêuticos aos usuários e à comunidade.

Evidentemente, na equipe de saúde, o saber específico de cada profissional complementa o do outro e suas ações podem ser potencializadas diante da complementaridade das ações. O uso racional de medicamentos, por exemplo, deve envolver toda a equipe, mas o farmacêutico, a partir do entendimento das diversas dimensões que os medicamentos assumem na sociedade atual, tem o importante papel de fomentar esse debate, na própria equipe, com os indivíduos e com a comunidade.

Nessa situação de atendimento domiciliar, o farmacêutico deve discutir com a equipe de APS para que sejam avaliados os medicamentos prescritos e se os disponibilizados estão sendo corretamente utilizados; deve identificar condições de armazenamento e separar medicamentos sem condições de uso ou vencidos, quando houver, procurando recolhê-los para o descarte adequado.

Considerando o cenário de não adesão, ou uso incorreto, o farmacêutico poderá intervir, orientando quanto ao uso correto e propondo estratégias para facilitar a adesão, atentando para o caso de idosos polimedicados, pessoas com deficiência visual, sem escolarização, entre outros. Cabe ainda promover a discussão sobre a complexidade dos regimes terapêuticos, a linguagem rebuscada utilizada pelos



profissionais de saúde – que dificulta o entendimento das orientações e da importância da prescrição –, o tempo insuficiente dedicado aos usuários nas consultas e dispensação, a ocorrência de efeitos adversos, as crenças e valores do usuário sobre o seu estado de saúde e da farmacoterapia etc.

e) Projeto terapêutico singular (PTS) na APS

O projeto terapêutico singular (PTS) é um dispositivo cujo objetivo é traçar uma estratégia de intervenção para o usuário, com a participação dele, levando-se em conta os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito. Pressupõe um aprofundamento na discussão do problema e o envolvimento de todas as partes no processo. É de fundamental importância a participação do usuário na formulação do seu PTS, assim como a implicação de outros atores quando houver necessidade. Outro fator importante na construção do PTS é a distribuição de responsabilidades, inclusive com cronogramas para realização e data para avaliação do processo. Mas construímos o PTS para todos os usuários do território? Não! O PTS deve ser utilizado em casos de maior risco e vulnerabilidade.

Formular e operar um PTS demanda a realização de algumas etapas, necessariamente sobrepostas e articuladas (CUNHA, 2013):

1. O diagnóstico (incluindo as dimensões orgânica, psicológica, social e o contexto singular em questão);
2. A definição de metas (dispostas em uma linha de tempo de gestão da clínica, incluindo a negociação das propostas de intervenção com o sujeito);
3. A divisão de responsabilidades e tarefas entre os membros da equipe;
4. A reavaliação.

FIGURA 1: Etapas para construção do projeto terapêutico singular



Os modos de trabalho em equipe interferem diretamente nas possibilidades de sucesso do PTS. Uma equipe na qual os profissionais trabalham de forma isolada e fragmentada, cada um em seu núcleo (Campos, 2000), avaliando a mesma problemática segundo seu próprio arsenal de saber e de experiência e partindo daí para criar ações, pode, no seu conjunto, desenhar intervenções que consideram hipóteses e aspectos totalmente diferentes com relação à problemática. O resultado não é propriamente um projeto de equipe, mas um conjunto de ações muitas vezes incoerentes, diminuindo a resolutividade no seu conjunto e aumentando as chances de intervenções danosas ao usuário.

No PTS, a forma mais acertada para o trabalho em equipe seria aquela na qual o espaço coletivo de discussão busca articular no campo (da saúde, do cuidado, do trabalho, da clínica ampliada etc.) os diferentes núcleos profissionais, com seus saberes e práticas específicas, diferentes formas de ver a problemática em questão, compondo hipóteses explicativas compartilhadas, mas não necessariamente únicas. Essas sínteses, em constante revisão, permitem à equipe, na sua relação com o usuário, a composição de estratégias conjuntas de intervenção, com maior chance de sucesso e menor possibilidade de dano.

Nesse ponto, é possível notar a diferença do PTS para as discussões de casos clínicos, nas quais os profissionais trocam apenas informações sobre a problemática. A simples troca de informações, sem o levantamento e análise coletiva das hipóteses que guiarão a composição do projeto, muitas vezes reproduz a lógica fragmentada de trabalho e aumenta a “cegueira” da equipe na relação com o usuário, já que quem recebe a informação tende a se deixar levar pela “versão” do outro, que repassa as informações já filtradas por uma série de processos simbólicos, afetivos e cognitivos.

A garantia de continuidade, de avaliação e de reavaliação do processo terapêutico, sem que isso, no entanto, implique burocratização do cuidado, representa grandes desafios para os serviços e para as equipes de saúde que se propõem a fazer PTS. Uma estratégia que favorece essa articulação entre formulação, ações e reavaliações é a escolha de um profissional de referência, que coordena o processo, está informado do andamento das ações planejadas no PTS, opera como referência para quando o usuário ou familiar sente necessidade. Esse profissional pode ser qualquer componente da equipe, independentemente de formação. Geralmente, se escolhe aquele com modo de vinculação mais estratégico no caso em discussão (OLIVEIRA, 2008)

Projeto terapêutico singular e as eMulti

Para exemplificar a possibilidade de atuação do psicólogo da eMulti, recortaremos e adaptaremos, aqui, alguns trechos do caso apresentado por Campos (2015):

O médico de família e comunidade, Dr. Sócrates, apresentava o caso de Júlia da Penha para a equipe de referência da qual fazia parte. Ele justificou por que escolhera Júlia para a construção de um projeto terapêutico singular:

- Acredito que todos vocês conheçam a Júlia, é usuária do Centro de Saúde há vários anos. Selecionei o caso para discutirmos porque está impossível lidar com ela. Ela não tem aderido ao tratamento. A saúde da Júlia vem se deteriorando, apesar de ela não faltar às consultas agendadas. Podemos ficar com esse caso?

Houve um murmúrio indicativo de aprovação e o médico retomou a palavra:

- Bem, vamos ao caso! Júlia é portadora de diabetes do tipo 1; tem 28 anos, usa insulina desde os 14 anos. Eu a acompanho há quatro anos. Ultimamente, seu estado geral piorou. Hemoglobina glicada de 8%, não consigo que ela faça glicemia de jejum, nem

exames para análise da função renal, tampouco fundo de olho. Já pedi, insisti e ela não faz o solicitado. O pior é que vem perdendo peso. Enfim, não está fácil.

A pediatra pediu esclarecimentos sobre a história clínica recente da paciente: se houve episódios de hiperglicemia, ida ao pronto-socorro, e perguntou sobre demais medicamentos prescritos. Dr. Sócrates respondeu-lhe com precisão, esclarecendo que Júlia não tivera nenhuma crise aguda, apesar do descuido com a diabetes.

A enfermeira Florence quis saber sobre a alimentação e sugeriu que Júlia fosse inscrita no grupo semanal organizado para orientação de diabéticos e hipertensos.

- Não sei muito sobre os hábitos alimentares dela – disse o médico. Ela não é de falar muito. Mas, Florence, insisti muito para que ela voltasse ao grupo para diabéticos. Ela já frequentou o grupo há alguns anos, mas agora resiste.

- Por quê? – espantou-se Florence.

- Ela disse que já tem diploma em diabetes, de tantos grupos de que já participou. Júlia sabe do perigo, sabe dos cuidados que deve ter. Na realidade, o problema é que ela usa insulina conforme lhe dá na telha. Ela tem um glicosímetro, e quando percebe algum sintoma, fura o dedo e calcula a dose de insulina. Pensei numa solução: um tipo de tratamento supervisionado. A agente comunitária da área, Maria, faria visitas diárias para condicionar a paciente a usar os medicamentos.

Silêncio. Ninguém na equipe lhe respondeu. Incomodado, Dr. Sócrates voltou a insistir:

- Bem, melhor do que nada, não? O que não podemos é desistir, não é?

Silêncio. Nenhum comentário.

- Bem, pensei: se tratamento supervisionado funciona na tuberculose, por que não funcionaria na diabetes? Alguém para ajudar a Júlia com a aplicação de insulina! Maria poderia dar uma espiada na cozinha também. Ver o que Julia anda comendo. O marido é chegado numa cerveja, mas ela não. Não sei se ela está sendo sincera comigo.

Todo o grupo me olhou como se aguardasse minha sentença sobre a proposta do médico. Eu preferi devolver-lhes a pergunta e acrescentei que valeria a pena aprofundar a compreensão da equipe sobre o caso da Júlia. Antes que eu terminasse, Alice, auxiliar de enfermagem, comentou em um tom irritado:

- Não sei não, viu, doutor! Pra mim, essa Júlia é uma folgada de marca maior. Ela usa e abusa do Centro de Saúde. Por qualquer coisinha faz um barraco pra conseguir

consulta. Ora é pra ela, ora é pras meninas. Por mim, eu trataria de dar um basta. Paparicar a fulana, não. Se ela quer morrer, que morra.

Fiquei surpreso com o tom agressivo de Alice. Ninguém no grupo respondeu-lhe. Depois da não resposta à Alice, a enfermeira Florence retomou o fio da meada:

- Não sei, doutor. Agente de saúde não pode aplicar injeção, está proibido pelo...

- Pelo amor de Deus, Florence! – interrompeu-a, também agressivamente, o Dr. Sócrates. – Isso é corporativismo do Coren! Se a própria paciente, que não é enfermeira nem auxiliar, se autoaplica insulina, se o SUS nos orienta para fazer isso, por que uma agente não poderia apoiar os pacientes no uso de insulina, ajudar, ensinar? Não... eu discordo.

Silêncio constrangedor. Florence buscou com o olhar as outras auxiliares de enfermagem que estavam na reunião. As duas olharam para o teto, demonstrando indisposição em envolver-se com a polêmica.

Talvez influenciada por minha intervenção, que os estimulara a compreender melhor o contexto de Júlia, a psicóloga Ana da Silveira dirigiu uma pergunta ao grupo como um todo e não somente ao médico que apresentava o caso:

- Não sei, talvez haja alguma dificuldade da Júlia em cuidar-se. Vocês que estão lidando com ela há tempo, notaram algum sintoma de depressão, de tristeza, distúrbio do sono, sei lá, algo diferente? Afinal, a vida dessa mulher não deve ser fácil, doente desde os 14 anos! Ela mora onde, com quem?

A psicóloga não comparecia regularmente às reuniões da equipe. Por isso não conhecia Júlia pessoalmente.

- Ela é casada e vive com o marido – respondeu Dra. Valéria, a pediatra. Júlia tem duas filhas, umas gracinhas, meninas lindas, inteligentes, alegres, sempre bem cuidados, bem arrumadas, eu as acompanho desde o nascimento. Júlia é uma mãe excelente. Nota dez. Não acredito que ela tenha doença mental, Ana.

- Não me refiro à doença mental estrito senso. Viver com diabetes não é fácil, filhas para cuidar, marido etilista...

- O marido dela não é bebum, é um bebedor social, nunca o atendi, mas... Há um ano encaminhei Júlia para nossa psiquiatra, a doutora... me esqueci o nome dela...

- Doutora Irma – completou a psicóloga – Ela pediu demissão, não suportou trabalhar na atenção básica.

- Sim, a doutora Irma atendeu Júlia duas ou três vezes. Prescreveu benzodiazepínico. Não notei alteração. Depois tive um trabalho danado para suspender. A psiquiatra foi embora e fiquei renovando a receita uns 4 ou 6 meses.

- Mais de ano, doutor – corrigiu Maria, a agente de saúde.

- Sim, foi? Não me lembro bem. Com o tempo, percebi que medicá-la fora um equívoco, vocês não imaginam o trabalhão que tive, sem as drogas Júlia não dormia, ficou agitada, de mau humor, mas agora ela está livre.

Depois fez-se outro momento de silêncio constrangedor, como se todos ansiassem pelo fim do encontro.

- Bem, vamos aos finalmente – disse o doutor Sócrates com impaciência. Se concordarem, encaminharemos o caso assim: Maria fará visitas diárias, de preferência; o máximo de visitas possíveis por semana, para supervisionar o uso de insulina e a dieta de Júlia. Depois da reunião, eu a orientarei sobre a prescrição de Júlia. Tudo bem?

Silêncio.

- Tudo bem, então! Acho que por hoje basta, a reunião foi proveitosa, professor.

Quando ele já saltara para o chão da maca onde se sentara, Ana da Silveira acrescentou:

- Haveria algum inconveniente em que eu acompanhasse a Maria da Silva durante as primeiras visitas? Acredito que valeria a pena tentarmos compreender mais o que vai pela cabeça dessa mulher.

Já com a porta aberta, Dr. Sócrates voltou-se e concordou com a psicóloga. Como se houvessem ensaiado, todos, exceto Ana Silveira e eu, se levantaram e abandonaram a sala [...].

Dois meses depois, o PTS de Júlia voltou à discussão. A equipe era a mesma e o Dr. Sócrates, revendo o prontuário de Júlia enquanto falava, resumiu sua avaliação em poucas palavras:

- Tudo como dantes no quartel de Abrantes! Nada de novo, professor.

- Como assim? – reagiu, espantado. – Você a atendeu nesse período?

- Sim, duas. Não, três vezes. Bobagem, uma gripe, depois um mal-estar vago, vômitos. E ela me contou que resolveu alimentar-se melhor por influência dos conselhos da Maria. Parabéns, Maria, seu trabalho funcionou; pelo menos ela passou a aplicar a insulina toda manhã e resolveu comer, mas me procurou com náuseas. Na terceira vez, me pediu que reintroduzisse os “calmantes”. Eu disse que poderíamos esperar e pergun-

tei se estava com algum problema em casa. Ela disse que não, mas que estava muito nervosa, dormindo mal. Sugeri que ela procurasse atendimento psicológico, cheguei a preencher o encaminhamento para você, Ana.

- Bem, ela não apareceu – respondeu a psicóloga.

- Não, eu sei. Ela me disse que a conhecia, que você foi várias vezes à casa dela com a Maria, já a estava ajudando e que ela não precisaria vir aqui para consulta. No fim, incentivei-a a buscar um trabalho ou a voltar a estudar. Ela se interessou, disse que iria pensar no assunto, o impedimento seriam as filhas, alegou. Bem... São os frutos do trabalho em equipe, me parece, não, professor?

Não me senti obrigado a responder. E foi a agente de saúde quem tomou a palavra:

- Talvez valesse a pena contar sobre as visitas, não, Ana? A senhora poderia contar pro pessoal tudo que fizemos.

- Relate você, Maria – contestou-lhe a psicóloga.

- Eu?

- Lógico, comece e eu a ajudarei.

- Bem, doutor Sócrates, não tenho ido todos os dias à casa de Júlia. Não tenho tempo e, com a epidemia de dengue, a coisa piorou. No começo fui duas, três vezes por semana. Fiz um combinado com a Ana, de não insistir na coisa da diabetes com a Júlia. Foi antes da primeira visita, a gente chegou e ficou assuntando. Ah! Ana, conta você, vai.

- Pelo amor de Deus, Maria!

- Júlia falou das duas meninas, da escola, ela leva e busca todos os dias. Tem medo da violência no bairro. Ainda no assunto das filhas, Ana puxou o papo pro lado da comida. Logo, ela começou a falar dela mesmo, que não tem apetite, que perdeu o gosto de comer, que cozinha pra família, filhas e pro maridão. Ele nunca apareceu.

- Também, ele trabalha durante todo o dia – acrescentou a residente que acompanhara a agente.

- Sim, não estou acusando o cara. Desgraçado foi o primeiro marido. Júlia é traumatizada, barra pesada a vida dela. Fugiu de casa com um tipo safado aos 15 anos. A desgraça foi esse homem, batia nela, usava droga. A salvação da Júlia foi a diretora da escola, que se encantou com ela. Ela desmaiou na escola umas três vezes, era o começo

da diabetes. Foi internada e o “companheiro” desapareceu. Quando teve alta, estava sozinha no mundo e a tal professora levou-a para a casa dela, onde ficou até os 18 anos; formou-se professora, mas quando ia começar a dar aula, conheceu o Alcindo, o marido d’agora. Ficou grávida, casou, o cara era um pouco mais velho e tem emprego fixo numa construtora. Bom, doutor, eu dei uma afrouxada no controle da diabetes da Júlia, não pego no pé dela mais não.

- O quê? Como assim, Maria?

- Sei lá, bom... Ana, acho que você podia explicar pro pessoal o que nós descobrimos!

- Sabe o que é, doutor Sócrates, a Júlia tem uma história de vida trágica, ela sofreu agressões que a marcaram de um modo negativo, de alguma forma ela introjetou os maus-tratos e perdeu confiança em si mesma. Ela tem dificuldade em se cuidar. Não se cuida em geral, não só com a diabetes. Ela é jovem, 28 anos e não se arruma. Ela cuida bem da casa e das meninas. Ela precisa de um tratamento especial, eu...

- Sim, eu sei, Ana. Por isso mesmo resolvemos pelo tratamento supervisionado e pela vigilância. Ou não?

- Sim. Na minha visão, ela está muito pressionada. E isso a está prejudicando, ela fica mais culpada do que já é. Resolvemos deixar um pouco da doença, sair dessa obsessão com a insulina e conversar sobre a vida dela. Inclusive, proponho que toda a equipe adote a mesma postura. Ela tem direito a levar a vida da maneira que achar correta e possível. Acho que o senhor bate muito duro e não adianta; ao contrário, ela se retrai cada dia mais.

- É, doutor, e o negócio funcionou. Ana Silveira combinou comigo que somente falaríamos na diabetes, na insulina, no final da visita. Deu certo, ela conversou muito com a gente. Nos contou um monte de...

- Com diabetes tipo 1 não tem conversa. Sem disciplina, Júlia vai se dar mal. E, Ana, você não percebe que sua proposta não tem pé nem cabeça? Estou sem paciência com esse papo de afeto, maus-tratos. Quem não foi maltratado na vida? É muita subjetividade pra cá e pra lá, e a mulher definhando. Não, Ana! Não e não! – gritou.

Ana da Silveira arregalou os olhos. Constrangimento.

- Doutor Sócrates – interferi –, qual o núcleo de conhecimentos e de encargos dos psicólogos? Qual o objeto de trabalho do psicólogo?

Minha pergunta técnica espantou a todos. Ana Silveira, ainda com olhos marejados, me encarou com ar esperançoso. Ela intuiu que eu a protegeria do ataque da figura mais forte na equipe.

- Núcleo, que diabo? Não sei do que o senhor está falando, professor – respondeu o médico, confuso.

- Não se recorda quando estudamos os conceitos de campo e núcleo para pensar a identidade de cada profissão, de cada especialidade e de como integrar-nos em equipes interdisciplinares sem perdermos nossa especificidade? Então, qual o objeto de trabalho, com que trabalha o psicólogo?

- Bem, com doença mental.

- E?

- Também com a saúde mental, afetos, emoções, essas coisas... Subjetividade!

- Por isso ganhamos todos com uma psicóloga na equipe. Nem médicos, nem enfermeiras, nem agentes de saúde, nenhum de nós teve muito sobre isso em nossa formação. A Ana construiu uma compreensão fundamentada sobre o modo de Júlia funcionar, sobre a dificuldade de cuidar de si mesma. A baixa adesão dela, que tanto o incomoda, doutor, tem essa raiz, essa origem, ou não?

Maria da Silva, a agente, se entusiasmou com minha crítica à posição do médico, que se levantou e disse:

- O senhor nem imagina, doutor, a doutora Ana conseguiu um vínculo com a Júlia. Já na primeira visita ela nos contou como foi violentada sexualmente pelo padrasto, várias vezes. E a mãe nunca a protegeu. Por isso ela fugiu de casa aos 14 anos. Mas, como me explicou a doutora Ana, depois, quando fugiu de casa, ela escolheu um parceiro, o estrupício do primeiro marido, igual ao padrasto. Tudo isso mais essa doença que não acaba nunca.

A revelação da agente de saúde deixou todos chocados, sem reação.

- Maria!

- Perdão, Ana. Mas não me senti no direito de esconder isso da nossa equipe, do doutor Sócrates. A Ana me convenceu de que não tínhamos o direito de contar essa desgraça para toda a equipe. Júlia escolheu contar pra gente, pra mais ninguém, mas, sabe...

A lealdade de Maria da Silva à equipe suplantava o contrato de confidencialidade que fizera com a psicóloga.

- Ana – perguntei – acho que poderia nos esclarecer...

- Sim, Júlia foi violentada e ficou com essas cicatrizes. Ela nunca contou isso pro pessoal daqui, então, pensamos em guardar segredo. Logo na primeira visita conversarmos um tempão; ela chorou, mas contou sua história pra mim e pra Maria. Ao final, contei-lhe que tinha mais quatro mulheres que eu atendia com história de abuso sexual. Sugeri constituirmos um grupo para a troca de experiências, mas ela não quis. Eu sabia que ela precisava de ajuda. Aí prossegui com as visitas, voltamos no dia seguinte, ela nos recebeu muito bem e agora eu a atendo em casa uma vez por semana.

- Ana Silveira, por favor, eu queria lhe pedir desculpas – falou Dr. Sócrates. – Meu Deus! Quanta desgraça, duas marcas para vida inteira: a diabetes e essa violência!

Em seguida, fez-se um silêncio indicativo de que todos preferiam terminar logo com aquele encontro. Tomei a palavra e falei sobre a necessidade de se pensar uma ética para o trabalho em equipe e em rede, quando vários profissionais invadem a privacidade de um paciente. Louvei a prudência de Ana e reconheci o direito de sigilo sobre esse tipo de informação que lhe fora confiada pela paciente. A enfermeira Florence discordou de meu comentário e aprovou a lealdade de Maria com a equipe. Ponderou que esse tipo de conhecimento alteraria o projeto terapêutico de Júlia e que o sigilo a prejudicaria. Armou-se um debate acirrado e, ao final, Florence me interpelou:

- E aí, professor? Como ficamos com relação a isso?

- Suas ponderações me fizeram duvidar. Não sei, meus caros, não sei. É um novo modo de trabalhar, vamos pensar nisso e vamos discutir cada caso sempre que novas condições se apresentarem.

Promoção da saúde, projetos de saúde nos territórios e vigilância em saúde

Aqui abordaremos as ações que, voltadas às coletividades, podem ser realizadas pelas equipes da APS e potencializadas pela participação de profissionais de saúde especialistas, como os da eMulti.


a) Promoção da saúde

Embora, tradicionalmente, a APS promova ações consideradas de promoção à saúde, tais como as recomendações de comer alimentos saudáveis e praticar atividade física, é preciso recuperar elementos estruturantes do conceito de promoção da saúde, que não necessariamente constam do tipo de oferta usualmente oferecida pelas equipes.

De acordo com a Carta de Ottawa, produzida na 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, promoção da saúde é “o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WHO HEALTH, 1996), Trazendo a ideia de saúde como um conceito positivo, o documento afirma que essa ação não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

A promoção da saúde é uma estratégia para o desenvolvimento da saúde, a conquista da equidade, a democracia e a justiça social. Melhora a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas por meio da aceitação da responsabilidade que os indivíduos têm sobre sua própria saúde e do controle que exercem sobre ela. Não é uma atividade isolada, pois envolve um processo social e político, além de ações direcionadas aos indivíduos, buscando a modificação das condições sociais, ambientais, econômicas e sua repercussão no contexto individual e global (BRASIL, 2020). A Carta de Ottawa estabelece cinco estratégias para alcançar esse objetivo:

1. O desenvolvimento de uma política pública favorável à saúde;
2. A criação de espaços, áreas e/ou ambientes favoráveis;
3. O fortalecimento da ação comunitária;
4. O desenvolvimento de habilidades pessoais;
5. A reorientação dos serviços de saúde.



A promoção da saúde tem como princípios a equidade, a intersetorialidade, o empoderamento, a participação social, a sustentabilidade, a autonomia e a integralidade. Esses são bons marcadores para identificar se uma ação ou política está voltada a essa ação. Considerando que a produção de saúde é determinada por contextos sociais, econômicos, políticos, ambientais e culturais que formam as relações de poder, os determinantes sociais da saúde são o foco da promoção da saúde com vistas à superação das desigualdades e iniquidades em saúde.

Muito além de recomendar comportamentos e estilos de vida saudáveis, é preciso criar mecanismos que viabilizem a possibilidade de escolha, que deem visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas, visando reduzir as situações de vulnerabilidade, defender a equidade e incorporar a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.


Os profissionais das eMulti, pela sua condição de exterioridade à equipe e de formação especialista, têm enorme contribuição junto às equipes de APS, no sentido de conseguir enxergar e problematizar algumas práticas tradicionalmente oferecidas como “promoção da saúde” nesse nível de atenção e fazer propostas que busquem ampliar as possibilidades desse tipo de intervenção.

[A promoção da saúde e as eMulti](#)

Tomemos como exemplo a atuação nuclear do educador físico, integrante de uma eMulti, na abordagem de uma ação relacionada à promoção da saúde. Considerando que essas ações vão no sentido da produção de saúde, do desenvolvimento de autonomia e da possibilidade de escolha, não podemos apostar em meras reproduções de conteúdo oferecidas no curso tradicional de educação física.

São conhecidos os benefícios da atividade física regular para a prevenção das doenças do aparelho circulatório, redução do estresse, melhora do sono, entre outros. Porém, a ênfase no aspecto fisiológico tende a deixar de lado a reflexão de que esse mesmo corpo em movimento é um corpo cultural, que o torna único ao mesmo tempo em que o inclui na identidade de um determinado grupo social.

Nesse sentido, recomenda-se que o profissional de educação física favoreça, em seu trabalho, a abordagem da diversidade das manifestações da cultura corporal



presentes localmente e as que são difundidas nacionalmente. A abordagem deve ser guiada pela universalidade da oferta, incluindo pessoas de diversas faixas etárias, gêneros e etnias. É fundamental que as atividades sejam oferecidas a todos, independentemente da existência de patologias, e que levem em conta componentes culturais, históricos, políticos, econômicos e sociais do local.


O educador físico deverá ser capaz de identificar a existência de espaços públicos de lazer e outros que possam se prestar à prática de atividades físicas, extrapolando a associação com o serviço de saúde e conectando praças, clubes comunitários, salões de igreja etc. Quando observada escassez de espaços desse tipo, vale também o estímulo e apoio à comunidade na mobilização para a busca de soluções, sejam elas no nível comunitário ou junto a instâncias governamentais, cumprindo com as estratégias de criação de ambientes favoráveis e desenvolvimento de política pública favorável à saúde.

b) Projetos de saúde nos territórios

Levando em consideração os aspectos abordados no tópico anterior, nos interessa aprofundar alguns entendimentos acerca de projetos de saúde que podem ser realizados nos territórios pelas equipes de APS e eMulti.

É importante ressaltar que o conceito de território passou a fazer parte do cotidiano das equipes de APS com mais força a partir da incorporação do arranjo das equipes de referência e da adoção da estratégia de saúde da família como política para a atenção básica (BRASIL, 2007).

Milton Santos (apud Santos e Rigotto, 2010) considera o território como um campo de determinações gerais e particulares que moldam os lugares e configuram subespaços de tempo, no qual estão inseridos sujeitos. As pessoas que constituem esse território e nele vivem organizam-se e possuem alguma relação entre si. Quando nos relacionamos com as pessoas que habitam determinado território, precisamos nos colocar de fato em contato com essa realidade e sua dinâmica. As ações em saúde na coletividade serão mais bem-sucedidas se forem realizadas com as pessoas que nela habitam, valorizando os saberes presentes nesses espaços e ofertando possibilidades dialógicas para ampliação da discussão e construção conjunta de projetos.



Os projetos de saúde no território (PST) devem desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território, mantendo foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades.

O PST funciona como catalisador de ações locais para a melhoria da qualidade de vida e redução das vulnerabilidades num determinado território, buscando estabelecer redes de cogestão e corresponsabilidade, e instaurando um processo de cooperação e parceria entre os diversos atores sociais do território.

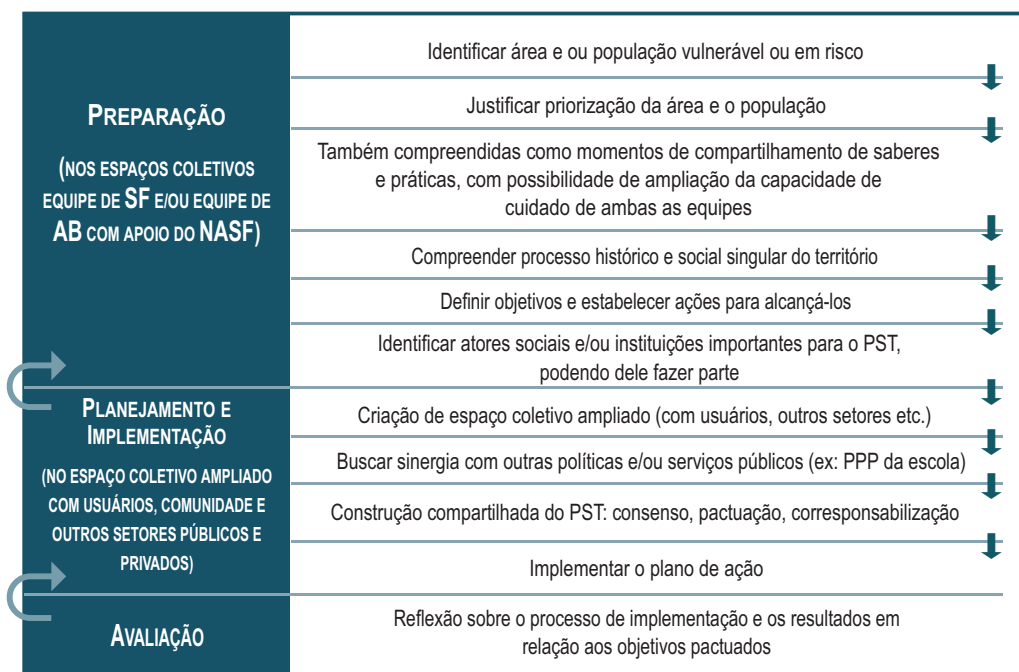
Diante de situações muito complexas que envolvam problemas sociais, econômicos e políticos geradores de vulnerabilidade nos territórios, é frequente que as equipes tenham dificuldade para saber por onde começar e o que fazer. Para tentar avançar, Oliveira e Furlan (2008) sugerem que as equipes construam capacidade de ver e apostar que, quando desenvolvem uma relação produtiva com a comunidade ao seu redor, têm possibilidade, ao mesmo tempo, de atuar num problema eleito num projeto e de modular os modos de relação com essa população, de ampliar a legitimidade da equipe e do serviço, fazendo frente à forma mais frequente, e negativa, de busca dos serviços de saúde apenas como consumo.

Para iniciar um projeto, será fundamental identificar quais os atores com interesse e disponibilidade de se envolver na questão e procurar constituir um “coletivo organizado para a produção” em torno do anteprojecto, colocado ao coletivo como uma oferta (CAMPOS et al, 2000) Esses atores podem ser profissionais de saúde, profissionais da rede de saúde e intersetorial, e membros da comunidade. Um coletivo que funcione em cogestão precisará criar mecanismos que estimulem as participações interativas dos seus membros, em que todos analisam e intervêm, ao mesmo tempo que demandam e produzem ofertas.

A pactuação do anteprojecto no coletivo é fundamental para estabelecer uma relação de parceria, bem como nos momentos de avaliação da intervenção, e aí não apenas considerando os resultados finais, mas o próprio processo de coprodução, que deve ser posto em análise pelo próprio coletivo de forma sistemática (CAMPOS et al, 2000).

O quadro a seguir sugere algumas etapas para as equipes sistematizarem um projeto de saúde no território.

QUADRO – Componentes do projeto de saúde no território



Fonte: BRASIL (c), 2009.

A coprodução de projetos com coletivos no território pode ser uma linha de ação importante na produção de práticas de saúde e cuidado participativas e promotoras de autonomia, considerando que a corresponsabilização acontece quando esses atores fazem parte, efetivamente, do processo de formulação, implementação e avaliação dos projetos de ações em saúde no seu bairro ou comunidade. Deixar a segurança dos consultórios e se colocar verdadeiramente em contato com os territórios é fundamental para as equipes que propõem compor relações mais produtivas com sua população adscrita e interferir de maneira democrática na dinâmica dos territórios.

c) Vigilância em saúde

Um modelo de atenção integral à saúde deve considerar a vigilância em saúde como componente indissociável da produção do cuidado. Para vislumbrarmos sucesso nas ações de vigilância, precisamos integrá-la à produção da saúde no território, o que exige mudanças no modelo de atenção, no processo de trabalho, na formação dos profissionais e na gestão das redes de saúde.


Além das doenças transmissíveis, as não transmissíveis e os agravos são objetos da vigilância em saúde que precisam guiar essa integração. Indo além, podemos considerar que a epidemiologia nos serviços de saúde é capaz de fazer a articulação individual-coletivo na própria gestão da unidade. De acordo com Drumond Junior (2006), podemos tomar a epidemiologia como uma tecnologia leve que contribui com as formas de organizar processos de trabalho e orienta a intervenção na abordagem de problemas.

Contudo, esse núcleo de saber precisa estar articulado com outros conhecimentos, como a clínica, a gestão, o planejamento e a construção de projetos de intervenção, que fortaleçam uma visão integral de saúde, como construção coletiva, com outras equipes e áreas da saúde e de outros setores.

Experiências como a instituição de núcleos de saúde coletiva nas unidades básicas de saúde (Vilela, 2004) demonstram a viabilidade de enxergar os territórios de forma mais completa, contribuindo com a abordagem das situações complexas. Trata-se de um modo de usar a ciência articulada ao fazer cotidiano, com a valorização do trabalhador e sua experiência.

A integração de ações de vigilância na APS é um desafio para os serviços e equipes. Seria necessário se valer de uma epidemiologia do cotidiano, articulada com a intervenção e com a responsabilidade de uma equipe estimulada para abordagem do sofrimento dos sujeitos.

Nesse sentido, espera-se que a atuação das eMulti esteja alinhada ao conjunto de informações que a equipe de APS tem sobre seu território, a partir de diferentes fontes de dados, tais como sistemas de informação oficiais; informações sistematizadas pela gestão municipal; registros feitos pelas equipes de APS (levantamentos, mapeamentos, atas de reuniões); escuta da equipe, do usuário e do gestor.



A atualização de certo diagnóstico sobre as principais necessidades das equipes de APS, da população e do território deve ser regular, e envolver as equipes de referência e as equipes de apoio. Informações essenciais, tais como perfil demográfico, epidemiológico e assistencial; número de pessoas adscritas às equipes; perfil de atendimento e de encaminhamentos da unidade básica num dado período; perfil territorial e ambiental (condições de moradia, áreas de vulnerabilidade social, equipamentos; parceiros intra e intersetoriais) devem funcionar como guias para priorização das ações a serem desenvolvidas.


Educação popular em saúde e estratégias grupais na APS

A educação popular em saúde (EPS) constitui um campo de conhecimentos, saberes e práticas permeado pela escuta, pelo diálogo e pela ação. É um movimento político-pedagógico que articula forças de vários segmentos sociais, populares, incluindo trabalhadores de saúde, educadores e pesquisadores da saúde coletiva, dentre outros atores. Reconhece o valor do saber de experiência e mostra como o quanto escutar e as representações de se escutar podem ser diferentes, a depender da posição do falante e do escutador (FREIRE, 1994)

A aproximação de muitos profissionais de saúde com o movimento da educação popular e a luta dos movimentos sociais pela transformação da atenção à saúde possibilitaram a incorporação de formas de relação com a população bastante participativas e que rompem com a tradição autoritária dominante e o desprezo ao saber e à iniciativa dos doentes e familiares (BRASIL, 2007).

Podemos identificar a EPS nos serviços e territórios quando a ação dos profissionais de saúde não se limita a uma assistência restrita aos usuários e se estende a uma ação ampliada de diálogo e de crescimento de parte a parte, em busca de saídas e de soluções sociais a partir do que se vive e do que se troca, quando se dialoga crítica e criativamente sobre a vida e o mundo por intermédio do corpo e da saúde (BRASIL, 2007).

Imbuídos dessa concepção, passamos a discutir as estratégias grupais realizadas na APS. Tradicionalmente, os grupos realizados nesse ponto de atenção são de educação em saúde, dentro da proposta de promoção da saúde e prevenção de doenças:



grupos de doenças crônicas; de gestantes; de adolescentes; de convivência; de atividade física; de planejamento familiar etc.

De maneira geral, esses grupos são considerados como ações educativas e, muitas vezes, são realizados em modelos clássicos de transmissão de informações, em que profissionais são os protagonistas e operam por meio de palestras temáticas. Esse modelo costuma estar associado ao desinteresse dos pacientes, uma vez que não estimula a participação nem a corresponsabilização no processo de construção da saúde.


Além dos grupos baseados na EPS, é importante que os profissionais da eMulti organizem grupos terapêuticos para o cuidado de situações de sofrimento e adoecimento identificados nos territórios e que se articulam ao saber nuclear desses profissionais. Por exemplo: grupos de saúde mental, de reabilitação, de alimentação e nutrição, de famílias etc.

Para Barros (2007), o trabalho grupal não deve ser pensado apenas para dar conta da grande demanda quantitativa; deve, sim, ser adotado pela riqueza de características próprias que possibilitam socialização, integração, apoio psíquico, trocas de saberes e construção de projetos coletivos. Podem ser oportunidade de estar com pessoas que lidam com problemas parecidos e, juntos, pensar alternativas e soluções.

Embora práticas grupais possam ser realizadas por diversos profissionais da equipe, o trabalho em parceria para a condução das atividades é recomendável. Nesse ponto, alguns núcleos profissionais das eMulti podem contribuir decisivamente, compartilhando conhecimentos sobre o funcionamento dos grupos, ajudando na intervenção e na adesão dos usuários.

O grupo é um espaço de contato, formulação e ação com coletivos que está sujeito aos acontecimentos, ao imprevisível e às diversas experiências. O possível chega pela abertura propiciada para que ele aconteça. Portanto, definir um objetivo para o grupo não pode significar fechá-lo ao que poderá ocorrer no percurso; o grupo pode se tornar um espaço continente das diversidades e imprevisibilidades que surgem do encontro das pessoas, espaço em que cabe o que as pessoas trazem (BARROS, 2007).

É importante que o grupo tenha um coordenador, sendo possível fazer um rodízio dessa função entre os profissionais ou entre os participantes, conforme as finalidades estabelecidas para o grupo. A coordenação do grupo tem como objetivo promover o vínculo e garantir que todos os participantes tenham oportunidade de se expressar. Considerando que o grupo é diverso, o coordenador deve estar atento



para que todos se sintam confortáveis para falar e evitar que a palavra esteja concentrada em um ou poucos participantes. Vale lembrar que, além da fala, há outras formas de comunicação que podem ser exploradas (linguagem corporal, desenhos, colagens etc.).

A produção da tarefa é uma atribuição de todo o grupo e o coordenador deve contribuir para o processo, destacando os objetivos, ajudando o grupo a se centrar na ação proposta e incentivando uma prática colaborativa entre os participantes. O coordenador atua, portanto, com o grupo e não para o grupo. Nesse sentido, os erros e as dificuldades são esperados no processo, e o papel do coordenador deve ser provocar o grupo a refletir sobre o que poderia ser feito de forma diferente e avaliar em conjunto quais foram os aprendizados adquiridos.

Além das potencialidades relacionadas mais diretamente aos usuários, destacamos que há benefícios das estratégias grupais ligadas aos profissionais de saúde, tais como a integração da equipe, a promoção da interdisciplinaridade, o aprendizado dos saberes dos diferentes núcleos profissionais e formas de conduzir de cada pessoa.

Referências bibliográficas

AYRES, JRCM. *Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas: HIV/AIDS, DST e abuso de drogas entre adolescentes*. São Paulo: Casa da Edição; 1996.

BARROS, RB. *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Porto Alegre: Sulina/ UFRGS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico*. 2. ed. Brasília: DF, 2007. Disponível em: [OS_0080_M.indd \(saude.gov.br\)](#). Acesso em 6 de setembro de 2024.

BRASIL (a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: DF, 2009. Disponível em: [Clínica ampliada e compartilhada \(saude.gov.br\)](#). Acesso em 6 de setembro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. *Recomendações para a Operacionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde na Atenção Primária à Saúde*. Brasília: DF, 2020. Disponível em: [recomendacoes_politica_promocao_atencao_saude.pdf](#). Acesso em 6 de setembro de 2024.

BRASIL (b). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS*. 1. ed. – Brasília: DF. 2009. 72 p. Disponível em: [04 - Caderno CREAS.indd \(mds.gov.br\)](#).

BRASIL (c). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF - *Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Série B. Textos Básicos de Saúde. n.º27. Ed. Ministério da Saúde. Brasília, 2009. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf](#). Acesso em 6 de setembro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União, 2023. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html](#). 2023. Acesso em 6 de setembro de 2024.

CAMPOS Rosana T. Onocko; CAMPOS, [Gastão Wagner de Sousa](#). *Co-construção de autonomia: o sujeito em questão*. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drummond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, Fiocruz; 2009. p. 669-88.

CAMPOS, [Gastão Wagner de Sousa](#). *Saúde Paideia*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003. Disponível em: [SciELO - Brasil - Saúde Paidéia Saúde Paidéia](#).

CAMPOS, [Gastão Wagner de Sousa](#). Possibilidades de uma clínica do sujeito na atenção primária à saúde (APS). Texto 32. In: *Psicossoma V: Integração, Desintegração e Limites*. VOLICHE, Rubens Marcelo. RANNA, Wagner. LABAKI, Maria Elisa Pessoa. (Org.) São Paulo: Casa do Psicólogo. 2015.

CAMPOS [Gastão Wagner de Sousa](#). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cien Saude Colet* 1999; 4(2):393-403.

CAMPOS [Gastão Wagner de Sousa](#). *O anti-Taylor e o método Paidéia: a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional*. Tese de livre-docência. Campinas/SP, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP). 2000

CASTEL, R. Da indigência à exclusão: a desfiliação precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In Lancetti, A. (org) *Saúde e Loucura*, 4º ed. SP: Hitautec, 1995.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação da Escala de Risco Familiar como instrumen-

to de priorização das visitas domiciliares. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Brasil, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004. Disponível em <http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/issue/view/2>. Acesso em 6 de setembro de 2024.

CUNHA, Marcela da Silva; SÁ, Marilene de Castilho. *A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território*. Interface (Botucatu) 17 (44), Mar 2013. Disponível em: [8 artigo 5 marcela.pmd \(scielop.org\)](#). Acesso em 5 de setembro de 2024.

DRUMOND JÚNIOR, Marcos. Epidemiologia em serviços de saúde: conceitos, instrumentos e modos de fazer. In CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa;

MYNAIO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND JÚNIOR. 2006.

ENGEL GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286);129-36. Disponível em: [The need for a new medical model: a challenge for biomedicine - PubMed \(nih.gov\)](#). Acesso em 6 de setembro de 2024.

FERNANDES, Carmem Luiza Correia. CURRA, Leda Chaves Dias. *Ferramentas de Abordagem Familiar*. PROMEF. Organização SBMFC, p 13-29. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2006. 150. Disponível em: [Slide 1 \(usp.br\)](#). Acesso em 6 de setembro de 2024.

FEUERWERKER Laura Camargo. Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde. In: Feuerwerker LC (org.) *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. Disponível em: [Livro Micropolítica e saúde.pdf \(usp.br\)](#). Acesso em 6 de setembro de 2024.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. São Paulo: Paz e Terra, 1974.

McDANIEL, S. H. et al. *Terapia familiar médica: um enfoque biopsicossocial às famílias com problemas de saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

OLIVEIRA, G. N.; FURLAN, P. G. Coprodução de projetos coletivos e diferentes “olhares” sobre o território. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. *Manual de Práticas de Atenção Básica – Saúde Ampliada e Compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008. p.247-272.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab. educ. saúde* 8 (3), nov. 2010. Disponível em: [SciELO - Brasil - Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde](#). Acesso em 6 de setembro de 2024.

STEWART, Moira; BROWN, Judith Belle; WESTON, W. Wayne; McWHINNEY, Ian r; McWILLIAM, Carol I; FREEMAN, Thomas r. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. Tradução: Burmeister A, Rosa SMM. Revisão técnica: Lopes JMC. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. Disponível em: [Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico | Porto Alegre: Artmed; 3º; 2017. 393 p. tab. | LILACS | SMS-SP \(bvsaud.org\)](#). Acesso em 6 de setembro de 2024.

VILELA Maria Filomena Gouveia. *Da ‘moça da vigilância’ ao núcleo de saúde coletiva na unidade básica de saúde: o que há de novo no modelo assistencial de Campinas? Tese (doutorado) - Orientador: Luiz Carlos de Oliveira Cecilio Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2004. 168. Disponível em: [RCAAP - Da ‘moça da vigilancia’ ao nucleo de saude coletiva na unidade basica de saude](#). Acesso em 6 de setembro de 2024.*

World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion. Geneve: WHO; Ministério da Saúde (BR). 1986.

Outras obras consultadas

BALINT, M. The structure of training-cum-research-seminars: its implication for Medicine. *J Roy Coll Gen Pract.* 1969;17(81);201-11. Disponível em: [The structure of the training-cum-research-seminars. Its implications for medicine - PubMed \(nih.gov\).](#)

BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde soc.* 11 (1), Jul 2002. Disponível em: [BARROS, JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? Saúde soc. 11 \(1\), Jul 2002. - Pesquisar \(bing.com\).](#)

BORGES Gomes, Thaisa; DALLA VECCHIA, Marcelo. (2023). Genograma e ecomapa ampliado como instrumentos de pesquisa e intervenção psicossocial. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 11(28), 710–727. Disponível em: [\(PDF\) Genograma e ecomapa ampliado como instrumentos de pesquisa e intervenção psicossocial \(researchgate.net\).](#)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Promoção da Saúde: aproximações ao tema.* Brasília: DF, 2021. Disponível em: [Promoção da Saúde: aproximações ao tema: caderno 1 — Ministério da Saúde \(www.gov.br\).](#)

BRASIL. Ministério da Saúde. STOTZ Eduardo Navarro; VALLA, Victor Vincent Enfoques sobre educação popular e saúde. In: *Caderno de educação popular e saúde.* Brasília: DF; 2007. p. 46-57. Disponível em: [Enfoques sobre educação e saúde | In. Valla, Victor Vincent; Stotz, Eduardo Navarro. Participação popular, educação e saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1993. p.11-22. | LILACS \(bvsalud.org\).](#)

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; Gutiérrezz, Adriana Coser; Guerrero, André Vinicius Pires; Cunha, Gustavo Tenório. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In Campos GWS, Guerrero AVP (orgs). *Manual de práticas da atenção básica.* São Paulo: Hucitec, 2010. Disponível em: [Cap Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia.pdf](#)

DEPOLE, Bárbara de Fatima; QUEVEDO Marcolino Tais; OLIVEIRA, Gustavo Nunes de; CUNHA, Gustavo Tenorio; FERIGATO, Sabrina Helena. Projeto Terapêutico Singular: Uma visão panorâmica de sua expressão na produção científica brasileira. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental.* v. 14, n. 38, p. 01–25, 2022. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/379236031>
PROJETO TERAPEUTICO SINGULAR UMA VISAO PANORAMICA DE SUA EXPRESSAO NA PRODUCAO CIENTIFICA BRA.

FALKENBERG; Mirian Benites; MENDES, Thais De Paula Lima; MORAES, Eliane Pedrozo de; SOUZA, Elza Maria de Souza Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciênc. saúde coletiva* 19 (03), Mar 2014. Disponível em: [SciELO - Brasil - Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva.](#)

FERREIRA, Neto João Leite; KIND, Luciana. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. *Physis* 20 (4), Dez 2010. Disponível em: [Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde | Physis \(Rio J.\); 20\(4\): 1119-1142, dez. 2010. tab | LILACS \(bvsalud.org\).](#)

FERNANDES Maria Terezinha Oliveira, SILVA Lilian Barbosa, SOARES, Sonia Maria. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva.* 2011; 16(Supl.1): 1331-40. Disponível em: [66 maria teresinha.pmd \(scielo.br\).](#)

FIGUEIREDO, Marina Dorsa; FURLAN, Paula Giovana. O subjetivo e o sociocultural na coprodução de saúde e autonomia. In Campos GWS, Guerrero AVP (orgs). *Manual de práticas da atenção básica.* São Paulo: Hucitec, 2010. Disponível em: [manual das praticas de atencao basica \(3\).pdf](#)

FURLAN, Paula Giovana. *Os grupos na atenção básica à saúde: uma hermenêutica da prática clínica e da formação profissional.* Dissertação (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP: Campinas, 2012. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/849755>

GUEDES Carla Ribeiro; NOGUEIRA, Maria Inês, CAMARGO JR, Kenneth R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciênc. saúde coletiva* 11 (4), Dez 2006. Disponível em: [SciELO - Brasil - A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico](#)

HORI Alice Aiako; NASCIMENTO Andreia de Fátima. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Guarulhos (SP), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(8):3561-71. Disponível em: [SciELO - Brasil - O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família \(NASF\) em Guarulhos \(SP\), Brasil](#)

MAFFACCIOLLI Rosana, LOPES Marta Julia Marques. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. *Ciênc. saúde coletiva* 16 (suppl 1), 2011. Disponível em: [SciELO - Brasil - Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica](#)

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA, Marta Maria Alves da; ALBUQUERQUE, Geórgia Maria; LIMA, Cheila Maria de; CAVALCANTE, Tania; JAIME, Patrícia Constante; SILVA JÚNIOR, Jarbas BARBOSA da. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (11), p. 4301-4311, 2014. Disponível em: [SciELO - Brasil - A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014](#)

MOREIRA, Martha Cristina Nunes. As peculiaridades da clínica na Atenção Básica. In: *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica*. Cunha GT 2005. Disponível em: [SciELO - Brasil - A construção da clínica ampliada na atenção básica](#)

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP: [s.n.], 2007:176p. Disponível em: [oliveira_gustavonunesde_m\(2\).pdf](#)

PINTO, Maria Benegelanía; SILVA Kenia. Promoção da saúde no território: potências e desafios dos projetos locais. *Esc Anna Nery* (23), 2019. Disponível em: [\(PDF\) Health promotion in the territory: strengths and challenges of local projects \(researchgate.net\)](#)

ROZEMBERG, Brani; MINAYO, Maria Cecília de Souza. A experiência complexa e os olhares reducionistas. *Ciênc. saúde coletiva* 6 (1), 2001. Disponível em: [SciELO - Brasil - A experiência complexa e os olhares reducionistas](#)

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab. educ. saúde* 8 (3), Nov 2010. Disponível em: [SciELO - Brasil - Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde](#)



eMulti

Equipes Multiprofissionais na APS



MINISTÉRIO DA SAÚDE

