



# ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

fundamentos para a prática

SERGIO ANTONIO SIRENA  
LEONARDO VIEIRA TARGA  
Organizadores



**Atenção Primária à Saúde:  
fundamentos para a prática**

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
DE CAXIAS DO SUL

*Presidente:*

Ambrósio Luiz Bonalume

*Vice-presidente:*

Carlos Heinen

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL

*Reitor:*

Evaldo Antonio Kuiava

*Vice-Reitor e Pró-Reitor de Inovação e  
Desenvolvimento Tecnológico:*

Odacir Deonísio Gracioli

*Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação:*

José Carlos Köche

*Pró-Reitor Acadêmico:*

Marcelo Rossato

*Diretor Administrativo:*

Cesar Augusto Bernardi

*Chefe de Gabinete:*

Gelson Leonardo Rech

*Coordenador da EducS:*

Renato Henrichs

CONSELHO EDITORIAL DA EDUCS

Adir Ubaldo Rech (UCS)

Asdrubal Falavigna (UCS)

Cesar Augusto Bernardi (UCS)

Jayme Paviani (UCS)

Luiz Carlos Bombassaro (UFRGS)

Márcia Maria Cappellano dos Santos (UCS)

Paulo César Nodari (UCS) – presidente

Tânia Maris de Azevedo (UCS)

Sergio Antonio Sirena  
Leonardo Vieira Targa  
organizadores

**Atenção Primária à Saúde:  
fundamentos para a prática**



EDUCS

© dos organizadores  
1ª ed. 2016

Revisão: Izabete Polidoro Lima

Editoração: Traço Diferencial

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Universidade de Caxias do Sul  
UCS – BICE – Processamento Técnico

---

A864 Atenção primária à saúde : fundamentos para a prática / organizadores  
Sergio Antonio Sirena, Leonardo Vieira Targa. – Caxias do Sul, RS :  
Educs, 2016.  
111 p.; 21 cm.  
ISBN 978-85-7061-813-9

1. Saúde pública. 2. Serviços de saúde pública. 3. Médico e paciente.  
4. Clínica médica. I. Sirena, Sergio Antonio. II. Targa, Leonardo Vieira.

CDU 2. ed.: 614

---

Índice para o catálogo sistemático:

1. Saúde pública	614
2. Serviços de saúde pública	614.2
3. Médico e paciente.	614.253
4. Clínica médica.	616

Catalogação na fonte elaborada pela bibliotecária  
Roberta da Silva Freitas – CRB 10/1730

Direitos reservados à:



**EDUCS – Editora da Universidade de Caxias do Sul**

Rua Francisco Getúlio Vargas, 1130 – CEP 95070-560 – Caxias do Sul – RS – Brasil  
Ou: Caixa Postal 1352 – CEP 95020-972 – Caxias do Sul – RS – Brasil  
Telefone / Telefax: (54) 3218 2100 – Ramais: 2197 e 2281 – DDR: (54) 3218 2197  
[www.ucs.br](http://www.ucs.br) – E-mail: [educs@ucs.br](mailto:educs@ucs.br)



## APRESENTAÇÃO

*Todos elogiam o sonho, que é o compensar da vida. Mas é o contrário, doutor. A gente precisa do viver para descansar dos sonhos.*

(Diálogo de Bartolomeu com o médico Sidônio Rosa – Venenos de Deus, remédios do Diabo. Mia Couto).

Os professores: Leonardo Vieira Targa, Sergio Antonio Sirena, Fábio Schwalm, Naiane Dartora Santos, Rodrigo Letti, Cristina Furlan Zabka, Enrique Falceto de Barros, produziram esta primeira obra de uma série que virá para melhor cumprir sua missão de ensino e “descansar dos sonhos”. Os coordenadores Leonardo Vieira Targa e Sergio Antonio Sirena conduziram didaticamente o escopo deste livro *Atenção primária à saúde: fundamentos para a prática*, utilizando uma linguagem de fácil entendimento e de forma elegante, aliando a praticidade de consulta ao sólido conhecimento e à experiência dos autores.

O desafio dos autores foi manter a necessária equidistância da paixão pelo ensinamento básico da *Atenção primária à saúde* e a clínica aplicada no dia a dia. Este objetivo foi obtido com precisão, por meio do equilíbrio no texto, seguindo esta máxima: “Aquele que pretende observar bem a terra deve manter a necessária distância.”

Congratulo os coordenadores e autores pela iniciativa e sugiro ao leitor que aproveite esta oportunidade de se aprofundar no importante ensinamento que esta disciplina oferece para a prática diária de estudantes, residentes e profissionais da área da saúde e para a sociedade.

Boa leitura!

Prof. Dr. Asdrubal Falavigna



## SUMÁRIO

Introdução / 9

Perfil do Médico de Família e Comunidade (MFC) / 11

*Leonardo Vieira Targa e Fábio Schwalm*

A consulta do Médico de Família e Comunidade / 21

*Naiane Dartora Santos e Leonardo Vieira Targa*

Atenção domiciliar na perspectiva da Atenção Primária à Saúde / 41

*Leonardo Vieira Targa e Sergio Antonio Sirena*

Atenção Primária à Saúde e o trabalho de territorialização / 59

*Leonardo Vieira Targa e Rodrigo Letti*

Abordagem comunitária na Atenção Primária à Saúde / 79

*Naiane Melissa Dartora Santos, Cristina Furlan Zabka, Enrique Falceto de Barros e Fábio Duarte Schwalm*

Ensino médico em áreas rurais / 89

*Leonardo Vieira Targa*



## INTRODUÇÃO

A *Atenção Primária à Saúde* (APS), sendo uma forma de organização de um sistema e de uma filosofia de trabalho em saúde, vem conquistando espaço no mundo todo a partir de análises internacionais acerca dos resultados, da satisfação e dos custos. Uma atenção à saúde de fácil acesso, de caráter integral, mantida longitudinalmente ao longo da vida e coordenada por um sistema no qual as necessidades das pessoas, das famílias e das comunidades são os elementos mais importantes e organizadores do conjunto dentro desse modelo. O Médico de Família e Comunidade (MFC), trabalhando em equipes interdisciplinares, caracteriza-se como o perfil de profissional de saúde essencial para realizar essa reorientação do sistema de saúde. Em um país como o Brasil, com sérios indicadores de iniquidade e ampla diversidade cultural, tal concepção torna-se ainda mais necessária.

Este livro busca ser um referencial simples e acessível para estudantes dos cursos da área da saúde, para que tenham um primeiro contato com vários desses conceitos e se aproximem das práticas das equipes de saúde da família. O perfil profissional necessário se encontra exemplificado na análise acerca de quem é o médico especialista de pessoas, nas famílias e comunidades. O importante trabalho com territórios e as ações comunitárias são abordados logo após a análise da consulta e da atenção domiciliar, fornecendo um panorama de como a formação em atenção primária/saúde da família colapsa as antigas dicotomias sanitárias e clínicas ao entrelaçar práticas coletivas e individuais.

Este trabalho almeja ser um referencial simples e objetivo para quem deseja estudar ou praticar APS. Também será um valioso recurso para qualquer estudante/profissional da saúde que deseja enriquecer sua prática em outras áreas com saberes diversos e dentro de um paradigma atual do cuidado à saúde.

Leonardo Vieira Targa  
organizador



## PERFIL DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (MFC)

Leonardo Vieira Targa\*  
Fábio Duarte Schwalm\*\*

Evidências científicas internacionais (1) indicam que os sistemas de saúde baseados em cuidados primários com médicos generalistas (Médicos de Família) altamente treinados e exercendo na comunidade, prestam cuidados com maior efetividade, tanto em termos de custos como em termos clínicos, em comparação com os sistemas com uma fraca orientação para cuidados primários. Sendo assim, é vital que o papel complexo e essencial dos MFCs no seio dos sistemas de saúde seja totalmente compreendido pela comunidade médica, bem como pelas profissões aliadas à Medicina, pelos gestores e pelo público em geral.

A Medicina de Família e Comunidade, como especialidade médica, é por definição a executora da Atenção Primária à Saúde. A Atenção Primária à Saúde e a Medicina de Família e Comunidade são âmbitos estritamente relacionados: a Atenção Primária à Saúde é o terreno de atuação fundamental da Medicina de Família e Comunidade, enquanto a Medicina de Família e Comunidade é a ferramenta-chave para o desenvolvimento pleno da Atenção Primária à Saúde. Ou seja, a Atenção Primária à Saúde é a estratégia e a Medicina de Família e Comunidade, a disciplina para realizá-la (2).

\* Médico de Família e Comunidade – SMS/ Nova Petrópolis/RS. Professor no curso de Medicina na Universidade Caxias do Sul.

\*\* Médico de Família e Comunidade – SMS/ Barão/RS. Professor no curso de Medicina na Universidade Caxias do Sul

Atributos da APS (3): características operacionais, peculiares e únicas dos serviços prestados nesse nível e desenvolvidas pelo MFC:

*Acesso:*

Através do MFC se produz o ingresso aos sistemas locais e nacionais de saúde de maneira escalonada, coordenada, eficaz e eficiente. Quando isso não ocorre, gera-se uma relação caótica que produz a desorganização dos serviços de saúde, o encarecimento dos mesmos, a iniquidade, a falta de acessibilidade e a diminuição da cobertura. (2)

*Longitudinalidade:*

O MFC é responsável por um grupo de famílias geograficamente adscritas ou por conveniência do sistema de saúde, acompanhando essas famílias ao longo dos anos e oferecendo continuidade dos cuidados, em todos os tipos de problema, sejam eles agudos, sejam eles crônicos. Ao negociarem planos de ação com os seus pacientes, integram diversos fatores, recorrendo ao conhecimento e à confiança gerados pelos contatos repetidos; assim, constrói-se o vínculo que facilita a abordagem terapêutica.

*Integralidade:*

É o especialista que atende aos problemas relacionados com o processo saúde-enfermidade, de forma integral, contínua e sob o enfoque de risco, nos âmbitos individual e familiar. Com uma visão holística, leva em consideração o contexto biológico, psicológico e social, reconhecendo que a enfermidade está fortemente ligada à personalidade e à experiência de vida da pessoa. Entende a enfermidade como parte do processo vital humano, incluindo as dimensões relacionais, ambientais e espirituais, reconhecendo a singularidade de cada pessoa no contexto na qual sua vida transcorre. Compreende os diferentes níveis de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação.

### *Coordenação:*

Em seu agir, gerencia os recursos com eficiência e efetividade, atuando como ligação com outros especialistas do sistema de saúde que podem corresponder (ou não) ao mesmo nível de atenção. Essa situação o converte em gestor e administrador dos recursos humanos e materiais do próprio sistema de saúde, ao permanecer, em seu âmbito de responsabilidade, a decisão da necessidade de a pessoa ser referenciada a um ou a outro especialista; se for necessária a intervenção de algum membro da equipe de saúde, ou ainda, se requer exames laboratoriais ou outros procedimentos diagnósticos e quais são necessários. O MFC deve ter formação técnica e científica que lhe permita definir o acesso oportuno a interconsultas e/ou ter referências do segundo ou terceiro níveis de atenção. Toda avaliação realizada pelos profissionais de outras áreas e níveis de atenção deve ser organizada no prontuário pelo MFC, uma vez que o paciente não deixa de pertencer à sua área de atuação.

### *Centrado na família e comunidade:*

Os MFCs reconhecem ter uma responsabilidade profissional para com a sua comunidade. Está preparado para responder às demandas assistenciais em qualquer momento do ciclo de vida individual e/ou familiar, reconhecendo, ao mesmo tempo, as interações que se dão na comunidade. Entendem o impacto que tem a família na produção e resolução dos problemas de saúde de seus integrantes. Em função do estudo da comunidade delimitada, o MFC investiga as características sociodemográficas, econômicas, epidemiológicas, de infraestrutura, entre outras, e estabelece os determinantes sociais e as linhas prioritárias de ação que permitirão manter a população sã ou em controle de suas enfermidades, com base nos riscos individuais, familiares e sociais que tenham sido identificados.

### *Competência cultural:*

Gera estratégias para o trabalho intercultural, reconhecendo as diferenças culturais como uma riqueza inestimável da humanidade, respeitando com equidade e empoderamento os grupos vulneráveis.

Entende o sistema de saber médico como culturalmente determinado e os encontros terapêuticos como interculturais. Nesses, além de causa e efeito, devem ser estudados os *significados* do processo de saúde-doença. Esse diálogo entre perspectivas [*disease versus illness*, segundo Kleinman (4) e Helman (4 1/2)] deve servir para a pactuação de objetivos aceitáveis para a equipe de saúde, as pessoas, as famílias e a comunidade em geral, auxiliando na produção de planos de ação compartilhados entre esses envolvidos. (5)

A disciplina “Medicina de Família e Comunidade” tem as seguintes características: (6)

- a) normalmente, é o primeiro ponto de contato médico com o sistema de saúde, proporcionando um acesso aberto e ilimitado aos seus usuários e lidando com todos os problemas de saúde, independentemente da idade, do sexo, ou de qualquer outra característica da pessoa em questão;
- b) utiliza eficientemente os recursos da saúde, coordena a prestação de cuidados, trabalhando com outros profissionais no contexto dos cuidados primários, gera a interface com outras especialidades, assumindo o papel de advogado<sup>1</sup> do paciente sempre que necessário;
- c) desenvolve uma abordagem centrada na pessoa, em contraste com uma abordagem centrada na doença, orientada para o indivíduo, sua família e a comunidade;
- d) tem um processo de consulta singular<sup>2</sup> em que estabelece uma relação ao longo do tempo, através de uma comunicação médico-paciente efetiva;
- e) é responsável pela prestação de cuidados continuados longitudinalmente, consoante as necessidades da pessoa;
- f) possui um processo de tomada de decisão determinado pela prevalência e incidência dos problemas de saúde e fatores de risco na comunidade;

---

<sup>1</sup> Advogado ajuda o paciente a assumir um papel ativo no processo de decisão clínica, bem como colabora com os governos e outras autoridades para otimizar a distribuição equitativa dos serviços de saúde.

<sup>2</sup> Ver página 25,

- g) gere simultaneamente os problemas tanto agudos como crônicos;
- h) gere a doença que se apresenta de forma indiferenciada, numa fase precoce da sua história natural e que pode necessitar de intervenção urgente;
- i) promove a saúde e o bem-estar através de intervenções tanto apropriadas como efetivas.
- j) responsabiliza-se pela saúde de uma comunidade específica;<sup>3</sup> e
- k) lida com os problemas de saúde em todas as suas dimensões: física, psicológica, social, cultural e existencial.

Como todas as especialidades médicas, a Medicina de Família e Comunidade possui um corpo de conhecimentos que lhe é próprio, e sua prática dispõe de instrumentos, habilidades e atitudes que lhe permitem diferenciar-se com base nas características específicas do objeto de sua prática. É a especialidade clínica que se ocupa da manutenção e resolução dos problemas de saúde frequentes de indivíduos, famílias ou comunidades, independentemente da idade, do sexo, do órgão ou sistema afetado. É, além disso, a especialidade que se integra em profundidade às ciências biológicas, clínicas e comportamentais dando um enfoque característico de uma abordagem biopsicossocial e espiritual.(2)

A Organização Mundial dos MFCs (Wonca), estabeleceu, em 1997, a seguinte definição para o MFC:(2) “É o profissional responsável por proporcionar atenção integral e continuada a todo indivíduo que solicite assistência médica, podendo mobilizar para isso outros profissionais da saúde, que prestarão seus serviços quando for necessário.”

Apesar de ser essa uma definição bastante completa, deixa de incluir todos aqueles pacientes que, sem solicitar atenção médica, são rastreados, diagnosticados e atendidos pelo MFC através de

---

<sup>3</sup> Ver página 61.

técnicas e terapias de intervenção individual ou coletiva, tal como ocorre com a intervenção em pacientes detectados com depressão que buscam atendimento por outras causas; violência ou abandono na comunidade; busca de contatos sobre enfermidades transmissíveis, rastreamento de doenças oncológicas, crônico-degenerativas ou simplesmente através das campanhas de vacinação.

Os MFCs são médicos que cuidam de indivíduos no seu contexto familiar, na sua comunidade e cultura, respeitando sempre sua autonomia. Exercem o seu papel profissional promovendo a saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados curativos de acompanhamento ou paliativos, quer diretamente, quer através do serviço de outros, consoante as necessidades de saúde e os recursos disponíveis no seio da comunidade servida. A efetividade da Medicina de Família e Comunidade, ao responder às necessidades assistenciais da população em 85% a 95% das vezes, sem necessitar de recursos à distância, otimiza a utilização de recursos naquela comunidade e fortalece o vínculo médico-paciente.

### Princípios da Medicina de Família e Comunidade (7,8):

a) O MFC é um profissional qualificado.

Deve desenvolver competência no Método Clínico Centrado na Pessoa,<sup>4</sup> entendendo a experiência do paciente com a doença e o impacto da mesma na sua vida. Trabalha buscando estabelecer um projeto comum a ambos na definição de problemas, objetivos de tratamento e regras no manejo, realizando, assim, uma abordagem compreensiva da doença no paciente e na sua família. Conhece a variedade dos problemas de saúde da comunidade em todos os grupos etários. Sua abordagem para o Cuidado Primário é baseada no melhor conhecimento científico disponível.

b) A Medicina de Família e Comunidade é influenciada pela comunidade.

A prática do MFC é influenciada significativamente por fatores da comunidade. É capaz de responder às mudanças nas necessidades

---

<sup>4</sup> Para mais detalhes, ver Moira Stewart et al.

das pessoas, de adaptar-se rapidamente às situações e de mobilizar ou endereçar os recursos apropriados às necessidades locais. Os problemas clínicos apresentados não são pré-selecionados e, frequentemente, são encontrados num estágio indiferenciado no que se refere ao quadro evolutivo das doenças; por isso, habilitam-se a lidar com a ambiguidade e a incerteza. Seu escopo de conhecimento deve ser amplo, desde pacientes com doenças crônicas, problemas emocionais, desordens agudas, passando por aquelas que são menores e autolimitadas até as que trazem risco de vida; e problemas biopsicossociais complexos, de acordo com a prevalência desses em cada comunidade. O MFC também presta cuidado a pessoas com doença terminal e suas famílias. Seu cenário de atuação varia desde ambulatório, hospital até a própria casa do paciente como ocorre nas visitas domiciliares.<sup>5</sup> É parte da rede de prestadores de cuidados à saúde da comunidade, e colabora como membro ou coordenador de uma equipe, usando a referência para especialistas e os recursos da comunidade criteriosamente.

c) O MFC é o recurso de uma população definida.

O MFC vê sua população habitual como uma “população de risco” e organiza sua prática para assegurar que a saúde dos pacientes seja mantida, quer decidam ou não visitá-lo no consultório. Tal organização requer habilidade para o MFC avaliar novas informações e sua relevância para a prática, considerando: as necessidades individuais e coletivas; o conhecimento e a capacidade para avaliar a eficácia do cuidado prestado à clientela; e a habilidade para planejar e implementar políticas que vão melhorar a saúde de pacientes e comunidades. O MFC tem estratégias efetivas para aprendizado autodirigido ao longo da vida. Tem a responsabilidade de recomendar e defender políticas públicas que promovam a saúde de seus pacientes e da comunidade. Aceita sua responsabilidade para com o Sistema de Saúde e um uso sensato dos recursos.

---

<sup>5</sup> Ver página 41.

d) A relação profissional-pessoa é fundamental no desempenho do MFC.

O MFC coloca a pessoa em primeiro lugar. Tem um entendimento e uma apreciação da condição humana, especialmente da natureza do sofrimento e resposta do paciente à doença. É consciente de sua força e limitações para reconhecer quando suas próprias questões pessoais interferem num cuidado efetivo. O relacionamento tem a qualidade de contar com o compromisso do médico de ser fiel ao bem-estar de seus pacientes, mesmo que esses não estejam cientes desse compromisso. É conhecedor do desequilíbrio de poder entre médicos e pacientes e do potencial para abuso desse poder. O MFC presta um cuidado continuado a seus pacientes. Ele usa contatos repetidos para construir seu relacionamento e promover o poder curador de suas interações.

Segundo McWhinney (9) as características do MFC são as seguintes:

1. comprometimento com a pessoa em primeiro lugar, e não com um grupo de doenças, sistema ou fase do ciclo vital;
2. procura entender o contexto da experiência com a doença e não apenas abstrair a patologia como algo independente;
3. vê em cada contato uma oportunidade de prevenção;
4. visualiza as pessoas como uma "população de risco", visto que conhece as diferenças e os padrões locais de distribuição de fatores de risco e comportamentos;
5. considera-se parte de uma rede comunitária de apoio e atenção à saúde e, por não trabalhar isoladamente, obtém melhores resultados;
6. pode compartilhar o mesmo *habitat* de seus pacientes, pois frequentemente, embora não de modo obrigatório, viva na comunidade em que trabalha;
7. visita as pessoas em casa, o que facilita o acesso aos recursos de saúde, além de fornecer importantes dados do contexto para um melhor entendimento do processo saúde-doença;

8. dá importância aos aspectos subjetivos da Medicina, como a experiência de doença ou enfermidade, respeitando crenças e valores das pessoas, famílias e comunidades; e
9. é um gerenciador de recursos ( inclusive de tempo) procurando sempre uma relação ideal de custo *versus* efetividade, além de proteger as pessoas de intervenções desnecessárias que possam ser potencialmente danosas.

No Brasil, a formação do MFC se dá por residência médica, idealmente, que costuma ter a duração de dois a três anos, ou por titulação de médicos com experiência em APS por mais de quatro anos. O principal mercado de trabalho atualmente, em nosso país, para esse profissional é na Estratégia Saúde da Família, com equipes interdisciplinares, que trabalham com base territorial e população adscrita.

No Brasil, assim como em muitos outros lugares do mundo, apesar das evidências que o MFC e o modelo de APS aumentam a eficiência e a satisfação do sistema de saúde, há um grande *deficit* de profissionais nessa área, em especial fora dos grandes centros urbanos. Essa carência de profissionais qualificados dificulta a evolução de nosso sistema de saúde a padrões mais elevados. Políticas públicas de incentivo à formação e qualificação de MFCs, assim como de recrutamento e retenção desses para áreas geográficas de maior necessidade, são vitais e urgentes para a construção de um sistema de saúde com equidade.

#### Referências:

1. STARFIELD, Barbara. *Primary care: balancing health needs, services and technology*. Oxford: Oxford University press, 1998.
2. ARIAS-CASTILLO, Liliana et al. *Perfil do Médico de Família e Comunidade: definição iberoamericana*. Colômbia, 2010.
3. BRUCE, Duncan et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
4. KLEINMAN, Arthur. *The illness narratives: suffering, healing & the human condition*. New York: Basic Books, 1988.

4. HELMAN, Cecil. *Cultura, saúde e doença*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1994.
5. TARGA, Leonardo Vieira. Mobilizando coletivos e construindo competências culturais no cuidado à saúde: estudo antropológico da política brasileira de Atenção Primária à Saúde. 2010. Dissertação (Pós-Graduação em Antropologia Social) – UFRGS, Porto Alegre, 2010.
6. ALLEN, Justin et al. *A definição europeia de Medicina Geral e Familiar*. Wonca Europa, 2002.
7. QUATRO Princípios da Medicina de Família do Canadá. Disponível em: <<http://www.cfpc.ca/principles/>>.
8. GUSSO, Gustavo et al. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012.
9. McWHINNEY, Ian R. *Manual de Medicina de Família e Comunidade*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Leitura complementar:

STEWART, Moira et al. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010

# A CONSULTA DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Naiane Dartora Santos\*  
Leonardo Vieira Targa\*\*

## Introdução

A consulta médica é o procedimento de trabalho mais realizado e mais facilmente lembrado e identificado como ato médico, em que, esse, tradicionalmente, ouve as queixas de uma pessoa e/ou de sua família, examinando-os, diagnosticando se houver algum problema e oferecendo opções de tratamento. É também em momentos identificados como *consulta* que orientações e tratamentos serão conferidos, adequados e, se necessário, alterados. No trabalho em equipes de saúde, a consulta médica costuma estar entre os procedimentos realizados mais frequentemente para cuidado da saúde (1).

Ao longo da história, muitos conhecimentos foram acumulados e aperfeiçoados, resultando em uma técnica mais ou menos estruturada para realizar esse trabalho médico. Apesar disso, não se pode dizer que há uma só forma de consulta médica, visto que boa parte delas se servem de tecnologias leves (2), determinadas, entre outros fatores, pela experiência pessoal de cada um dos envolvidos no processo e pela produção da relação entre eles, além de tecnologias leve-duras e duras (por exemplo, estrutura semiológica formal e aparato instrumental e tecnológico, respectivamente).

\* Médica de Família e Comunidade – SMS/Caxias do Sul/RS. Mestre em Educação/UFRGS. Professora no Curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul (UCS).

\*\* Médico de Família e Comunidade – SMS/ Nova Petrópolis/RS. Professor no curso de Medicina na Universidade Caxias do Sul

Podemos diferenciar, ainda, certas formas de trabalhar com consultas que variam conforme a especialidade. Destacam-se aqui as técnicas de trabalho sistêmicas, como veremos adiante, em especial, as que se utilizam de Médico de Família e Comunidade (MFC) em um contexto de trabalho com equipes, num sistema de saúde estruturado a partir de um eixo conceitual chamado Atenção Primária à Saúde (APS).

A consulta médica diz respeito ao relacionamento estabelecido entre o médico e o usuário e tem a característica de apresentar necessidades, motivações e expectativas diferentes (de seus atores) em relação a esse encontro (8). O ato de consultar pode ser definido como um “encontro comunicacional” no qual profissional e indivíduo estreitamente se relacionam na dimensão humana que possuem como pessoas (11).

Mesmo com todos os avanços tecnológicos na área da saúde, a consulta médica permanece sendo um momento com características próprias (e muitas vezes o único necessário) para estabelecer o diagnóstico e manejo dos problemas de saúde. Para o médico desempenhar essa tarefa com sucesso, é necessário que esteja disposto e preparado para *ouvir* o usuário. A abordagem médica clássica baseia-se em um modelo biomédico que, apesar de útil, mostra-se limitado para explicar toda a complexidade do processo saúde-doença, mostrando dificuldades de abranger fatores de suscetibilidade individual a elementos externos, interação psicossomática, multicausalidades, interferências socioambientais, etc. Esses aspectos só serão contemplados com uma visão mais abrangente e particular, que aborde aspectos sociais, psicológicos e subjetivos de cada usuário, na forma como ele entende e percebe o seu adoecimento. Uma boa organização da consulta implica uma melhor qualidade da atenção à população, um melhor rendimento clínico e uma elevada satisfação pessoal no trabalho diário(11).

A abordagem de aspectos psicológicos e sociais é essencial para um atendimento integral do usuário. A integralidade inclui o trabalho com projetos terapêuticos e

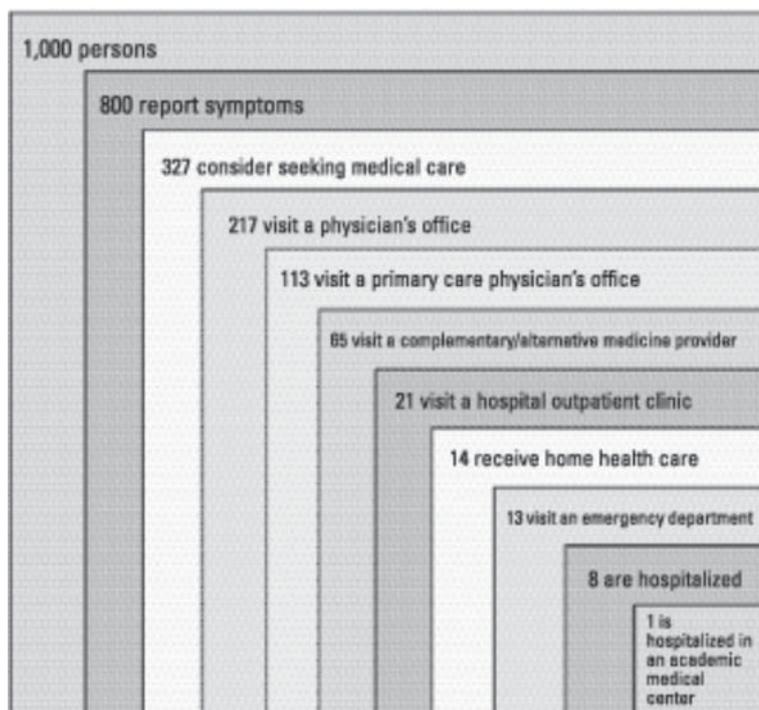
não apenas práticas assistenciais. Podemos fazer muito mais quando escutamos também o que as pessoas não verbalizam e quando, nos permitimos estabelecer alteridade (encontro com o *outro* e seu poder de produzir diferença em nós). As necessidades em saúde são extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas, não sendo necessariamente sempre estruturas biologicamente determinadas e, portanto, exigem que os serviços de saúde desenvolvam dispositivos também dinâmicos, flexíveis para escutar, retraduzir e trabalhar essas necessidades. A flexibilidade nos faz criar propostas capazes de introduzir mudanças nas práticas profissionais e nos processos de trabalho.

A atenção médica eficaz não está limitada ao tratamento da enfermidade do usuário, quer dizer, não tem relação apenas com o fato de se saber qual é a melhor terapêutica para a *doença* que se apresenta no usuário; a abordagem deve considerar o contexto no qual a doença ocorreu, não diz respeito apenas ao sintoma que o usuário refere, mas à situação de vida em que ele se encontra. As relações que cada um estabelece ao longo da sua vida influenciam no seu modo de adoecer, e a intervenção integral diz respeito a estar aberto para a variedade de problemas de saúde que os indivíduos apresentam ao longo de sua vida, sejam eles de ordem psicológica, social, biológica, etc. (5).

Compreender por que uma pessoa demanda ajuda permite ao profissional abordar e resolver a maior parte das demandas que surjam. Nesse sentido, duas considerações podem ser importantes: a percepção de um mal-estar não é suficiente para conduzir uma pessoa à consulta, é necessário superar um degrau, é a ansiedade que o empurra. O ato de consultar coloca a pessoa em uma posição de enfermo, e esse papel é objeto de isenção e obrigação, isenção de responsabilidades (social diante da doença, trabalho) e obrigações de pedir ajuda e colaborar na melhora/cura (11).

Sabe-se que de cada 1.000 pessoas adultas 800 percebem algum problema de saúde em um mês; dessas, aproximadamente 200 consultam uma ou mais vezes; dessas,

oito necessitam de hospitalização, sendo apenas um admitido em hospital universitário (12) (Gráfico 2). Este estudo, além de útil para a prática da atenção e do planejamento em saúde, ajuda a repensarmos a formação dos profissionais da área, em especial de médicos, que tradicionalmente ocorre com grande ênfase nos hospitais gerando distorções na forma como vemos e lidamos com o processo saúde-doença. Isso assume ainda maior importância quando se constata que um MFC tem uma resolutividade de 85% a 95% de todos problemas que ocorrem em uma comunidade qualquer.



Fonte: White citado por Porter (2001).

**Gráfico 1** – Distribuição do destino generalizável de uma população qualquer, no período de um mês, em relação a sintomas de saúde.

### **Características da consulta do MFC**

O ato de consultar é uma arte, sendo para o MFC uma atividade singular, mas complexa, que contribui para tornar a Medicina mais humana, efetiva e prazerosa (8). No caso específico desse profissional e, especificamente, dos que trabalham no contexto de equipes de saúde da família em um sistema de saúde com ênfase organizacional para APS, esse instrumento adquire características especiais, utiliza alguns recursos tecnológicos diversos da prática da Medicina geral e de outras especialidades e atinge resultados peculiares, tanto individual como coletivamente. Evidentemente, algumas bases são comuns a toda Medicina, como, por exemplo, a anamnese, o exame físico, os raciocínios clínico e terapêutico, o raciocínio também baseado em evidências, etc. Pode-se, entretanto, afirmar que há uma forma diferente de utilizar essas tecnologias para o MFC, devido à sua formação centrada na pessoa (ao invés de na doença), como resultado do pensamento sistêmico que emprega no cuidado da saúde e do lugar (ou papel) que ocupa em um sistema de saúde.

O MFC costuma ter presente não necessariamente um problema circunstancial que tem que resolver, mas, muitas vezes, uma situação de vida cuja intervenção clínica vai incidir provavelmente em todo o seu desenvolvimento futuro, do qual o médico de família vai seguir sendo responsável. É exatamente essa intervenção ao longo do tempo que o distingue de qualquer outro especialista (15).

Na consulta médica, o instrumento fundamental é a entrevista clínica, definida a partir das relações estabelecidas, da interação do médico com o usuário e se constitui num potente agente terapêutico (11, 16). Uma das diferenças que assume a entrevista do MFC é que ela abrange um conhecimento ampliado da família do usuário e da forma como esse se insere na coletividade, o que amplia o conceito

de cuidado da saúde como vimos no início deste texto. Muitas vezes, extrapola-se o simples pensar na saúde individual para, decididamente, influenciar mais amplamente ou mobilizar essas coletividades em função do individual. Por isso, é muito frequente na APS, consultas que abrangem casais, parte da família ou ainda famílias inteiras.

Para o MFC é impossível considerar o usuário que procura atendimento como sendo separado de suas circunstâncias; assim, a intervenção será dirigida para o usuário identificado dentro de sua família. Utilizando a intervenção sistêmica, se considera o usuário identificado como um membro agente e reagente de um sistema social, regulado por uma estrutura implícita (sistema familiar), e a doença não é restrita a ele, pois se desenvolveu dentro de um contexto vital (17). Um caso de doença psicossomática ilustra esse aspecto sistêmico e subjetivo. Uma mãe leva sua filha de 10 anos para atendimento de um MFC. Karen tinha sido hospitalizada com o diagnóstico de anorexia nervosa, uma síndrome psicossomática. O MFC partiu do entendimento de que o sintoma psicossomático podia ser a expressão de um conflito ou de uma disfunção familiar, e que também se constituía como uma forma de a família se manter estável e procurar ajuda (8, 17). Assim, os procedimentos que o MFC utiliza no tratamento são para o paciente identificado dentro de sua família. A família de Karen é composta por seu pai, um arquiteto bem-sucedido, na casa dos 40 anos, sua mãe e três irmãos: Ricardo de 14 anos, Paulo de 12 anos e Daniel de 8 anos. A mãe identificava que o único problema de família era a recusa alimentar de Karen, e foi procurar ajuda na consulta médica. O MFC atendendo a toda a família, conduz ao desenvolvimento de situações que a forcem a lidar com o estresse; assim cria situações experienciais em que os membros da família podem e devem aprender a lidar um com o outro de maneira nova e diferente. Muitas vezes, ao se criarem novas possibilidades de interação interfamiliar e comunitária, modificam-se os sintomas das pessoas, facilitando seu

tratamento ou até mesmo resolvendo o problema diagnosticado.

Quando o MFC age fora das unidades de saúde formais, como no domicílio, nas atividades de territorialização (ver capítulos específicos) ou ainda na prática da política participativa, ele também está pensando e agindo de forma ampla e ligando situações individuais a realidades coletivas. Exemplos disso podem ser: mobilização junto com a associação de bairros por saneamento a partir do diagnóstico de verminoses; a participação nas formas de controle social visando estimular a apropriação por parte dos usuários e das comunidades do seu papel como sujeitos nas decisões que interferem na sua vida, o que tem como efeito secundário o reforço da autoestima; a criação de grupos para abordar situações frequentes e pouco facilmente resolutivas individualmente, como, por exemplo, problemas de depressão e isolamento na terceira idade; as atividades em escolas devido ao grande número de queixas em consultas sobre uso de álcool na adolescência ou obesidade, etc. A consulta do MFC, portanto, não existe desconectada da realidade local e nem o processo de saúde-doença não existe em separado do jeito de levar a vida do indivíduo e de seu entorno.

Da mesma forma, as características do sistema de saúde são importantes para que a qualidade da consulta e do trabalho em geral do MFC seja adequada. Quanto mais um sistema de saúde está direcionado à APS, mais o MFC pode gerar os resultados de impacto esperados nos indicadores de saúde, satisfação e redução de gastos. (5) Ver o capítulo específico das características do trabalho do MFC.

Na atenção primária, é comum que não se chegue a um diagnóstico definido em uma primeira consulta, o que não configura, necessariamente, um problema em função da facilidade de acesso, da indiferenciação dos usuários e do fato de que muitos deles são vistos em um momento precoce da doença. Assim, a incerteza é parte do trabalho em APS. Por isso, para o profissional que atua nesse nível de atenção,

mais importante que diagnosticar é entender o usuário. Frequentemente, os problemas trazidos pelos usuários são vagos e sem relação com algum sistema ou órgão em particular. Devido a limiares de tolerância variados até buscar atenção, alguns usuários buscam ajuda mais cedo do que outros no decurso de sua enfermidade. Portanto, os MFCs defrontam-se com uma variedade muito maior de formas de apresentação de doenças do que outros especialistas, os quais geralmente veem os usuários em estágios de enfermidade posteriores e mais diferenciados.

Os MFC trabalham na comunidade na qual as manifestações de enfermidade são fortemente influenciadas por seu contexto social. Especialistas focais, ao contrário, particularmente aqueles que trabalham em hospitais, lidam com problemas mais distanciados do seu contexto social. Por outro lado, o treinamento de médicos de APS torna-os mais familiarizados com estágios iniciais de enfermidades, permitindo, assim, que o MFC seja melhor capacitado para avaliar a importância relativa de diversos sinais e sintomas em estágios iniciais. O conhecimento sobre os usuários facilita a avaliação da natureza de sinais e sintomas em transição, sendo, portanto, provável que eles sejam mais eficazes no uso de recursos para avaliar a significância dessas alterações (5,15). O número necessário de problemas mais comuns, para atingir 50% das consultas, é muito maior nos médicos de atenção primária do que nos de outras especialidades, incluindo a pediatria, indicando, assim, mais diversidade entre os problemas comuns (5).

O MFC busca estimular a participação das pessoas, considerando suas opiniões, dúvidas e necessidades, comprometendo-as com sua própria saúde e cuidado. Converte-se, assim, em importante agente estimulador da autodeterminação do cidadão e de sua consequente responsabilização pelas intervenções propostas pela equipe de saúde.

O MFCs não fazem qualquer seleção inicial com base em problema de saúde, sexo ou idade. Ele presta um cuidado

pessoal e continuado a indivíduos, famílias e comunidades, independentemente da enfermidade e, na sua abordagem, incluem fatores físicos, psicológicos e sociais, não necessariamente separados uns dos outros. Outro importante aspecto que caracteriza a consulta médica desse médico é a responsabilização pelo usuário. Assim, mesmo quando encaminha o usuário, o médico de família ainda é o responsável pela avaliação inicial e pela coordenação do cuidado (15).

De modo geral, os médicos evitam lidar com assuntos psicossociais. Além disso, há pouca percepção por parte dos médicos quanto ao impacto social e emocional da doença sobre o usuário e sua família, uma vez que muitos médicos se sentem inseguros para lidar com isso. O MFC busca investigar o impacto psicossocial da doença no usuário, em sua família e na comunidade; considera a família como objeto de estudo, conhece o ciclo vital familiar e reconhece a família como um sistema dinâmico, em permanente movimento e interação.

Existem diversas formas de abordar e conhecer o ciclo vital familiar. O ciclo de vida da família é um processo evolutivo da família, que passa por vários estágios que se caracterizam como eventos naturais (previsíveis) e eventos imprevisíveis e que provocam mudanças na organização do sistema familiar (21, 8). Esses diferentes estágios são marcados por eventos significativos (como nascimentos, mortes, uniões e separações) que provocam mudanças estruturais na família. Cada estágio tem problemas previsíveis e tarefas específicas a serem cumpridas e que exigem ajustamentos, para que a família possa cumprir sua função. Conhecendo o ciclo vital familiar, o MFC tem a possibilidade de identificar a fase na qual se encontra a família em dado momento, propondo ajuda nesse período crítico e orientação para a reorganização na passagem de uma fase à outra.

Para conhecer o usuário e sua família, o MFC utiliza diferentes formas de abordagem familiar. Dentre as

ferramentas disponíveis abordaremos, sucintamente, o *Genograma*, que facilita a compreensão do contexto no qual o usuário está inserido e da rede de relações do seu cotidiano. O genograma proporciona uma visão da família e de seu movimento através do ciclo de vida (21,22). A informação sobre a família pode ser interpretada de forma horizontal, focal, olhando a situação-problema através do contexto familiar, e/ou vertical, através das gerações, tentando desvendar padrões que propiciem, longitudinalmente, o aparecimento do problema (21). Construir o genograma do usuário com o próprio usuário proporciona uma visão da estrutura familiar e de suas interações ao longo do tempo; concomitantemente, possibilita que o próprio sujeito se coloque e se *sinta* como fazendo parte de uma rede de relações.

O genograma se constitui num retrato da história e do padrão familiares (22), colocado na forma trigeracional, com representação gráfica de cada um dos seus membros. Esse traçado é a construção de figuras que representam pessoas e linhas que descrevem suas relações e acumula informações de forma sintetizada, como: antecedentes familiares, rede de relações, rompimentos, conflitos e outros como os relacionamentos pessoais, com a comunidade e com as redes sociais, sendo, portanto, um instrumento dinâmico, pois mostra a estrutura básica, a demografia, o funcionamento e os relacionamentos da família (22), assim como a interação entre os membros da família permite um olhar qualitativo e com mais trocas; quando enfocado o problema, possibilita a detecção de fatores de risco individuais e familiares, serve para conhecer a rede de apoio eficaz para o problema do paciente. É um recurso diagnóstico de famílias disfuncionais, permitindo sensibilidade para problemas psicossociais, que representam de 23% a 60% da demanda de um ambulatório de atenção primária (21). Outro ponto é que as normas familiares podem transmitir-se através das gerações, situações, como: alcoolismo, incesto, sintomas físicos, violência e suicídio, tendem a repertir-se de uma geração a outra. Assim, o MFC deve estudar o genograma para descobri-las.

A abordagem familiar faz parte da prática de consulta do MFC. Esta abordagem tem como princípio a integralidade e o contexto, partindo do entendimento de que, para descobrir como um usuário resolve seus problemas e para ajudá-lo a alcançar suas expectativas de vida com qualidade, é necessário conhecer e compreender a constituição da sua família e o papel que ele exerce dentro dela, as expectativas da família em relação a ele e as conexões afetivas construídas através das vivências (21). A abordagem familiar fornece recursos para melhor intervir nas questões de saúde.

Existem diferentes níveis de interesse e treinamento nas habilidades familiares entre especialistas diversos como os clínicos gerais ou especialistas focais em doenças ou sistemas, MFCs e terapeutas familiares. (4)

Nível 1: *Ênfase mínima na família*. Nesse nível básico, as famílias são consideradas como necessárias apenas por razões médicas ou legais. Nenhuma habilidade de comunicação é considerada necessária no provedor do atendimento.

Nível 2: *Informações e aconselhamento médico contínuos*. Nesse nível, os participantes compreendem a natureza triangular das relações com usuário-família-provedor e exercitam habilidades na comunicação com as famílias, principalmente sobre questões médicas. A comunicação afetiva não é um foco deliberado da conferência familiar.

Nível 3: *Emoções e apoio*. Esse nível exige que os participantes tenham conhecimento do desenvolvimento familiar normal e repostas ao estresse. Como no nível 2, o médico encontra-se com as famílias, oferece informações e aconselhamento médicos, mas também responde às necessidades emocionais dos membros. Apoio, encorajamento com respostas alternativas e facilitação de indicações para terapeutas, quando necessário, são habilidades exigidas no envolvimento com esse nível, mas não ocorre qualquer intervenção.

Nível 4: *Avaliação sistemática e intervenção planejada.* Isso requer que os participantes tenham treinamento e supervisão na avaliação familiar e habilidades de intervenção. O terapeuta engaja os membros da família em uma sessão de aconselhamento, evita conflitos, reestrutura as dificuldades e encoraja a solução de problemas mutuamente vantajosa. Essas intervenções breves e limitadas focalizam os padrões familiares diretamente relacionados ao problema médico. Trabalhando neste nível, o médico monitora o progresso e encaminha a família para um terapeuta familiar, se os problemas não sofrem melhorias ao tratamento de atendimento primário.

Nível 5: *Terapia familiar.* O oferecimento de terapia exige treinamento extenso e supervisão, além de treinamento com a residência no atendimento primário. O envolvimento com as famílias nesse nível requer capacidade para manejar respostas emocionais intensas obtidas através do trabalho, exatamente como alguns médicos do atendimento primário que preferem obter especialização, talvez, através de treinamento em cardiologia ou doenças infecciosas, outros obterão treinamento maior em terapia familiar, talvez comparecendo a um curso de pós-graduação.

O seguinte exemplo de atendimento ilustra a abordagem familiar do médico de família: *"I.C. tem 51 anos de idade, é branca, casada, do lar, mãe de três filhas. Vem à unidade de saúde com muita frequência por queixas múltiplas e com diferentes repercussões. No último ano, ela realizou 22 consultas ambulatoriais, teve cinco internações hospitalares e um número incontável de consultas na emergência. A usuária possui o diagnóstico de dor pélvica crônica. Mediante o expressivo número de consultas realizadas em um ano, foram revisados sua história clínica, seus exames e as condutas adotadas, os quais se mostraram adequados. Apesar das inúmeras queixas, elas não tinham correlação com a clínica*

e não justificavam a quantidade de vezes que a usuária demandava o serviço de saúde. Foi também observado que ela sempre comparecia às consultas de forma descuidada, ansiosa, e, independentemente da gravidade das situações e das circunstâncias, queixava-se de tratamento insuficiente. A decisão foi de incluir a família no atendimento médico. Assim, na próxima consulta, os membros da família que puderam comparecer foram incluídos no atendimento. Na entrevista com a família, foi desencadeada uma mudança de comportamento que proporcionou a ruptura de uma situação disfuncional para a obtenção de atenção. Na evolução, a necessidade de atendimento clínico foi diminuída a um quarto da demanda anterior. A usuária continua sendo acompanhada em consultas eventuais junto com o marido e foi integrada a um grupo de mulheres, como forma de oferecer outro recurso que não a superutilização da unidade de saúde” (21).

O encontro terapêutico é, portanto, algo ímpar e sem um padrão a ser seguido. O raciocínio que o médico utiliza para direcionar a consulta não pode e nem deve seguir uma regra, pois os usuários são diferentes uns dos outros, mesmo possuindo a mesma doença. Entretanto, uma parte importante da conduta mantém-se padronizada, como os conhecimentos básicos de patologia e fisiologia da doença, a semiologia e o uso da melhor evidência disponível nas decisões, e a forma como foi aprendida durante a formação médica. O entendimento do adoecimento deve ser feito de forma integral, sem se prender a uma forma rígida de categorização e formação, para, a partir daí, estabelecer uma terapêutica e um diagnóstico singulares para cada usuário.

O MFC costuma utilizar, na sua prática, o registro em *prontuário de família*. Isso quer dizer que todas as pessoas que residem na mesma moradia, sendo familiares ou não, mas que estão sujeitas ao mesmo tipo de adversidade e às mesmas condições de vida, têm seus prontuários individuais armazenados conjuntamente. Essa forma de arquivar os prontuários facilita o acesso às informações, assim como a avaliação de redes sociais e de recursos terapêuticos. Esse

prontuário fica acessível a toda a equipe e não é restrito ao registro médico. Assim, por exemplo, se a Agente Comunitária de Saúde relata uma determinada situação da sua área de atuação, e a enfermeira registra essa situação no prontuário, a informação estará acessível a todos os membros da equipe. O *prontuário de família* auxilia a identificação de episódios repetidos de adoecimento ou mesmo de comportamento, facilitando o entendimento do contexto e o planejamento de intervenções pela equipe. Quando o *registro* for adequado e com qualidade deverá conter relações entre os indivíduos e a rede social, e não apenas diagnósticos e tratamentos, mas terá o relato de situações de vida, de problemas e de dificuldades familiares.

Outra característica da prática da MFC é a integração com outros profissionais da equipe, que também se apropriam dos motivos da consulta quando necessário e atuam juntamente com esse se for preciso. Isso pode ocorrer na forma de uma interconsulta, em que um outro profissional, um psicólogo ou enfermeiro, por exemplo, pode ser autorizado pelo paciente a entrar na consulta médica e participar como coterapeuta ou no planejamento conjunto de um plano terapêutico.

Como a atuação do MFC não é limitada ao consultório de atendimento, outros espaços passam a ser locais de promoção da saúde e do cuidado em saúde. A visita domiciliar é uma das formas-chave de atuação do MFC na sua intervenção, e ela pode ser realizada com diferentes e variados objetivos, como: busca de faltosos; acompanhamento de situações de saúde ou agravos; avaliação de situações de risco; acompanhamento de pacientes acamados; e a própria observação da residência com registro das condições de vida e habitação, contribuindo para o diagnóstico familiar e o entendimento de aspectos culturais.

O MFC trabalha próximo da comunidade e acaba ficando imerso nos contextos social, cultural e econômico dos usuários, considerando não apenas os aspectos individuais

nos adoecimentos, mas também tudo o que circunda e faz parte da vida de cada um dos indivíduos que integram a comunidade. Diante da diversidade cultural, o MFC necessita conhecer o contexto sociocultural dos indivíduos com os quais trabalha, pois se sabe que o contexto exerce influência na forma de expressão das doenças e na busca de tratamento (8).

Conhecer os modelos explicativos das pessoas e comunidades acerca dos problemas de saúde é atividade essencial a ser desenvolvida por todos os médicos, indiferentemente da sua especialidade. Isso é importante visto que explorar as crenças permite conhecer os motivos da consulta (eventualmente implícitos), valorizando a subjetividade individual, além do que torna mais adequadas as abordagens. Pode-se diferenciar doença (*illness*)<sup>1</sup> – na perspectiva da pessoa sobre o seu processo de adoecimento, sua maneira de interpretar a origem e a importância do evento, o efeito desse sobre seu comportamento e relacionamento com os outros, as providências tomadas por ele para remediar a situação – de enfermidade (*disease*) – na perspectiva do médico que utiliza racionalidade científica, ênfase sobre a mensuração objetiva e numérica, ênfase em dados psicoquímicos, dualismo mente-corpo, visão das enfermidades como entidades e ênfase no paciente individual. Grande parte dos problemas que surgem no relacionamento entre médicos e usuários provém dessas diferenças e da dificuldade de comunicação, em vista dos pontos de vista diferentes.

Frequentemente, os profissionais da saúde se deparam com episódios de doença sem enfermidade ou enfermidade sem doença. Atualmente, há uma tendência a superar tais dificuldades com aceitação progressiva de modelos explicativos psicossomáticos e sistêmicos para problemas de saúde (13). Exemplos disso são o caso de usuários que procuram auxílio por sintomas não conclusivos do ponto de

---

<sup>1</sup> Os termos *disease* e *illness* não têm tradução exata em português. Utilizamos a tradução proposta na referência citada e que costuma ser aceita em nosso meio.

vista médico, não confirmados após investigação extensa e que, posteriormente, mostram-se relacionados (seguidamente e reproduzindo perfeitamente os sintomas) a casos de doença ou perda de familiares (doença sem enfermidade). Muito conhecidos são os dados de má-adesão a tratamentos prolongados em que os sintomas estão ausentes ou desaparecem no início do tratamento, como hipertensão e antibioticoterapia (enfermidade sem doença).

Acrescenta-se, recentemente, a todos esses aspectos da boa prática do saber cuidar a saúde, o desafio de utilizar com sabedoria os princípios da Medicina baseada em evidências. Essa forma de trabalho, essencial para aprimorarmos nossa eficácia e superarmos vieses pessoais de observação e amostragem, não deve desprezar os aspectos tácitos da prática clínica (14). Através dela, assumimos a dúvida como parte do processo de decisão e estudamos com base em perguntas cientificamente estruturadas o que facilita a obtenção de informações relevantes.

De forma resumida, a consulta do MFC se centra na pessoa e não na doença, em um indivíduo ou órgão isolado. Alguns passos podem ajudar a sistematizar essa forma de trabalho (baseados em Pendleton e Stewart):

- 1 – explorar a doença e a experiência da doença:
  - a) história clínica, exame físico, exames laboratoriais;
  - b) dimensões da doença (sentimentos, ideias, expectativas e impacto na vida da pessoa);
  
- 2 – entender a pessoa como um todo:
  - a) a pessoa (história de vida, questões pessoais);
  - b) o contexto (família, comunidade e macro);
  
- 3 – elaborar conjuntamente um plano de manejo dos problemas:
  - a) problemas e prioridades;

- b) objetivos do tratamento;
- c) papéis da pessoa, familiares, médico e da equipe;

4 – incorporar prevenção e promoção de saúde:

- a) melhora da saúde;
- b) redução de riscos;
- c) identificação precoce;
- d) redução das complicações;

5 – melhorar o relacionamento entre envolvidos:

- a) características do relacionamento terapêutico;
- b) compartilhar o poder;
- c) cuidado x cura;
- d) consciência de si mesmo;
- e) transferência e contra-transferência;

6 – ser realista:

- a) tempo;
- b) recursos;
- c) equipe;

## **Conclusão**

O MFC é o especialista no cuidado integral da saúde das pessoas, de sua família e das comunidades. A consulta médica desse profissional, dentro de um contexto de trabalho em APS em equipes, configura-se como um grande instrumento de auxílio na satisfação das necessidades de saúde locais. Para tanto, o médico deve dominar certas habilidades, muitos

conceitos, além de adquirir certa postura, conforme analisado anteriormente. Essas características tanto de organização do sistema de saúde quanto da relação médico-paciente-comunidade destacam a consulta do médico de família como sendo um instrumento privilegiado de cuidado à saúde.

### Referências

1. SMS. Sistema de Informações da Atenção Básica. Caxias do Sul SMS, 2005.
2. MEHRY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
3. TANCREDI, Francisco Bernardi; BARRIOS, Suzana Rosa Lopez; FERREIRA, José Henrique Germann. *Planejamento em saúde*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998. (Série Saúde & Cidadania). v. 2.
4. McDANIEL, Susan H. *Terapia família médica: um enfoque bipsicossocial às famílias com problemas de saúde*. Trad. de Susan H. McDaniel, Jeri Hepworth, William J. Doherty e Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
5. STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.
6. CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 41-65, 15 jun. 2004.
7. PAIM, Jairnilson Silva. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. *Revista Epidemiologia & Saúde*, 1997.
8. DUNCAN, B. B.; SCHIMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. *Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. EAD. Unidade de Aprendizagem/ Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde. *Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; Fiocruz, 2005.
10. MATTOS, R A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.;

MATTOS, R.A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2001.

11. GALLO VALLEJO, F. J. et al. *Manual del residente de medicina familiar y comunitária*. 2. ed. FYC.

12. Porter, S. NEJM publishes Robert Graham Center study. *NEJM*, 2001: v. 7, n. 7.

13. HELMAN, Cecil G. *Cultura, saúde e doença*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

14. NOBRE, M.R.C.; BERNARDO, W.M.; JATENE, F.B. A prática clínica baseada em evidências: questões clínicas bem construídas. *Rev Assoc Med Bras*, v. 49, n. 4, p. 445-449, 2003.

15. McWHINNEY, Ian R. *A textbook of family medicine*. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 1997.

16. MERHY, Emerson Elias. O SUS e um de seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, Sônia (Org.). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos, 1997. p. 125.

17. MINUCHIN, Salvador. *Família: funcionamento & tratamento*. Trad. de Jurema Alcides Cunha. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

18. CECCIM, Ricardo Burg; CAPOZOLO, Ângela Aparecida. Educação dos profissionais de saúde e a afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, João José Neves e outros (Org.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 346-390.

19. Harzheim E, Stein AT, Alvarez-Dardet C. Revisão sistemática sobre aspectos metodológicos das pesquisas em atenção primária no Brasil. *AMRIGS*, Porto Alegre, 49 (4): p. 248-252, out./dez. 2005.

20. MACINKO, J.; GUANAIS, F.C.; SOUZA, M.F.M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J. Epidemiol Community Health*, n. 60, p. 13-19, 2006.

21. FERNANDES, Carmen Luiza Corrêa; CURRA, Leda Chaves Dias. *Ferramentas de abordagem da família*. PROMEF – Programa de atualização em Medicina de Família e Comunidade (PROMEF) / Organizado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e

Comunidade – Porto alegre: Artemed/Panamericana, 2006. Ciclo 1, módulo 1, p. 11-41.

22. McGoldrick Mônica. Genetogramas e o Ciclo de Vida Familiar. In: CARTER, Betty; McGOLDRICK, Mônica et al. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. 2. ed. Porto alegre: Artes Médicas, 1995.

23. SANTOS, Milton. *Território e sociedade*. Entrevista com Milton Santos. 2. ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.

24. CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família. *Saúde Paidéia*, São Paulo: Hucitec, p. 68-82, 2003.

25. CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 14(1):41-65. 2004.

26. Gomes RS, Pinheiro R e Guizardi FL. A Orquestração do Trabalho em Saúde: um Debate sobre a Fragmentação das Equipes. Em Pinheiro R e Mattos RA. *Construção Social da Demanda*. Rio de Janeiro: IMS UERJ, CEPESC e ABRASCO, 2005

27. CAMPOS, G.W.S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

28. TEIXEIRA, Maria da Glória Lima Cruz; PAIM, Jairnilson Silva. Os programas especiais e o novo modelo assistencial. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1990, v. 6, n. 3 [citado 2008-02-25], p. 264-277. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1990000300004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000300004&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X1990000300004.

# ATENÇÃO DOMICILIAR NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Leonardo Vieira Targa\*  
Sergio Antonio Sirena\*\*

## Introdução

Atender às pessoas dentro de sua própria casa proporciona ao MFC um privilegiado e fascinante cenário para o desenvolvimento da abordagem de problemas e uma singular oportunidade de estreitamento dos relacionamentos profissional e humano com as famílias. A Atenção Domiciliar (AD) frequentemente revela elementos importantes dos problemas apresentados. As pessoas que estão restritas ao domicílio, com impossibilidade de deslocamento, devem ser acompanhadas por uma equipe de saúde com capacidade de administrar as suas demandas. Novas abordagens que visam à desospitalização precoce encorajam os pacientes e suas famílias a transferirem parte do cuidado para suas residências, e essa parece ser uma tendência crescente nas demandas dos serviços de saúde. Na concepção da Atenção Primária à Saúde (APS) diversas ações de promoção da saúde, prevenção e vigilância de agravos e ações sobre pessoas e populações vulneráveis são frequentemente desenvolvidas através de visitas domiciliares (VDs), das quais diversos membros das equipes de saúde participam. Pelo fato de consumir tempo significativo para a sua realização, os profissionais devem considerar cuidadosamente aqueles que realmente necessitam de serem vistos em casa e distingui-los daqueles que podem vir à Unidade de Saúde (US).

\* Médico de Família e Comunidade – SMS/ Nova Petrópolis/RS. Professor no curso de Medicina na Universidade Caxias do Sul

\*\* Médico de Família e Comunidade – GHC/ Porto Alegre. Professor no curso de Medicina na Universidade de Caxias do Sul

Nas atividades próprias do MFC a AD está muito e significativamente relacionada à VD, que é um importante recurso de método, técnica e instrumento na prática de APS. Vincula-se diretamente ao acesso, à integralidade, à longitudinalidade e ao trabalho interdisciplinar. Tem por questão fundamental desenvolver-se sobre bases éticas, humanas e também profissionais.<sup>1</sup>

Na área da saúde, a visita domiciliar pode ser entendida como um deslocamento do profissional até o domicílio do usuário com a finalidade de prestação de cuidados em saúde, vigilância, educação ou de investigação.

Contudo, o conceito de AD traz elementos importantes que devem ser pontuados:<sup>2</sup>

- **Modalidade de atenção substitutiva ou complementar:** *substitui* o cuidado prestado em outro ponto da rede de atenção à saúde, a exemplo do hospital, e pode *complementar* os cuidados iniciados em qualquer um dos pontos, a exemplo das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e do próprio hospital.
- **Ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde:** *ampliam* o espectro da atenção das equipes que cuidam dos pacientes no domicílio, incorporando aspectos de prevenção, promoção e reabilitação. Através de estratégias de educação em saúde, pode contribuir para o aumento do grau de autonomia do paciente, de seu cuidador e familiares;
- **Continuidade do cuidado:** *contribui* para a manutenção da continuidade do cuidado estabelecendo possibilidades de transição entre os níveis de atenção, minimizando perdas secundárias ao processo transicional;
- **Integração às redes de atenção à saúde:** *potencializa* a transversalidade do cuidado ao priorizar as necessidades do usuário, da família e dos cuidados, integrando-os à rede de atenção à saúde.

---

<sup>1</sup> AMARO, S. *Visita domiciliar*: guia para uma abordagem completa. Porto Alegre: AGE, 2003.

<sup>2</sup> MS. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Domiciliar*, Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Cap. 1. 2012.

A AD faz parte do cuidado à saúde há centenas de anos (2). Entretanto, a forma como é realizada, seus objetivos e a importância que ela assume dentro do sistema de saúde podem variar conforme a época e a região. Recentemente, ela assumiu um papel importante como parte da proposta nacional de APS com forte ênfase em equipes de saúde da família, responsável por populações e territórios delimitados, de forma longitudinal e coordenada. Impregna-se, assim, de grande potencial de estimular a *reorientação do sistema de saúde* para as necessidades integrais dos cidadãos.

### ○ papel dos cuidadores na AD

Os perfis epidemiológico e demográfico brasileiro vêm sofrendo grandes alterações através do envelhecimento da população, ocasionando grandes mudanças no processo de cuidar tanto dos profissionais de saúde quanto os diversos setores da sociedade em geral. Considerar as diferenças trata-se de uma ação importante, pois questões, como: a pobreza, os isolamento, os baixos níveis educacionais, as moradias precárias, as limitações de transporte, a distância dos recursos sociais, são determinantes significativos na avaliação da situação de saúde.

Um fator essencial para a realização da AD é a presença do cuidador, definido como a pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o usuário em suas necessidades e atividades da vida cotidiana. A figura do cuidador, muitas vezes, é o centro do processo de cuidar, sendo a participação ativa da família e dos profissionais da saúde um fator complementar, mas fundamental na AD.

○ cuidador é a pessoa que, no espaço privado doméstico, realiza ou ajuda a pessoa com limitação a realizar suas atividades básicas e instrumentais da vida diária, com o objetivo de preservar sua autonomia e independência, atividades essas que vão desde a higiene pessoal até a administração financeira da família.<sup>3</sup> Ele pode ser um membro (ou não) da família, que com ou sem remuneração, cuida

---

<sup>3</sup> MOREIRA, M. D.; CALDAS, C. P. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, v. 11, n. 3, p. 520-525, 2007.

da pessoa dependente, sendo então definido como cuidador informal ou formal. O cuidador *formal* é o profissional preparado em uma instituição de ensino para prestar cuidados no domicílio, segundo as necessidades específicas do usuário; o cuidador *informal* é um membro da família ou da comunidade, que presta qualquer tipo de cuidado às pessoas dependentes, de acordo com as necessidades específicas. Entre os cuidadores formais e informais, existem aqueles que desempenham um papel principal e outros que desempenham um papel secundário no auxílio. O cuidador *principal* assume total ou a maior parte da responsabilidade de cuidar e é ele quem realiza a maioria das atividades. Os cuidadores secundários são aqueles familiares, amigos, vizinhos, voluntários ou profissionais que complementam o auxílio, geralmente exercendo menor apoio.<sup>4</sup>

### Tipos de AD

Uma proposta de classificação que permanece útil (do Grupo Hospitalar Conceição citada por Oliveira e Berger, 1996) dividiu a AD em: a) os chamados; b) as visitas periódicas; c) a internação domiciliar; e d) a busca ativa.<sup>5</sup>

- Os chamados

A primeira definição refere-se ao atendimento de pacientes que, por doença aguda ou agudização de problema crônico ou por outro tipo de limitação, têm dificuldade de locomoção. No dia a dia do funcionamento de uma US, esse tipo de *chamado* pode ocorrer com alguma frequência e deve haver uma normatização para sua realização, visando evitar a desorganização do restante das atividades. Deve haver turnos intercalados na semana (após atividade de grupo ou em momento de AD programada, por exemplo) quando podem ser abertas algumas exceções razoáveis aos problemas agudos que realmente podem ocorrer dentro do território de responsabilidade

---

<sup>4</sup> SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D.; CERQUEIRA, M. *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar, 2006.

<sup>5</sup> OLIVEIRA FJA, BERGER CB. Visitas Domiciliares em Atenção Primária à Saúde: Equidade e Qualificação dos Serviços de Saúde. *Mom. & Perspec. Saúde*, Porto Alegre, v. 9, n. 2, 1996.

da equipe e que devem ser adequadamente encaminhados por essa. O quanto a equipe será mais ou menos rígida fora desses horários deve fazer parte da capacidade de lidar com as demandas, sendo escutado o familiar ou vizinho que a trouxer, para uma avaliação séria do quadro agudo e da possibilidade de resolução ou encaminhamento dessa. Deve-se adequar, também, de acordo com a realidade local, ou seja, quais outros recursos o cidadão dispõe para resolução desse evento, tais como serviço de transporte emergencial público, serviço de emergência, plano suplementar de saúde, etc. Essas questões assumem especial importância em um país com as dimensões do nosso e com diferentes realidades entre zonas rurais e urbanas, mais ou menos povoadas ou inseridas dentro de uma rede de cuidados em que a unidade de saúde pode ser, algumas vezes, a única possibilidade de atenção à saúde em um prazo razoável. Por último, devemos lembrar que, muitas vezes, outro profissional, além do MFC pode adequadamente resolver ou iniciar a avaliação do chamado.

- **Visitas periódicas**

As *visitas periódicas* referem-se, em geral, a pessoas com problemas crônicos, devendo ser agendadas com antecedência e manter uma periodicidade variável. Podem ser de grande valor devido às dificuldades de adesão ao tratamento que nesses transtornos se registram. Deve-se tomar o cuidado de não restringir demasiadamente esse tipo de atenção a pessoas acamadas, embora essas possam ser a maioria. Aqui podem e devem ser incluídos quaisquer casos de famílias de risco (inclusive social), cidadãos com necessidades especiais, idosos solitários, famílias longínquas com acesso restrito aos serviços de saúde por questões de transporte, etc. Essas inclusões devem ser apropriadas e periodicamente debatidas, caso a caso e em equipe, conforme a capacidade de resolução dessa e da real necessidade. Devemos lembrar que, para haver uma real equidade no cuidado à saúde, a porta de entrada do sistema deve incluir, também, oportunidades de acessibilidade, inclusive a capacidade e o custo do transporte, os horários, o tempo decorrido entre o problema e a geração de demanda para atenção e obtenção dessa, e até a possibilidade de comunicação, entre outros.

- **Internações domiciliares**

As *internações domiciliares* são realizadas após consenso entre o paciente, seus familiares e a equipe de saúde, desde que haja condições físicas e psicológicas. Um exemplo comum ocorre no cuidado de pessoas com neoplasias avançadas. Nesses casos, e desde que realizadas regularmente, são propiciadoras de apoio e confiança, aliando-se ao manejo da dor, a tudo de que o paciente e familiares necessitam para obter uma melhor qualidade de vida. Também podem ser um recurso para descompensações, com menor severidade, de problemas crônicos, ou mesmo de afecções agudas, podendo ser alternativas para ações que visem reduzir o tempo de hospitalização.

- **Busca ativa**

A denominação *busca ativa* refere-se à mobilização de esforços no sentido de encontrar usuários de difícil adesão, faltosos aos seus programas de saúde (vacinação, exames preventivos atrasados ou alterados, etc.) e aos serviços de vigilância como a dos recém-nascidos. Um estudo realizado no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (Porto Alegre/RS) obteve bons resultados com essa estratégia, independentemente da categoria profissional do visitador.<sup>6</sup> Os mesmos autores ressaltam que a prática é mais dinâmica, e que as categorias apresentadas podem se transformar umas nas outras ao longo do tempo.

As sistematizações podem, eventualmente, auxiliar no entendimento didático do assunto, mas têm potencial de limitar a imaginação nas práticas domiciliares. Na prática do trabalho em equipe, o próprio caminho para uma visita periódica pode despertar debate interdisciplinar sobre algum aspecto novo do território que pode gerar momentos de busca ativa, imediatos ou planejados. O atendimento de uma emergência nos levará a ações de promoção e prevenção da saúde. Da mesma forma, não se deve estar de todo fechados para um *chamado* ao executar outras formas de atividade na comunidade.

---

<sup>6</sup> TAVARES, M.R.G., TAKEDA, S.M.P. Vale a Pena Buscar "Faltosos"? Avaliação da Efetividade das Visitas Domiciliares para Contactar Faltosos das Ações Programadas de Saúde. *Mom. & Perspec. Saúde*, Porto Alegre, v. 9, n. 2, 1996.

## Revisão de evidências

As visitas domiciliares têm sido estudadas quanto à sua efetividade. O objetivo deste capítulo não é, entretanto, realizar uma revisão sistemática sobre a literatura em questão. Como temos visto, o papel da AD varia entre os sistemas de saúde, e a abordagem biomédica é que aparece na maioria dos estudos de metodologia mais formal e procura reduzir a AD à categoria de ação pontual endereçada por um técnico específico (seja ele médico, enfermeiro, seja outro) a uma condição patológica específica e não como política de saúde. Entretanto, apresentaremos aqui um apanhado geral da literatura publicada, de caráter relevante.

Um *primeiro enfoque*, baseado em estudos de metodologia quantitativa, apresenta evidências sobre a AD. A seguir, resumem-se algumas evidências publicadas que foram recuperadas a partir de uma pesquisa *pubmed* com os termos: *HouseCalls [Mesh]* e *Home Care*.

A AD mostrou-se eficaz:

- aumenta a identificação de crianças de risco em famílias vulneráveis;
- aumenta taxas de amamentação;
- melhora a contracepção pós-parto e previne efeitos adversos neonatais;
- melhora o ganho de peso do recém-nascido;
- melhora o tratamento de asma em crianças;
- melhora o desfecho clínico após internações por insuficiência cardíaca;
- diminui acidentes domésticos com crianças;
- reduz a incapacidade em idosos de baixo risco;
- reduz hipertensão na gestação e gravidez indesejada subsequente;
- administração domiciliar de trombolítico reduz mortalidade por infarto do miocárdico;
- prolonga a sobrevida e reduz internações para idosos com insuficiência cardíaca;

- diminui o tempo de hospitalização para gravidez de baixo risco;
- melhora a saúde materno-infantil pós-parto;
- com oxigenioterapia para DPOC, constitui-se em alternativa eficaz à hospitalização e reduz custos;
- em idosos com ICC ou DPOC graves, melhora a qualidade de vida e a satisfação com o cuidado da saúde. Reduz readmissões hospitalares;
- para pacientes selecionados, com exacerbações de DPOC, é opção eficaz;
- melhora a possibilidade de optar por local de morte em pessoas com doenças incuráveis malignas; e
- diminui o número de reinternações e a mortalidade para ICC de alto risco.

*Outro enfoque* pode ser obtido na análise das discussões de AD em momentos-chave do ciclo vital e que foram progressivamente *hospitalizados* e *medicalizados*, como o nascimento, o adoecimento, o envelhecimento e a morte.<sup>7</sup> Muitos estudos tentam esclarecer questões antigas sobre o melhor local para o parto/nascimento.<sup>8</sup> Da mesma forma, volta-se ao debate sobre a morte no ambiente familiar, a medicalização da menopausa, a humanização<sup>9</sup> dos serviços com maior permeabilidade aos familiares e amigos, entre outros aspectos. Esse debate é complexo e necessita ser abordado de múltiplos pontos de vista, além do médico. Qual é o papel do hospital e da figura do médico nesses casos? A que interesses servem? Que evidências reais há dos benefícios desse processo? Como são construídos as *verdades* e os *consensos* em nossa área? Como se relacionam com os medos, as ansiedades e as fantasias em relação ao cuidado prestado nos

<sup>7</sup> DAVIS-FLOYD, R. Mutual Accommodation or Biomedical Hegemony? Anthropological Perspectives on Global issues in Midwifery. *Midwifery Today Issue 53* (Spring), p. 12-16, 68-69, 2000.

<sup>8</sup> MS. Ministério da Saúde. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: jun. 2007.

<sup>9</sup> FRANCO, A.L.; BASTOS, A.C.S.; ALVES, V.S. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan./feb. 2005.

hospitais? O aprofundamento de cada item citado transcende a proposta deste texto, mas devem ser citados como determinantes das atuais formas de cuidar da saúde.

### Estratégia atual

A Estratégia Saúde da Família (ESF) adota a visita domiciliar com grande repercussão para o SUS pela abrangência de sua utilização. Sugere-se que seja feita por diferentes atores da equipe, com periodicidade variável de acordo com a categoria profissional, privilegiando a prevenção, a educação em saúde e a busca ativa da população.

De forma prática, nem sempre é possível separar totalmente as modalidades mais formais de AD (vide classificações acima) entre si e nem do próprio trabalho de territorialização da saúde. Estas práticas se entrelaçam no cotidiano, de forma que o próprio trajeto para uma visita domiciliar deve ser já realizado com olhar especial para a realidade local. O trabalho de territorialização também não deve acontecer alienado das atividades educativas e até mesmo de atendimento. A necessária mudança de enfoque na assistência domiciliar (como parcela de uma maior: da atenção à saúde) é exemplificada por esse entrelaçamento de ações que deslocam do foco de atenção os técnicos para priorizar a complexidade real das pessoas e suas histórias de vida.

Essas mudanças estão relacionadas ao esforço de aprimoramento das práticas, nascido da percepção de exaustão do modelo tradicional de cuidado com doença. Esse modelo sustentado no grande desenvolvimento das indústrias capitalistas farmacêuticas e de exames subsidiários reforça a noção cultural de incapacidade, por parte das pessoas, de cuidar de sua saúde e da de suas famílias. Essa lógica também *patologiza* etapas do ciclo vital para, logo após, *medicalizá-las*. Isso implica piores índices de saúde, de satisfação dos profissionais e das comunidades e maiores e sempre crescentes custos para o sistema.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco; Ministério de Saúde, 2002.

Havendo a percepção de esgotamento do que o modelo de atenção tradicional poderia oferecer e se iniciando a transformação da atenção à saúde para centrar-se no cuidado, é que a AD ganha nova importância. Além da reestruturação das equipes de Saúde da Família, a AD pode servir como grande instrumento auxiliar na reorganização da própria rede de cuidado à saúde. A internação domiciliar, por exemplo, como é proposta atualmente, vincula, simultaneamente, o usuário em hospital de referência, equipe de internação domiciliar, equipe de atenção básica e do Samu e na rede de proteção social. “A proposta de Internação Domiciliar pode atuar como ‘costura’ entre o nível hospitalar e a atenção básica, fortalecendo o sistema e, particularmente, o PSF.”<sup>11</sup>

Citam-se, também, como vantagens dessa estratégia, a maior disponibilidade de leitos, a diminuição do risco de infecção hospitalar, a humanização do atendimento, a redução de custos (pelo menor tempo de internação e comparativo à ampliação de leitos) e outras como visto no quadro I.

Quadro I – Vantagens da Internação Domiciliar<sup>12</sup>

Pacientes e suas famílias	Hospital	Sistema de Saúde
Melhor atenção, participação e responsabilidade	Melhor rentabilidade dos recursos disponíveis	Incremento da eficácia e efetividade mediante assistência mais humanizada
Melhor qualidade de vida, intimidade e bem-estar	Aumento em rotação e disponibilidade de leitos	Uso mais eficiente dos recursos sanitários
Assistência personalizada e mais humanizada	Redução de permanências desnecessárias	Possibilidade de integrar e melhorar as relações entre os diversos níveis assistenciais
Educação para a saúde	Redução do período de internação	Possibilidade de atenção continuada, integral e multidisciplinar entre os profissionais da atenção primária
Prevenção de desinserção social e hospitalismo psíquico	Pressuposição de redução de custos	
Menor risco de iatrogenia	Possibilidade de melhorar os serviços	

Fonte: Elaborado pelos autores.

<sup>11</sup> MS. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2818.htm>>. Acesso em: ago. 2007.

<sup>12</sup> COTTA, R. M. M.; VARELA-SUÁREZ, M. M.; GONZÁLEZ, A. L.; COTTA FILHO, J. S.; REAL, E. R.; RICÓS, A. D. La hospitalización domiciliar: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev. Panam Salud Publica*, v. 10, n. 1, p. 45-55, 2001. In: PEREIRA et al. *Assistência domiciliar: instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e na formação*. Em: BARROS, A.F.R. et al. (Org.). *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil*, v. 2, Brasília, MS e OPAS, Série B, 2004. (Textos Básicos de Saúde).

Os estudos sobre a atenção domiciliar no Brasil são escassos. Dentre as experiências melhor documentadas estão as do Programa de Internação Domiciliar (PID) de Marília (SP), Santos (SP) e Londrina (PR). As análises de custos realizadas nesses locais confirmaram que o PID tem uma relação custo-benefício positiva em comparação à internação hospitalar. Contudo, as análises não contemplam os custos gerados às famílias. Referem-se como principais dificuldades o fluxo de informações entre o PID e os hospitais, discordância quanto aos critérios de elegibilidade do usuário, deficiências do sistema de referência, falhas de comunicação entre as equipes, usuários e famílias. Relata-se que, nesses locais, existiria um vínculo entre o PID e o Programa de Saúde da Família sem ocorrer conflitos na atuação. Entretanto, discute-se a contradição de uma nova fragmentação sem sentido em que o Programa de Saúde da Família PSF trabalharia a prevenção, e o PID, o tratamento do agravo, reduzindo-se o domicílio a mero espaço físico alternativo ao hospital onde antes se prestava o cuidado. Na prática, as relações entre PID e UBS restringem-se à prestação de cuidados e ao fornecimento de recursos materiais, não tendo sido possível identificar elementos que caracterizem uma articulação de serviços para garantir a complementaridade de ações e a integralidade da atenção.

### Aspectos práticos da AD em APS

A ESF oficializa o pressuposto de responsabilidade por território por parte da equipe de saúde. É estratégia central da reorganização do sistema brasileiro de saúde a partir do conceito dessa como direito (e não mercadoria) ligado à noção ampla de cidadania.

À AD cabe, entre outras coisas, o papel de abraçar necessidades tradicionalmente reprimidas como a dos cidadãos com dificuldade de locomoção e, contatantes não cooperativos, por exemplo. Além disso, a AD fornece materiais para conhecimento da realidade que não se obtém do mesmo modo no consultório médico, tais como: dinâmica familiar, relação com ambiente, adesão aos tratamentos, condições de vida e trabalho e aspectos antropológicos. Potencializa, também, atividades educacionais, terapêuticas e profiláticas. Cumprem também papel importante, no cuidado à saúde, dos

cuidadores de doentes crônicos, bem como sua capacitação técnica e emocional. Exige, para tanto, conhecimento e boa utilização dos recursos familiares, muitas vezes necessitando-se auxiliar o cuidador de diversas formas, como, por exemplo, promover revezamento de responsabilidades com o restante da família.

Estando essa inserida numa visão ampla de trabalho com territórios vivos<sup>13</sup> e rede social, soma-se a ela a compreensão do local de ação, o discernimento de heterogeneidades, o apontamento de microáreas e famílias prioritárias para o trabalho equitativo e a mobilização de atores não tradicionalmente relacionados com o setor da saúde, como: igrejas, clubes, locais de trabalho, de lazer, escolas, creches, etc. Sendo assim, ganha potencial para aproximar as equipes das comunidades, melhorar o vínculo e a autoestima dos envolvidos.

Espera-se, adicionalmente, que apoie a identificação de demandas de saúde que comumente não chegam aos serviços de saúde por vários motivos, seja porque não são vistos como problemas de saúde, seja porque a população não vê o profissional de saúde como o mais adequado para tratar de determinada condição, seja por outros obstáculos culturais como medo e vergonha, por exemplo, alcoolismo, abuso sexual, violência, relação dos problemas de saúde da família com a realidade de trabalho, etc.

Discute-se a natureza e os resultados da AD compulsória. Os ACSs, pelo programa oficial, devem, insistentemente, percorrer o território, devendo os demais profissionais otimizar seu tempo em relação às outras atividades. Isso pode significar uma “excessiva intromissão do Estado na vida das pessoas, limitando sobremaneira seu grau de privacidade e liberdade. O controle que o Estado pode exercer sobre cada cidadão é reconhecido como problema.” Essa questão está em aberto e deve ser aprofundada em todas as equipes de APS rumo a um consenso amadurecido.

A AD, na ESF, “expressa a assimilação do princípio da integralidade”.<sup>14</sup> Convém, para cumprir esse objetivo

---

<sup>13</sup> Ver página 69.

<sup>14</sup> ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Comunic., Saúde, Educ.*, v. 9, n. 16, p. 39-52, set.2004/fev. 2005

adequadamente, que a AD seja planejada antecipadamente. Para tanto, se esquetiza didaticamente as seguintes etapas: planejamento, execução, avaliação e registro.

## I. Planejamento:

### I.1 Quem vai?

O trabalho é em equipe (o que não quer dizer que todos devam fazer tudo, nem da mesma maneira ou ao mesmo tempo). Não é incomum o relato de experiências frustrantes quanto à definição de papéis em equipe no PSF. É preferível pensar esse item, baseado no objetivo da visita. Nem sempre a profissão ou o grau de escolarização deve ser o definidor. Envolver membros diferentes da equipe torna o olhar mais rico sobre a realidade, o planejamento e a execução mais eficazes e a avaliação mais realista. Além disso, o vínculo principal, fator por si já terapêutico, muitas vezes se dá com um profissional de uma profissão não médica.

### Como vamos?

O Brasil é um país enorme e com diversos climas, relevos e financiamentos. Infelizmente, ainda hoje, perto ou longe dos grandes centros, deixa-se de construir um desenho de atenção mais completo por dificuldade de locomoção. Áreas rurais, ribeirinhas distantes e de periferia sofrem especialmente com esse problema. É comum, em muitas regiões do País, a necessidade de barcos, lanchas e até de pequenos aviões para a assistência à saúde. Esses dados também devem ser levados em conta, apesar de não o serem tradicionalmente, na avaliação das características de *acesso* ou *porta de entrada* da APS, conforme já discutido.

### I.2 Quanto tempo temos?

O tempo de uma VD deve ser flexível sem deixar de ser realista. Devemos lembrar que o tempo não corre subjetivamente igual para uma família indígena, uma de zona rural e uma de grande centro urbano. Da mesma forma o profissional de saúde e as equipes devem estar atentos e se adequar com bom-senso aos ritmos peculiares à

sua realidade para serem eficazes. Mesmo para famílias de uma mesma região, o tempo necessário para atingir o ponto-chave de um encontro pode ser variável, pois há inúmeros outros elementos que o determinam, tais como: questões de idioma e dialeto, educação e nível educacional, personalidade e temperamento, questões relacionadas à doença e ao momento do ciclo vital, etc., bem como na discussão de como o transporte será realizado, a execução de um planejamento que organize geograficamente a AD pode facilitar a capacidade de trabalho da equipe.

### 1.3 Que há lá para ver, ouvir, fazer e avaliar?

Essas questões são esboçadas, mas não devem estar completamente respondidas previamente à visita. Serão respondidas parcialmente no andamento do encontro e são aberturas para outros planos de percepção, muitas vezes descortinados somente quando os integrantes da equipe que participaram da visita começarem a trocar reflexões sobre o que encontraram e fizeram. Isso, por sua vez, pode (ou não) gerar novas demandas realimentando o processo nesse ou em outros momentos. Assim como antes, deve-se levar em consideração a questão dos tempos e ritmos individuais e coletivos, tendo incorporado a *longitudinalidade* como característica facilitadora básica desse tipo de atenção. A característica de competência familiar e comunitária do MFC nos leva a situações eventualmente imprevistas, tais como: revisar a situação das ações em saúde da mulher cuidadora do cidadão visitado por limitação funcional ou observação sobre o destino do lixo da microárea durante a assistência a um indivíduo solitário e deprimido, por exemplo.

### 2. Como fazer?

Não há resposta única, nem estudo científico sobre como se deve conduzir um contato domiciliar. Assim como na consulta médica e em outros contatos, cada um e cada equipe fazem de um jeito. Encontramo-nos em espaço relativamente aberto à porção artística de nossas práticas, que é constantemente aperfeiçoada pela técnica sistematizada e compartilhada. Têm lugar também as diferenças pessoais e de assimilação da formação. De forma geral, mantêm-se

as condutas éticas profissionais e respeitam-se as variedades culturais. Alguns aspectos da execução já foram estudados ao longo da discussão sobre o modelo de atenção e no próprio planejamento, sendo necessário ressaltar a importância do domínio de habilidades de comunicação e do caráter misto do contato: vínculo adequadamente afetivo e respeitoso, atitude de escuta e interesse, aliados à alta resolutividade por estar em conexão com o restante dos saberes territoriais e científicos. A área de interseção com a consulta médica é variável conforme o objetivo da visita. Aqui se evidenciará também a capacidade de trabalho em equipe e as suas características.

### 3. Registro

O registro, como de qualquer outro momento da atenção à saúde, é muito importante por diversos fatores: auxilia na memória dos profissionais envolvidos no cuidado; auxilia na troca de informações quando profissionais diferentes se revezarem em parte ou no todo, durante o cuidado (por exemplo, mudança de necessidades ou serviços de alta rotatividade, como os de ensino); defesa profissional em caso de conflitos; organização familiar e comunitária da informação, o que facilita uma visão sistêmica dos problemas.

Alguns serviços optam por sistemas de registro separados do restante, o que pode facilitar burocraticamente e no momento da análise conjunta, mas deve evitar-se a fragmentação excessiva da informação, pelo motivo exposto acima. Folhas de rosto especiais, com dados importantes, como: vacinas, genograma, lista de problemas, etc. podem ser úteis para uma fácil e mais completa visualização e compreensão dos casos. Deve-se evitar sobrecarregar o profissional com múltiplos locais de registro da mesma informação, como ainda é comum (e contraproducente) em alguns serviços. A retroalimentação do processo é muito importante, debatendo na equipe e na comunidade o modelo e os resultados da AD.

### 4. Como avaliar a ação?

A avaliação em saúde é sempre importante e nem sempre fácil de realizar. Isso se dá, em parte, pela riqueza e complexidade da

realidade interferida, em parte pela rotina de trabalho e em parte pela frequente não preparação acadêmica dos profissionais de saúde para execução dessas tarefas.

Pode-se avaliar isso em diversos níveis. O mais imediato é a avaliação da tarefa imediata. Deve-se levar em conta os aspectos subjetivos e os que são construídos ao longo do processo de cuidado. Como já dito, recomenda-se que é bom estar atento à retroalimentação por parte da família, dos outros membros da equipe e do próprio visitado. E há aspectos mais objetivos, como responder às questões que foram levantadas previamente e que dizem respeito ao objetivo da visita.

De forma global, avalia-se a estratégia através dos indicadores tradicionais de saúde, como, por exemplo, morbimortalidade ou necessidade de internação. Pode-se introduzir também indicadores de processo, baseados no diagnóstico e na intervenção proposta. Por exemplo: no caso de AD com vistas a promover mudanças nos hábitos alimentares da família, cardápio familiar e alimentos da geladeira poderiam servir de indicadores de processo, num momento a seguir, a partir das intervenções longitudinais. O *feedback* da comunidade, seja através dos Conselhos de Saúde, seja no dia a dia, nas falas informais ou nos acontecimentos, é sempre muito importante.

A ligação com o restante da atenção é variável, mas importantíssima, pois é um dos fatores mais importantes para caracterizar a AD não como um fim em si mesma, mas como um instrumento de qualificação da atenção global à saúde familiar e à comunitária por uma determinada equipe. Essa ligação é planejada em todos os momentos da intervenção e deve estar presente como critério avaliativo das propostas de AD.

Em sendo assim, ter-se-á em mente as consultas realizadas no posto de saúde quando se realizar a AD; também munidos dos dados apreendidos no processo de territorialização nesses encontros; muitas vezes esses momentos terão intersecção com programas de saúde; podem-se organizar visitas ou outras intervenções de grupos formados na unidade (o grupo vai na casa de um indivíduo solitário e/ou acamado da comunidade, por exemplo), bem como o visitado pode convidar algum desses.

## Conclusão

Conclui-se que a AD pode e deve fortalecer-se se reinventando e se readequando, em nosso tempo, como uma das práticas importantes para inversão do modelo tradicional de cuidado à saúde, devido ao seu potencial de auxiliar no diagnóstico (individual e coletivo), terapêutico (adesão, adequação cultural), de ampliador do acesso e da integralidade, além de suas características ricas de facilitador de interdisciplinaridade e humanização. Como fator adicional, pode ser catalisador da arte de territorialização; auxiliar na aproximação de serviços tradicionalmente apartados em níveis de atenção e entre serviços de saúde com a rede de ensino. Deve-se, para tanto, evitar as armadilhas da burocratização, da ênfase excessiva na patologia e na fragmentação das práticas.

## Referências

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Comunic., Saúde, Educ.*, v. 9, n. 16, p. 39-52, set.2004/fev. 2005.

AMARO, S. *Visita domiciliar: guia para uma abordagem completa*. Porto Alegre: AGE, 2003.

COTTA, R. M. M.; VARELA-SUÁREZ, M. M.; GONZÁLEZ, A. L.; COTTA FILHO, J.S.; REAL, E. R.; RICÓS, A. D. La hospitalización domiciliar: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev. Panam Salud Publica*, v. 10, n. 1, p. 45-55, 2001. In: PEREIRA et al. *Assistência domiciliar: instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e na formação*. Em: BARROS, A.FR. et al. (Org.). *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil*, v. 2, Brasília, MS e OPAS, Série B, 2004. (Textos Básicos de Saúde).

DAVIS-FLOYD, R. Mutual Accommodation or Biomedical Hegemony? Anthropological Perspectives on Global issues in Midwifery. *Midwifery Today Issue 53* (Spring), p. 12-16, 68-69, 2000.

FRANCO, A.L.; BASTOS, A.C.S.; ALVES, V.S. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan./feb. 2005.

LVA K.L.; SENA, R.; LEITE, J.C.A.L. et al. Internação domiciliar no sistema único de saúde. *Saúde Pública*, v. 39, n. 3, p. 391-397, 2005.

MOREIRA, M. D.; CALDAS, C. P. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, v. 11, n. 3, p. 520-525, 2007.

MS. Ministério da Saúde. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: jun. 2007.

MS. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2818.htm>>. Acesso em: ago. 2007.

MS. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Domiciliar*, Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Cap. 1. 2012.

OLIVEIRA FJA, BERGER CB. Visitas Domiciliares em Atenção Primária à Saúde: Equidade e Qualificação dos Serviços de Saúde. *Mom. & Perspec. Saúde*, Porto Alegre, v. 9, n. 2, 1996.

SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D.; CERQUEIRA, M. *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar, 2006.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco; Ministério de Saúde, 2002.

TAVARES, M.R.G., TAKEDA, S.M.P. Vale a Pena Buscar "Faltosos"? Avaliação da Efetividade das Visitas Domiciliares para Contactar Faltosos das Ações Programadas de Saúde. *Mom. & Perspec. Saúde*, Porto Alegre, v. 9, n. 2, 1996.

# ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O TRABALHO DE TERRITORIALIZAÇÃO

Leonardo Vieira Targa\*  
Rodrigo Letti\*\*

## Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) trabalha com bases territoriais definidas, o que significa que cada unidade de saúde da família atua diretamente em uma área definida e com uma população adscrita a essa. Veremos neste capítulo como o trabalho com territórios se dá na prática das equipes de saúde da família, espaço privilegiado de atuação da Medicina de Família e Comunidade. Estudaremos, também, a partir de uma noção sobre territórios e saúde, as implicações que essa forma de trabalhar tem na prática médica e o cuidado da saúde de forma geral. Este capítulo tem como objetivo auxiliar o ensino da Atenção Primária à Saúde (APS) nos semestres iniciais do curso de Medicina da Universidade Caxias do Sul.

## Contexto

Historicamente, a construção dos sistemas nacionais de saúde acompanha uma progressiva transformação dos conceitos de *saúde* e *doença* e da forma de pensar como se deve (ou não) cuidar da saúde tanto no nível individual como no coletivo. O entendimento de saúde como algo mais do que a simples ausência de doenças, mas relacionado às condições de vida, intimamente ligado aos ambientes físico e social, é fruto de um longo amadurecimento. Da mesma forma, a ideia de saúde individual como um recorte de algo

\* Médico de Família e Comunidade – SMS/ Nova Petrópolis/RS. Professor no curso de Medicina na Universidade Caxias do Sul

\*\* Médico de Família e Comunidade. Professor no curso de Medicina na Universidade de Caxias do Sul

maior, sistemicamente relacionado com uma rede de fenômenos familiares, comunitários além de individuais, vem criando a necessidade de ampliação do cuidado médico como sendo mais do que analisar sintomas de um indivíduo, diagnosticar e tratar o que está ocorrendo em termos de organismo. Exemplos disso podem ser vistos nos efeitos do aquecimento global, que está relacionado ao perfil de doenças tropicais na Região Sul do País e às doenças relacionadas a enchentes ou secas, na alta prevalência de transtornos mentais relacionados ao estilo de vida e à violência de nossa sociedade, no aumento de casos de obesidade relacionada também com nossa cultura, ou seja, ao alto consumo de alimentos não saudáveis e ao sedentarismo. Se o profissional de saúde se restringe a cuidar do individual, dos efeitos finais desses fenômenos, estará certamente limitando sua capacidade de impactar positivamente sobre a saúde das pessoas cuidadas e da sociedade de que faz parte.

Em nosso país, a mudança de uma ênfase médica especializada para uma que compreende a especialização como *parte* de uma rede *integral* de cuidado à saúde passa pelo amadurecimento da necessidade de um sistema nacional de saúde que dê conta do cuidado de seus cidadãos de forma universal e integral, tendo em vista uma relação de *direito* e não de *mercado*. A Constituição de 1988 (1) é um marco importante nesse aspecto sendo fruto do movimento da *Reforma Sanitária* e de discussões populares sobre modelos de saúde nas conferências de saúde, que contribuíram para tal desenvolvimento.

Posteriormente, sob influência da Organização Mundial da Saúde, especialmente através dos documentos de suas conferências como a Declaração de Alma-Ata (26), fundante da área de APS, sugere-se que os sistemas de saúde nacionais deveriam trazer “o cuidado de saúde tão perto quanto possível de onde as pessoas vivem e trabalham”. (26). Já em 1986, a Carta de Ottawa fala em “ambientes favoráveis”, “ambientes mais limpos e desfrutáveis” e de “uma abordagem socioecológica da saúde” (15), introduzindo a responsabilidade ambiental como parte desejável das políticas de promoção da saúde. Ambos os documentos têm caráter amplo e não entram em detalhes operacionais quanto ao trabalho diário com

a saúde nos seus territórios, como veremos, ficando isso a cargo das políticas nacionais.

No Brasil, a evolução do sistema de saúde passa por um processo de progressiva apropriação do território como elemento essencial para o planejamento e a gestão dos serviços de saúde oferecidos à população. (22). O progressivo entendimento do processo saúde-doença enquanto é visto como algo ligado à realidade das comunidades e de seus ambientes, não estanque, intimamente relacionado com as formas de vida, sobrepassando o estritamente individual e assumindo sua construção cultural, vem gerando, portanto, a necessidade de uma progressiva aproximação com essas realidades para um mais adequado cuidado com a saúde e o contato com conceitos e práticas não tradicionalmente compreendidos como “trabalho médico”. Sobre esses conceitos e práticas, trataremos a seguir.

### Conceitos para trabalhar com territórios e práticas das Equipes de Saúde da Família

As equipes de saúde da família trabalham inseridas na realidade das comunidades mais diversas de nosso país. Um dos fundamentos desta “Política de Atenção Básica à Saúde” (1) é justamente:

[...]

III – desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; [...] (2).

Também se utilizam os conceitos “população residente” e, “população cadastrada”. Essa população, portanto, está firmemente relacionada, nessa política, à terra, ao local de residência e à unidade que a cadastra.

Esse mesmo documento inicia dizendo que

a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, **dirigidas a populações de territórios bem delimitados**, pelas quais assume a **responsabilidade sanitária**, considerando a **dinamicidade** existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. (2) (grifos nossos).

Ao mencionar as características do processo de trabalho das equipes, coloca como primeiro item a "definição do território de atuação da Unidade Básica de Saúde". Mais adiante, ao falar das especificidades em relação à ESF, volta a figurar em quase todos os itens:

I – ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos **territórios** em que as Equipes Saúde da Família atuam; II – atuar no **território**, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a **comunidade onde atua**, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população; III – desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no **diagnóstico situacional** e tendo como foco a família e a comunidade; IV – buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua **área de abrangência**, para o desenvolvimento de parcerias; e V – ser um espaço de construção de cidadania.

Menciona as características dessa, como se lê:

Além das características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, são características do processo de trabalho da Saúde da Família: I – manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território; II – **definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua; [...].**

Surge aqui outro adjetivo: *adstrito* – (latim *adstrictu*) “estreitado, ligado”, mas também “dependente, preso, submetido”. (3). Também surge uma visão mais dinâmica com a ideia de “atualização contínua” e de responsabilização pela saúde local. Esta última idéia, em especial, difere do senso comum médico anterior e, em especial, da responsabilidade especializada, que define sua responsabilidade em termos do indivíduo que procura atendimento enquanto durar o evento *doença*. Ao contrário disso, a responsabilidade pelo cuidado com a saúde, prestado pelas equipes de saúde da família, supera o indivíduo, como, por exemplo, ao se preocupar com a geração e manutenção de ambientes saudáveis e com o momento da doença, pois se propõe forte ênfase preventiva e de promoção da saúde. Como vimos no capítulo sobre a consulta do médico de família e comunidade, esse não impõe nenhum pré-requisito para o acesso, seja ele de idade (como a pediatria), de sexo (como a ginecologia) ou de patologia (como as especialidades clínicas e cirúrgicas), nem mesmo em relação à existência de doença, acompanhando as pessoas de sua responsabilidade, suas famílias e comunidades *longitudinalmente*, ao longo da vida de cada um.

Para isso, o conhecimento da realidade territorial faz-se tão importante quanto a dos fatores microbiológicos, por exemplo, de desenvolvimento de doenças, visto que o clima, o relevo, a forma de construção das casas, as relações sociais que ocorrem em

determinado espaço-tempo são também contribuintes das redes de atuantes(2) que determinam os processos de saúde-doença. O que as práticas de territorialização das equipes de saúde da família objetivam, portanto, é o domínio desses conceitos ampliados para melhor prestar os cuidados necessários à saúde.

Os primeiros passos para tal são dados com o cadastramento das pessoas que moram dentro dos limites definidos para a Unidade Básica de Saúde (UBS) (sua área de abrangência ou território físico) e pelo reconhecimento das características dessa área. Esse trabalho deve ser realizado por toda a equipe, mas conta com especial auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), membros da comunidade especialmente treinados para atuar na interface da equipe de saúde e população. São esses profissionais que, visitando periodicamente as casas e percorrendo os espaços de vida continuamente, estarão mais próximos da realidade cotidiana das pessoas que ali convivem. Em relação à definição dos limites externos da área de abrangência, é o ideal que vários grupos sejam envolvidos: a própria comunidade, os profissionais de saúde (caso já estejam lá trabalhando) e os gestores (secretários da Saúde, coordenadores da ESF). Infelizmente, muitas vezes, tais limites são impostos mais ou menos verticalmente o que quase sempre resulta em conflitos e dificuldades para a comunidade e a equipe de saúde, não sendo rara a necessidade de reformulação posterior das fronteiras preestabelecidas. Voltando ao trabalho dos ACSs, ao cadastrar as pessoas, eles o fazem em relação a uma unidade domiciliar, que é conceituada como *família* pela política de saúde, não importando detalhadamente quais laços sanguíneos estão ou não presentes. Da mesma forma, o termo *comunidade* é, em geral, empregado para essas pessoas dentro da área da unidade, não se levando em consideração, em um primeiro momento, quais heterogeneidades ou conflitos possam ali existir. Muitas vezes, a ideia de comunidade e família que as pessoas que habitam estas áreas têm não coincide com a da equipe ou da política de saúde. É importante que se aprofundem essas discussões para evitar erros graves por parte das equipes e dos gestores, visto que não são termos “naturais” ou universais e porque no Brasil temos grande diversidade cultural.(3)

Mas o trabalho com territórios vai muito além da simples delimitação da área e da população como aparece nos textos das políticas citadas. O trabalho de territorialização pode ser sistematizado em etapas de focos, ou *zoom*:

Cada território pode ser entendido como território-área – quando se distancia o foco, o que permite ver o conjunto, e como micro-áreas – quando se aproxima o foco. A micro-área é definida pela lógica da homogeneidade (ambiental, geográfica, socioeconômica, sanitária, cultural, etc.); nela se concentram grupos populacionais mais ou menos homogêneos, de acordo com suas condições de existência. Os territórios não são homogêneos, e as médias não costumam refletir a realidade. (24).

Assim, em um primeiro momento, o foco é aberto, e a área como um todo é objeto de atenção. Essa abordagem ampla nos dá uma ideia mais ou menos homogênea das condições de vida das pessoas que ali habitam e de fatores determinantes de saúde mais grosseiros. Perguntas a serem respondidas neste primeiro momento são, por exemplo:

- Quantas pessoas moram no local?
- Qual é a distribuição de gêneros?
- Qual é a distribuição etária?
- Como se formou esta comunidade? Quem foram os primeiros moradores e que parte do território ocupavam? (origem, motivos de migração, atividades dos primeiros moradores, identidades culturais, etc.)
- O que fazem atualmente as pessoas que aí habitam?
- Há diferenças de densidade demográfica na área como um todo?
- Quais relações com o entorno são percebidas?
- Qual é o relevo da região?
- Qual é o clima da região?

- Quais são os acessos de circulação, as áreas públicas, as principais ruas, avenidas, rios, etc.?
- Quais acidentes geográficos são importantes?
- Como é a saúde das pessoas? Do que sofrem? Do que morrem?
- Que recursos de saúde são identificados por eles como disponíveis?
- Que recursos de saúde (não oficiais) os médicos utilizam para proteger ou recuperar a saúde? Ainda, quais eles temem por terem poder de influenciar negativamente na saúde (curandeiros, rezadeiras, parteiras, sacerdotes, benzedeiros, feiticeiros, mães de santo, etc.)?
- Que espaços na comunidade são protetores ou promotores de saúde e quais não são (igrejas, escolas, espaços de esporte, praças, fábricas, etc.)?

Nessa etapa, podem ser levantados dados diretamente pela equipe de saúde, assim como bancos de *dados secundários* podem ser mobilizados (IBGE, Secretaria da Saúde, mapas da Prefeitura, ferramentas de mapeamento da internet, etc.).

Importa, posteriormente, um refinamento em etapas de aproximação que nos ajudarão a visualizar heterogeneidades dentro dessa aparente monotonia inicial. Assim, são construídas as *microáreas*. Nesse momento, especialmente, o trabalho se dá fora das unidades, percorrendo as ruas,<sup>(4)</sup> em contato direto com as pessoas em seus espaços. É aí que os ACSs são ainda de maior importância pelo domínio de conhecimentos dessa realidade e por representar o espaço híbrido entre profissional de saúde e morador conhecedor de *sua* realidade de vida, ator privilegiado para qualificar o olhar da equipe em relação às condições de saúde locais e sua inserção em uma realidade maior. O termo *microárea* é definido como sendo parte da área de abrangência da equipe e sob a responsabilidade de um agente de saúde.

O foco de aproximação das *microáreas* ainda se especializa nas chamadas *micro-áreas de risco*: área de extensão territorial onde as

condições de um ou mais riscos determinados tendem a certa homogeneidade. Assim, podemos ter áreas de risco para violência que não serão necessariamente as mesmas de risco social, etc. E, para além desse foco aproximado, podemos identificar em uma determinada microárea de risco, famílias e unidades domiciliares de maior risco ou com concentração de problemas.

*Todos* os profissionais da equipe deverão estar mobilizados no seu processo de delimitação, mapeamento e estabelecimento de áreas, famílias e indivíduos de risco. Com a cooperação dos diferentes olhares instruídos pelo corpo de conhecimentos de cada área e das vivências prévias de cada um é que se construirá o quadro, constantemente reformulado, da saúde territorializada.

Durante esse processo, *algumas técnicas* são úteis, como as que já citamos (utilização de dados de bancos secundários), mas também a criação e aplicação de instrumentos específicos de diagnóstico comunitário que a equipe julgar necessários, diário de campo das caminhadas pelo território, identificação de informantes-chave e construção do “**mapa inteligente**”, que servirá continuamente de auxílio no planejamento e na execução de ações em saúde por parte da equipe.

Há também a necessidade de o trabalho de territorialização *voltar-se para dentro do próprio espaço da UBS*. Que área está disponível? Como é utilizada? Que profissionais a utilizam e o que necessitam para realizar um bom trabalho? Quais são os fluxos de movimentação dentro da unidade? Quais são os serviços que podem ser ofertados? Como esses se relacionam com as necessidades das pessoas que procuram a equipe? Como está situada a UBS dentro do território?

Essas sucessivas etapas de mudança de enfoque ou *zoom* que vão desde o *território como um todo* em relação com seu entorno, até o nível de *domicílio*, passando por *microáreas* e eventualmente *microáreas de risco*, são chamadas, às vezes, de **macro** e **micro-territorialização**.

Algumas informações adicionais nas etapas de microterritorialização são, por exemplo:

- variações na origem de determinada microárea;
- diferenças demográficas comparativas;
- comparações das condições de moradia e saneamento básico;
- maior detalhamento nas informações ambientais (recursos hídricos, clima, poluentes, fábricas, lixo, etc.) nas condições de trabalho, lazer, educação, transporte (inclusive fluxos de acesso aos recursos de saúde, horários e custos dos mesmos);
- localização mais precisa de recursos de saúde oficiais e alternativos com os quais a equipe terá que se relacionar e eventualmente pode atuar como parceira, e de recursos comunitários; e
- variações do perfil epidemiológico.

A partir desses dados, de um mapa inicial que permita a visualização espacial de algumas dessas informações e com auxílio dos ACSs pode-se confirmar ou alterar as hipóteses de desenho de microáreas anteriormente formuladas. Cada ACS ficará, então, responsável por uma microárea e manterá atualizados os cadastros dessas famílias, além de servir de constante meio de comunicação entre o que está acontecendo na saúde local e o que aparece para os profissionais de saúde dentro e fora da UBS. Algumas vezes, esses limites internos precisam ser reformulados após alguns meses de trabalho, pois certos problemas só são percebidos após o contato diário com a realidade, ou ainda, por mudanças na própria comunidade (migrações, remoção legal de famílias, desastres ecológicos, como desmoronamentos e interdição de parte da área, etc.). Isso não se constitui um problema, mas uma qualidade do trabalho com territórios que deve ser “vivo” como a realidade local, se adequando *continuamente*. Entretanto, apesar de o trabalho de território ser uma tarefa “sem fim”, certa estabilidade é necessária após os momentos iniciais. Deve-se procurar realizar as demarcações

o mais funcionalmente possível para garantir certa longitudinalidade temporal nos trabalhos.

Outra noção importante é a de que essas etapas não são necessariamente sempre realizadas na ordem apresentada aqui. Muitas vezes, movimentos de retroalimentação ocorrem onde informações em nível de microáreas e mesmo em domicílios vão refazendo a percepção do território mais amplo. Da mesma forma, as informações colhidas em consultas e visitas domiciliares vão ajudando a visualizar aspectos do território e a levantar hipóteses para o trabalho de territorialização não estando de forma alguma desconectadas.

### Aprofundando alguns conceitos para qualificar o trabalho com territórios na APS

O território deve ser visto como mais do que um simples palco dos acontecimentos, porção espacial onde ocorrem acontecimentos econômicos e transformações vivenciadas pela sociedade que influem indiretamente na situação de saúde. Para avançar nessa área de conhecimento, tem-se utilizado o conceito **território vivo**.

O território, em si mesmo, não constitui uma categoria de análise, isto é, como questão histórica. A categoria de análise é o **território utilizado**. A partir desse ponto de vista, quando quisermos definir qualquer pedaço do território, deveremos levar em conta a interdependência e a **inseparabilidade** entre a materialidade, que inclui a natureza, e o seu uso, que inclui a ação humana, isto é o trabalho e a política. Dessa maneira, defrontamo-nos com o **território vivo**, vivendo. Nele devemos considerar os **fixos**, isto é o que é imóvel, e os **fluxos**, isto é o que é móvel. Os fixos são, geralmente, constituintes da ordem pública ou social, enquanto os fluxos são formados por elementos públicos e privados, em proporções que variam segundo os países, na medida em que estes são mais ou menos abertos às teses privatistas. O território revela também as ações passadas e presentes, mas já congeladas nos objetos, e as ações presentes constituídas em ações. No primeiro caso, os lugares são vistos como coisas, mas a combinação entre ações presentes e passadas,

às quais as primeiras trazem vida, confere um sentido ao que preexiste. Tal encontro modifica a ação e o objeto sobre o qual ela se exerce, e por isso uma não pode ser entendida sem a outra. (19) (grifos nossos).

Esses aprimoramentos conceituais, entretanto, ainda estão muito além da prática da maior parte das equipes de saúde em nosso país, em que uma percepção territorial mais ligada a limites geográficos, à demarcação de microáreas e, quando muito, ao impacto ambiental na saúde e na doença é percebida.

A partir dessas ideias de fluidez e território, como relações, é que se desenvolve a noção de **territorialidade**, que tem sido definida de várias formas, tendo em comum o aspecto dinâmico e o processo social de construção dos territórios:

A melhor tradução do conceito de territorialidade para as sociedades humanas é a de Robert Sack (18), segundo a qual “a territorialidade em seres humanos é melhor compreendida como uma estratégia espacial para afetar, influenciar, ou controlar recursos e pessoas, pelo controle de uma área; e, como territorialidade pode ser ativada e desativada.” A territorialidade estaria, assim, intimamente ligada ao modo como as pessoas utilizam a terra, como próprias se organizam no espaço e como elas dão significado ao lugar. A territorialidade de Sack está vinculada às relações de poder, como uma estratégia ou recurso estratégico que pode ser mobilizado de acordo com o grupo social e o seu contexto histórico-geográfico. (14).

Para Little (13), a territorialidade é definida como o esforço coletivo de um grupo social para ocupar, usar, controlar e se identificar com uma parcela específica de seu ambiente biofísico, convertendo-a assim em seu “território” ou *homeland* (18). A territorialidade humana teria, ainda, “uma multiplicidade de expressões”, que produziriam um leque muito amplo de tipos de territórios, cada um com suas particularidades socioculturais. No intuito de entender essa relação particular que um grupo social mantém com seu respectivo território, utiliza-se o conceito de cosmografia (12), definido como os saberes ambientais, ideologias e identidades “coletivamente criados e historicamente situados” que um grupo social utiliza para estabelecer

e manter seu território. A cosmografia de um grupo inclui seu regime de propriedade, os vínculos afetivos que mantém com seu território específico, a história da sua ocupação guardada na memória coletiva, o uso social que dá ao território e às formas de defesa dele. (13).

Tendo como base essa conceituação, podemos verificar, como fizeram Pereira e Barcellos (16), algumas vertentes básicas das noções de território a partir dos trabalhos de Haesbaert (8) e de como essa pode (ou não) nos ajudar a entender as **práticas de territorialização** das equipes de saúde da família. Uma *perspectiva parcial* é a que percebe a territorialidade sendo exercida a partir de um único ponto de vista: política, cultural, econômica ou naturalista. O olhar político (ou jurídico-político) refere-se ao espaço controlado pelo Estado e suas relações de poder. A perspectiva cultural é produto da valorização simbólica por parte de um grupo sobre um determinado espaço. Na mirada econômica, o território passa a existir quando consiste em fonte de recursos ou é incorporado no debate entre classes sociais e na relação capital-trabalho. Em uma visão naturalista, é o que se baseia no entendimento das relações entre sociedade e natureza. A configuração resultante dessas perspectivas parciais, tomadas isoladamente, como alertam os autores, é formada por um conjunto de territórios isolados, como se em cada localidade fosse exercido apenas um tipo de territorialidade.

Na *perspectiva integradora*, busca-se estender o território nas suas diversas perspectivas e com outros territórios de forma articulada. Em uma *perspectiva relacional*, as relações sócio-históricas ocorrem em um determinado espaço e tempo, sendo o território “fruto de uma relação complexa entre os processos sociais e o espaço material”. (17). Essa perspectiva, como nas ideias de Milton Santos de fixos e fluxos entre outras, permite ver o território como movimento e fluidez. Dá-se origem, a partir desses conceitos, a processos de *Territorialização*, *Desterritorialização* e *Reterritorialização* (TDR). A primeira seria resultado de uma estratégia: tomar posse de um espaço geográfico, a desterritorialização seria o abandono espontâneo ou forçado da primeira, e a última, a construção de uma nova territorialização, que não necessariamente ocorre na mesma localidade. (8).

Podemos ainda exercer mais de um tipo de territorialidade simultaneamente, com ou sem deslocamento. Mais do que múltiplos territórios, vivemos, segundo esse autor, processos de territorialização constante de territórios plurais (em si, além de entre si), uma *multiterritorialidade* em territórios-rede, onde mais do que uma ou mais zonas delimitadas, de variadas dimensões, é necessário o controle dos meios que permitam a movimentação “entre os nós ou pelos fios” destas redes, que são multiescalares, não apenas determinando variações numericamente diferentes, mas formas qualitativamente diversas de inserção nos territórios.

As práticas de territorialização que nos propomos a estudar mostram um grande desejo de superação das perspectivas parciais ainda hoje dominantes. Ao se dar o trabalho de confeccionar um mapa, dito “mapa inteligente”, que contenha dados não exclusivamente relacionados às doenças, ao manter um constante diálogo com os agente de saúde e com a comunidade, completando as informações que o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e mesmo o mapa não fornecem, a equipe procura superar as visões jurídico-políticas herdadas dos gestores quando da criação burocrática do “território” e as tendências estáticas, “congeladas” da vida local. Nesse sentido, um território não somente físico, mas político, social, econômico, que reúne e organiza emoções, dinâmico, em permanente construção, de limites frequentemente imprecisos, continuamente negociados, e que não pode jamais ser visto completamente destacado das pessoas que ali (e com ele) se relacionam.

Desterritorializado do meio físico que o aprisionava e reterritorializado como dimensão social, lugar de atravessamento de vetores locais, nacionais e mundiais. (16).

Esse entrecruzamento de territorialidades simbólicas, funcionais, mistas sempre, pluralidade de territórios e territorialidade plural (27) pode ser lido como multiterritorialidade. (8). O autor ressalta que, enquanto é “espaço-tempo vivido”, o território é sempre múltiplo, desdobrando-se em um *continuum* que vai de um polo mais concreto ou funcional, de dominação político-econômica, até um mais simbólico ou cultural, de apropriação mais subjetiva.

Essa discussão que pode ser ainda aprofundada será interrompida neste ponto pelos objetivos deste capítulo. Pretende-se auxiliar, em um determinado nível de formação, no entendimento de como esse aprimoramento na nossa forma de encarar os territórios e os processos de territorialização impactam nossa forma de entender e lidar com os processos de saúde-doença. Mais do que determinismos fragmentados entre causas e efeitos das doenças específicas, nossa forma de compreensão dos “fatores determinantes das doenças” se complexifica a ponto de já não ser mais possível olhá-los de forma linear como antes, mas somente em redes e redes que se enredam em redes.

Utilizando um exemplo qualquer, comum em atenção primária, como a hipertensão arterial sistêmica, fica evidente nossa atual incapacidade de pensar esse fenômeno como antigamente. Ela é doença ou é fator de risco (portanto, de causa ou efeito)? Ela é mais frequente em determinada área de nosso território por estilos de vida, alimentação, estresse, uso de bebidas alcoólicas, etc. Esses fatores dependem também do relevo, do tipo de solo, do desenvolvimento econômico, da herança cultural, etc. Alguns desses “fatores causais” (como a obesidade) têm sido transformados em doença nos últimos anos. As formas de enfrentamento dessa doença igualmente variam conforme o território. É possível fazer caminhadas em regiões acidentadas, de clima frio ou muito quente, como recomendamos nas cidades? É possível o acesso à dieta mediterrânea, por exemplo, na Amazônia da mesma forma que no semiárido nordestino ou na colônia alemã no Sul do País, onde a maior parte dos alimentos não é comprada em mercados, mas produzida pelas próprias pessoas que a consomem? A hereditariedade, questão de identidade, portanto profundamente relacionada aos processos de territorialização, é genética? Quanto é dependente de genes e quanto da herança cultural familiar? Por que falamos hoje cada vez mais em síndrome plurimetabólica, intrincando esses fatores em uma rede única ao invés de vê-los como antes? Essas são só algumas das questões que nos ajudam a entender a complexidade transformadora do nosso campo médico e de como ditas questões estão intimamente relacionadas com formas de vida, portanto, com territórios. Dentro de um mesmo território, talvez formas diferentes de lidar com esse

problema de saúde sejam necessários, dependentes da forma como eles aparecem e que fatores são disponíveis e desejáveis para serem mobilizados no processo de cuidado da saúde.

De qualquer forma, não é mais possível pensar a hipertensão como uma doença do sistema vascular que necessita exclusivamente de medicamentos e dieta. Ela é uma expressão em nível individual de um entrecruzamento complexo do que anteriormente entendíamos como cultura, história, geografia, biologia, nutrição, economia, política e algo mais. A utilidade de segmentarmos essas áreas para melhor entendermos o todo atingiu seu limite; necessitamos de uma visão integradora que nos salve dos problemas que a ultraspecialização do saber trouxe junto com os benefícios que atingiu.

○ entendimento dos processos de vida, saúde e doença são processos em algum lugar-tempo, em alguma comunidade e família, com um passado e futuro, em um país e mundo, multiterritoriais, integrais. Vê-los assim é uma das grandes vantagens da Medicina de Família e uma das causas de seus resultados superiores quando se tornam práticas orientadoras de todo o sistema de saúde.

### Retornando à prática do MFC e das equipes de saúde da família

○ médico de família e sua equipe passam a conhecer, após algum tempo, além dos limites e das características do território físico:

- as heranças históricas que ainda hoje influem na saúde;
- as identidades relacionadas ao espaço e tempo de determinada comunidade e como elas geram ou prejudicam a saúde;
- os aspectos simbólicos e religiosos que influem na situação de saúde desta;
- os valores das pessoas que ali vivem, o que é aceitável para elas, o que elas esperam da equipe de saúde (e muitas vezes o que elas não querem da ciência);

- as disputas entre grupos da área e externamente com grupos vizinhos;
- o impacto que as mudanças econômicas geram localmente;
- o impacto que as novas tecnologias produzem no local;
- o impacto das mudanças climáticas localmente;
- a influência das mudanças políticas;
- os problemas de saúde mais comuns em cada grupo e como estão ligados especificamente aos hábitos locais;
- a dinâmica familiar, o próprio conceito de família em determinados subgrupos;
- como as fases do ciclo vital são vividas localmente; e
- as heterogeneidades entre microáreas e dentro delas.

Para atingir esse nível de conhecimento local (e global atravessando o local, evidentemente) uma das características da APS é importantíssima, a **longitudinalidade**. É com o passar dos anos que essas informações vão enriquecendo e modificando a prática médica e dão um nível de excelência para um determinado médico em uma comunidade. Evidentemente, um profissional qualquer pode passar anos em um local sem dar importância a tais questões, não sendo suficiente a longitudinalidade sozinha. A **visão integral** da saúde é que complementarará essa duração temporal e gerará mudanças na forma de cuidar da saúde das pessoas atendidas pela equipe.

Ferramentas tecnológicas podem auxiliar o médico a dar conta dessas tarefas. Os programas de informação georreferenciada (11), por exemplo, ainda são pouco utilizados na prática das unidades, que, muitas vezes, não têm computadores. Um exemplo do uso clássico dessas ferramentas na saúde pode ser visto em Leite et al. (10).

Através desses programas, por exemplo, podem ser gerados mapas, até uma definição em nível de domicílio, que cruzem informações como alcoolismo, depressão e violência familiar; determinada etnia e hipertensão; idade, gênero e doenças sexualmente transmissíveis; proximidade de uma fábrica e intoxicação por determinado metal pesado, etc. Todas essas informações, ao

serem mapeadas, podem fornecer dados importantes às equipes de saúde e, evidentemente, aos gestores, para aprimorar o planejamento e a execução de ações de saúde sejam elas educativas e fiscalizadoras, sejam elas preventivas ou terapêuticas.

○ conhecimento do território em relação a disputas sobre o acesso à unidade de saúde ou em relação à dificuldade com os horários, por exemplo, pode gerar políticas e rotinas internas que facilitem o acesso aos serviços de quem mais precisa deles ou daqueles que têm dificuldades de locomoção por distância ou fluxo de transporte.

Importa compreender, entretanto, que o uso de ferramentas informatizadas não substitui o olhar dos profissionais nem aspectos mais subjetivos do cuidado da saúde que podem não ser facilmente mapeados. Sendo assim, às vezes, soluções mais flexíveis para visualização de questões territoriais e de saúde só serão possíveis usando tecnologias menos complexas como um mapa de papel em um isopor e alguns alfinetes e canetas coloridas, desde que haja pessoas com um olhar interessado voltado a elas, abertas ao diálogo necessário para um trabalho em equipe com participação comunitária, treinamento e experiência adequados.

## Conclusões

Disso tudo se conclui que o trabalho com territórios é parte importante senão imprescindível do trabalho em Medicina de Família e Comunidade e que não se limita à visualização espacial de problemas de saúde ou locais de risco, muito menos diz respeito à limitação de uma área de responsabilidade pelos serviços oferecidos pela UBS. Mais do que isso, deve ser apoio e resultado de um entendimento integral da saúde como fenômeno complexo e inscrito intimamente em uma realidade determinada, enredada e enredando temporal e espacialmente fenômenos múltiplos e assim deve ser trabalhada pelos profissionais em equipe. Essa visão, além de transformar nossa forma usual de fazer Medicina, deve modificar, portanto, as políticas de saúde e os atores envolvidos nesses processos, e tem, por isso mesmo, gerado diferentes resultados nos indicadores de saúde e satisfação de todas as pessoas envolvidas.

## Referências

1. BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 16 jul. 2008.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Séries E. Legislação de Saúde e Pactos pela Saúde 2006, v. 4).
3. DICIONÁRIO BRASILEIRO DE LÍNGUA PORTUGUESA. Encyclopaedia Britannica do Brasil. 5. ed. São Paulo: Melhoramentos, 1981.
4. FONSECA, Cláudia. Mulher chefe-de-família? *Revista Ciências Sociais*, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 261-268, 1987.
5. FONSECA, Cláudia. *Família, fofoca e honra*. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2004.
6. FONSECA, Cláudia. Olhares antropológicos sobre a família contemporânea. In: ALTHOFF, Coleta Rinaldi; ELSEN, Ingrid; NITSCHKE, Rosane Gonçalves (Org.). *Pesquisando a família: olhares contemporâneos*. Florianópolis: Papi-Livro, 2004b.
7. FONSECA, Cláudia. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. *Saúde e Sociedade*, v. 14, n. 2, p. 50-59, maio/ago. 2005.
8. HAESBAERT, Rogério. *O mito da desterritorialização: do fim dos territórios à multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.
9. LATOUR, Bruno. *Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.
10. LEITE, Marcos Esdras; FONSECA, Diego de Sousa Ribeiro da; BRAZ, Cynara Kaliny Ribeiro. Uso do SIG na análise da dengue: aplicação na microrregião de Montes Claros/Bocaiúva (MG). *Hygeia*, v. 3, n. 6, p. 126-141, jun. 2008. Disponível em: <[www.hygeia.ig.ufu.br](http://www.hygeia.ig.ufu.br)>. Acesso em: nov. 2008.
11. LIMA, Marcelo Vieira de. A informática médica na Atenção Primária. In: DUNCAN, B. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artemd, 2004. p. 107-114.
12. LITTLE, Paul E. *Amazonia: territorial struggles on perennial frontiers*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2001.
13. LITTLE, Paul E. *Territórios sociais e povos tradicionais no Brasil: por uma antropologia da territorialidade*. Brasília: Ed. da UnB, 2002. (Série Antropologia).
14. MONKEN, Maurício, et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, Ary Carvalho de;

- BARCELLOS, Christovam; MOREIRA, Josino Costa; MONKEN, Mauricio. *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-41. v. 1.
15. OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Carta de Ottawa*. 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadarq/ottawa.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2009.
16. ORTIZ, Renato. *Um outro território: ensaios sobre a mundialização*. São Paulo: Olho-d'Água, 1996.
17. PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam. O território no programa da família. *Hygeia*, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006. Disponível em: <[www.hygeia.ig.ufu.br](http://www.hygeia.ig.ufu.br)>. Acesso em: 20 mar. 2009.
18. SACK, R. *Human territoriality: its theory and history*. Cambridge: Cambridge University Press 1986.
19. SANTOS, Milton; SILVEIRA, María Laura. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. São Paulo: Record, 2001.
20. SARTI, C. *A Família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. Campinas: Fapesp, 1996.
21. SCOTT, Parry. Agentes Comunitários e saúde reprodutiva: uma experiência recente no nordeste brasileiro. In: OLIVEIRA, Maria Coleta; ROCHA, Maria Isabel Baltar da (Org.). Campinas: Ed. da Unicamp/Nepo, 2001. p.49-70.
22. SILVA, A.M.R.; OLIVEIRA, M.S.M.; NUNES; TORRES. A Unidade Básica de Saúde e seu território. In: ANDRADE, S.M.; SOARES DA; CORDONI JUNIOR L. (Org.). *Bases da saúde coletiva*. Londrina: Ed. da UEL, 2001. p 145-160.
23. STARFIELD, Bárbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.
24. TAKEDA, S. A organização de serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, B. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 76 -87.
25. TARGA, L.V. *Mobilizando coletivos e construindo competências culturais: estudo antropológico da política brasileira de Atenção Primária à Saúde*. 2010. Dissertação (Mestrado) – UFRGS, Porto Alegre, 2010.
26. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Declaration of Alma-Ata*. 1978. Disponível em: <[http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)>. Acesso em: 17 set. 2009.
27. ZAMBRANO, C.V. Territorios Plurales, Cambio Sociopolitico y Governabilidad Cultural. *Boletim Goiano de Geografia*. Universidade Federal de Goiás. Instituto de Estudos Sócio-Ambientais/Geografia. Edição Especial 20 anos. v.21 (1), jan-jul 2001.

## ABORDAGEM COMUNITÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Naiane Melissa Dartora Santos\*

Cristina Furlan Zabka\*\*

Enrique Falceto de Barros\*\*

Fábio Duarte Schwalm\*\*

O trabalho em atenção primária envolve o indivíduo, a família e a comunidade, utilizando-se de uma visão ampla do processo saúde-doença em que os determinantes sociais exercem um papel importante. Nesse contexto, o médico de família utiliza diferentes ferramentas para atingir esse objetivo, sendo a abordagem comunitária uma das ferramentas mais difundidas. Atualmente, há múltiplos entendimentos acerca do que é saúde, perpassando a própria relação entre saúde e sociedade. O Médico de Família e Comunidade (MFC) olha para o território e a comunidade que ali vive, procurando compreender todas essas variáveis para, juntamente com os atores, construir um diagnóstico dos problemas e programar intervenções. Muitas são as opções de abordagem comunitária como as ações que envolvem o atendimento domiciliar, o controle social, a terapia comunitária, a rádio comunitária, as ações em espaços de trabalho e, principalmente, os grupos voltados a públicos definidos, atividades em escolas e salas de espera realizadas na Unidade Básica de Saúde (UBS).

\* Médica de Família e Comunidade – SMS/Caxias do Sul/RS. Mestre em Educação/UFRGS. Professora no Curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul (UCS).

\*\* Médico de Família e Comunidade.

As experiências em saúde com abordagem coletiva não são, propriamente, uma prática recente na história do cuidado em saúde. Ações grupais são tão antigas quanto a humanidade. O curandeiro, ou Xamã, das tribos indígenas, em seus rituais religiosos, reunia sua tribo para livrá-la dos males. (1). Sabemos que a primeira experiência oficial de abordagem coletiva em unidades de saúde ocorreu em 1905, quando o Dr. Joseph Pratt, um médico fisiologista de Massachusetts (Boston, EUA), começou a reunir seus pacientes portadores de tuberculose para tratá-los coletivamente. Apesar de intuitiva, a técnica mostrou-se favorável pela observação de melhorias no âmbito emocional dos pacientes, com evolução satisfatória da doença, tanto que, mais tarde, ela foi ampliada para pacientes diabéticos, cardíacos e psiconeuróticos. Essa experiência de trabalho em grupo, dentro do serviço de saúde, demonstra que, desde a concepção, foi organizado de forma assistencialista, com um caráter informativo, prescritivo e centrado no profissional. (1).

Desde o surgimento das ações comunitárias, muito se refletiu sobre a sua forma de realização, destacando que indicadores de baixa adesão e o número de faltosos às atividades levam a reflexões que resultam em mudanças na forma de se trabalhar com a comunidade. Atualmente, tais ações pretendem alcançar a integralidade do cuidado, buscando um contexto participativo e interativo, tendo como objetivo maior o desenvolvimento da autonomia e do autocuidado nos seus participantes. (1). As ações coletivas podem ser aplicadas aos mais diversos assuntos dentro da área da saúde, sendo que os grupos e as ações nas escolas e demais ações comunitárias podem levar à prevenção de problemas de saúde, pois são práticas educativas que se utilizam do conhecimento de fatores de riscos e da sua influência nos adoecimentos para promoção da saúde, sendo detalhados neste capítulo.

## A abordagem comunitária na MFC

Em relação à Estratégia de Saúde da Família (ESF), modelo que representa o modo de prática da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, os grupos e as atividades coletivas aparecem como potentes ferramentas para mudanças no modelo assistencial, com ênfase na

promoção, prevenção e assistência à saúde. Nesse sentido, o objetivo dessas ações aparece ainda mais amplo: 1) a ESF propõe-se a desenvolver atividades que envolvam os diferentes setores que estejam, de alguma, forma relacionados com o processo saúde-doença; 2) o trabalho em APS é em equipe, quer dizer, que existe uma diversidade de categorias profissionais, dentre elas destaca-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS), por ter fundamental importância nesse processo. Ele é o agente que possibilita uma real ligação entre a comunidade e a equipe, trazendo informações e a cultura local para dentro do serviço de saúde; e 3) as ações desenvolvem-se em uma variedade de espaços, levando a abordagem comunitária para dentro da própria comunidade para ser desenvolvida muitas vezes em espaços não convencionais, como: centros de convivência, comércios, empresas, escolas, entre outros.

Assim, são responsabilidades da equipe de ESF:

- realizar ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua;
- desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação baseados no diagnóstico situacional e focados na família e na comunidade; e
- integrar-se a instituições e organizações sociais para o desenvolvimento de parcerias.

É necessário que a abordagem comunitária seja trabalhada de maneira *interdisciplinar*, transversal e dialógica. Interdisciplinar porque diz respeito às diversas profissões que interferem de maneira positiva no processo saúde-doença; *transversal* porque permite e exige a partilha do conhecimento sobre os processos do próprio grupo e do saber sobre o mundo; *dialógica* porque a condição operacional fundamental do grupo é o diálogo. Assim, o profissional que detém o saber científico deixa de representar uma autoridade, pois todos têm saberes, sejam eles populares ou técnico, que se complementam e se integram. (1).

## Elaborando uma ação comunitária

### 1. Diagnóstico situacional:

O diagnóstico situacional, ou diagnóstico de comunidade, é o primeiro passo a ser dado quando se deseja realizar um trabalho comunitário. O diagnóstico situacional, ou de comunidade, segundo Takeda (2004, p. 82), consiste em uma pesquisa para o reconhecimento da comunidade e o levantamento demográfico da saúde e dos recursos e serviços, incluindo uma compreensão de aspectos culturais; desse modo, constitui um estudo de aspectos históricos, geopolíticos, culturais, socioeconômicos e de saúde de uma população. Quando se trabalha na ESF, esse diagnóstico de saúde da comunidade inicia na territorialização e no próprio cadastramento realizado pelos ACSs, quando se identificam microáreas de risco e grupos prioritários. (4). Contextualizar a realidade sobre a qual se pretende atuar significa realizar o diagnóstico em saúde da área de atuação da equipe com a priorização de situações de risco e pactuação dessa priorização com a própria comunidade. Esse passo constitui propriamente o conhecimento da realidade, conhecimento que, muitas vezes possibilita um contato com diferentes e complexos problemas de saúde. (2).

### 2. Territorialização:

A territorialização é um processo de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e de saúde da população e um meio pelo qual se pode compreender o uso do território em todos os níveis das atividades humanas (econômico, social, cultural), produzindo-se dados mais fidedignos que reproduzam a realidade da comunidade. (3).

### 3. Sistemas de Informações:

Além de realizar o processo de territorialização, devemos buscar as informações já disponíveis sobre o território, que podem ser acessadas na própria UBS, ou em outras fontes, como: Datasus, IBGE e registros da Secretaria Municipal da Saúde.

#### 4. Identificação de problemas:

As três etapas anteriores servem para orientar quanto à identificação dos problemas, a partir das informações obtidas no diagnóstico de comunidade; dos sistemas de informação e do território a ser trabalhado. É possível que os membros da equipe façam um levantamento dos problemas a serem enfrentados. Sempre depois de elencados os problemas, é possível estabelecer um planejamento para o enfrentamento de cada uma das situações, ou problemas, encontrados, segundo Takeda (2004, p. 84). O planejamento é uma ferramenta capaz de aprimorar os serviços de saúde, aumentar a eficiência das ações e melhorar a qualidade dos serviços oferecidos.

Na escolha das prioridades a serem enfrentadas estrategicamente pelas equipes, um recurso a ser utilizado pode ser denominado MTV: *M* significa a magnitude do problema ou situação, com que frequência o problema atinge a população em questão; *T* significa a transcendência, quer dizer, a importância do problema, como, por exemplo, qual é a sua morbimortalidade; e *V*, a vulnerabilidade do problema, ou seja, qual é a nossa capacidade de intervenção sobre o problema, qual é a chance de ele ser resolvido ou minimizado após a nossa ação. (2).

#### 5. Planejamento da ação comunitária:

Após a eleição do problema, fazemos um estudo detalhado do mesmo, a fim de determinar o foco de abordagem. Definido o foco de intervenção, iniciamos o planejamento da ação, definindo o público-alvo, o local e a forma de sua realização.

#### 6. Recursos necessários:

A definição dos recursos e dos materiais necessários depende inicialmente da ação e da estratégia a serem utilizadas para o enfrentamento do problema escolhido. Entre os recursos necessários, inclui-se o espaço físico para a realização da ação, o pessoal habilitado para a execução da ação, e a própria viabilidade de os recursos estarem disponíveis. Entre os recursos a serem utilizados, está a *construção de material educativo*: a seleção do formato dos materiais educativos (diapositivos, cartazes, folhetos, manuais, cartilhas,

programas audiovisuais), devendo-se levar em conta as características da população-alvo, como: a linguagem e os aspectos culturais, a relação custo-benefício e a factibilidade de sua utilização. Sempre que possível, o material produzido deve ser testado em uma amostra representativa da comunidade, para que sejam resolvidas as dúvidas e que as sugestões e os comentários possam ser incorporados à versão final. Por fim, o material final deve ser colocado em local de grande circulação de pessoas e com boa visibilidade. (4).

## 7. Habilidades e conhecimentos do MFC:

As ações comunitárias apresentam-se como um potente recurso no cuidado, pois têm caráter multiplicador de informações, podem ser aplicadas a indivíduos, famílias e à própria comunidade. Entre as habilidades de que os profissionais de saúde necessitam para o trabalho com a comunidade é importante que todos os membros da equipe tenham a capacidade de reunir um grupo de pessoas com objetivos comuns, para que a atividade proposta gere benefícios à comunidade. Da mesma maneira, exigem o domínio de habilidades comunicativas e conhecimento amplo sobre o processo saúde-doença pelo profissional que irá conduzir a ação. Como as ações comunitárias abordam questões de mudança comportamental, devem-se esperar resultados a médio e longo prazos.

Na sua operacionalização, um componente importante diz respeito ao domínio de habilidades de comunicação, um amplo conhecimento sobre o processo saúde-doença, atitudes de acolhimento, empatia e escuta ativa, que possibilitem reflexão para que sejam atingidos os objetivos do grupo. (1). O coordenador, na verdade, deve se constituir como um facilitador que deve ajudar o grupo a manter-se e a atingir o seu objetivo, um mediador entre o que o paciente traz e o conhecimento que o profissional domina. (1). O profissional envolvido nessa atividade deve ter clareza que, além do conhecimento técnico necessário para desenvolvê-la é necessário também que tenha habilidade de relacionar-se, incluindo aí a habilidade de comunicação (flexibilidade, empatia, escuta) e de atitudes (respeito, comprometimento, simplicidade, etc.) (1).

## 8. Público-alvo:

A abordagem comunitária pode ser direcionada a diferentes públicos de acordo com o problema identificado e a estratégia de ação elaborada. Para o sucesso de qualquer ação comunitária no contexto da atenção primária à saúde, é fundamental uma parceria entre os profissionais da equipe de Saúde da Família e a própria população que sofrerá ação, numa constante reflexão sobre a prática e a inclusão da população como protagonistas da ação. (1). É importante definir a proposta e os objetivos de qualquer ação comunitária, muitas das estratégias utilizadas, como a organização de grupos exigem uma atuação de forma cooperativa, compartilhada co-responsável, com base no diálogo e na interação. (1). O estabelecimento de qual é o público-alvo permite que nessa etapa do planejamento a comunidade se identifique como parte da realidade que se quer transformar. Inicialmente se pensa que as ações comunitárias, sejam grupos ou não, devam ser organizados com base nas necessidades e demandas dos pacientes da sua própria unidade de saúde. (1). Os participantes das atividades geralmente são determinados por sua identificação com o espaço coletivo e são direcionados pelos próprios profissionais que buscam ampliar os espaços de cuidado e favorecer a atividade dos multiplicadores de informação. (1).

## 9. Metodologia:

As ações comunitárias podem ser colocadas em prática de diferentes formas. O que determina a maneira como cada equipe o fará depende, principalmente, do objetivo principal de cada ação. Assim, podemos abordar um determinado grupo através de uma apresentação expositiva, dinâmica de grupo, sala de espera, encenação teatral, filmes, rodas de conversa, campanha de saúde, gincana, entre outros. As dinâmicas grupais de apresentação e de integração favorecem a motivação para a participação nas atividades. (1).

Os objetivos das ações podem ser os mais variados, como ser um espaço de reflexão e suporte, um local para discutir possibilidades e encontrar soluções para os problemas que se apresentam, a

participação e a adesão dos pacientes ao tratamento proposto, o restabelecimento do equilíbrio individual, o fortalecimento da autonomia, entre outros. (1).

#### 10. Avaliação do processo e dos resultados:

Essa etapa consiste na mensuração do impacto do programa, analisando sua eficácia e eficiência na mudança de comportamento do público-alvo. (4).

#### Conclusão

Pode-se considerar que, desde o seu início, há mais de um século, as ações coletivas em saúde tiveram um avanço significativo. A garantia dessas ações como prática integrante da APS e da ESF através de legislação, assegura ao profissional de saúde a sua realização sistematizada e regular, difundindo as práticas de prevenção e promoção da saúde e não somente como uma estratégia de redução de demandas. Vale ainda destacar o potencial de multiplicar informações e práticas de cuidado, facilitar a organização das ações em saúde, otimizando recursos e direcionando ações. (1).

Apesar da existência desse respaldo legal bem-sedimentado, as ações coletivas em saúde ainda não são uma prática homogênea em todos os serviços, onde a ESF atua. Para que isso ocorra, as equipes devem entender que essa prática tem igual valor ao de atendimento clínico individualizado, com uma abrangência mais ampla e que permite a participação ativa da comunidade na construção social do sistema de saúde.

#### Referências

1. AFONSO, D. H.; SILVEIRA, M. L. C. O trabalho do Médico de Família e Comunidade com grupos na Atenção Primária à Saúde. *Programa de Atualização de Medicina de Família e Comunidade (PROMEF)*. Porto Alegre: Artmed; Panamericana, Ciclo 2, Módulo 2, 2007.

2. TAKEDA, S. A organização de serviços de Atenção Primária à Saúde. *Medicina Ambulatorial: condutas em Atenção Primária baseadas em evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
3. GUSSO, G.; LOPES, J. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1.
4. ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; FONSECA, C. D. A Estratégia Saúde da Família. *Medicina Ambulatorial: condutas em Atenção Primária baseadas em evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.



# ENSINO MÉDICO EM ÁREAS RURAIS

Leonardo Vieira Targa\*

## Por que rural?

Aproximadamente, metade das pessoas do mundo vive em áreas rurais (1). Grande parte das áreas consideradas urbanas são, na verdade, pequenas cidades e distritos que guardam características rurais e relações estreitas com o meio rural. No Brasil, 73% dos municípios são pequenos, tendo menos de vinte mil habitantes (2). Embora proporcionalmente menor, a população rural, no Brasil, também vem crescendo em números absolutos nos últimos anos.

O número de profissionais da saúde que trabalha para essas populações, entretanto, é proporcionalmente muito menor. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que menos de um quarto dos médicos trabalham nessas áreas (gráfico 1). Esse problema é ainda mais grave nos países pobres, mas não é exclusivo desses. Na África do Sul, por exemplo, embora 46% da população viva em zonas rurais, somente 12% dos médicos trabalham nessas regiões. Nos Estados Unidos, 20% da população se encontra em áreas rurais, mas conta com atenção à saúde de somente 9% dos médicos do país (1).

\* Médico de Família e Comunidade – SMS/ Nova Petrópolis/RS. Professor no curso de Medicina na Universidade Caxias do Sul

Gráfico I – Rural/urban worldwide distribution of physicians, nurses and population



Fonte: OMS (2007).

A “Lei dos Cuidados Inversos”, que determina que “a disponibilidade de um cuidado médico de qualidade tende a variar inversamente à necessidade do mesmo em uma determinada população”, descrita por Tudor-Hart (3), parece se aplicar bem às áreas rurais. Os médicos brasileiros concentram-se em áreas urbanas e nas Regiões Sudeste e Sul. Enquanto o Distrito Federal e o Rio de Janeiro apresentam uma relação de mais de 3,5 médicos por 1.000 habitantes, o Amapá, o Pará e o Maranhão têm menos de 1 médico por 1.000 habitantes(4). No conjunto das capitais, a razão de médicos registrados por 1.000 habitantes é de 4,22 contra 1,95 no País como um todo (4).

Há, portanto, grande obstáculo à equidade em nosso sistema de saúde, quando se estuda a distribuição e a facilidade de acesso a recursos de saúde. Se buscamos construir um sistema de saúde nacional que tenha a universalidade, a equidade e a integralidade como princípios básicos, refletir sobre as características da saúde e sobre a disponibilidade de recursos nas áreas rurais parece indispensável.

Por outro lado, nem tudo é escassez nas áreas rurais. Há aspectos positivos na saúde das populações rurais que são amplamente variáveis de região para região. Em muitas áreas rurais, há um acesso ao ar e à água de qualidade, menores índices de violência do que nos grandes centros urbanos, menor custo de vida e maior rede de apoio social, o que, entre outros motivos, está contribuindo para fluxos migratórios para algumas dessas áreas. A democratização do acesso à informação

e à comunicação por mídias sociais, assim como o melhoramento dos meios de transporte e vias também têm contribuído para um relativo e menor isolamento dessas populações, se comparadas às de décadas anteriores. O ecoturismo, os esportes radicais, a busca de alimentos e estilos de vida alternativos também representam movimentos no contrafluxo do majoritário êxodo rural, tão estudado, assim como geram implicações novas para o cuidado da saúde tanto das populações rurais quanto das urbanas.

Apesar disso, a realidade da maior parte do mundo rural ainda não é essa. Vários indicadores importantes de saúde são piores no meio rural, como o índice de tabagismo (5), de mortalidade infantil (6) e de autoavaliação da saúde (7).

Essa realidade levanta questionamentos em relação a: que estratégias adotar para melhorar a saúde desses grupos e, entre elas, como aumentar o número de profissionais no interior, sua qualidade e sua permanência nesses locais? Quais são as evidências que estão disponíveis para nos orientar na solução desses problemas? Há países em situação semelhante à do Brasil com quem possamos aprender e compartilhar alternativas?

### Diminuindo o rural: *urban gap*

Diversos países ao redor do globo apresentam semelhanças com os desafios que enfrentamos no Brasil, como: grandes áreas pouco habitadas, ecossistemas de difícil acesso e mobilidade, diversidade cultural enorme com grupos humanos em contato recente e/ou esporádico com as formas de vida urbana, cosmopolita. Entre esses países, podemos facilmente identificar o Canadá e a Austrália, líderes mundiais em saúde rural assim como (logo após) os Estados Unidos, a China e a Rússia. Países como a África do Sul e a Nova Zelândia também apresentam experiências ricas, embora com áreas relativamente menores. A experiência desses e de outros locais tem sido discutida, estudada e serve de base para muitas recomendações internacionais a respeito.

O *Working Party on Rural Practice*, da Associação Mundial de Médicos de Família (8), estabelece os seguintes princípios para o fortalecimento da Medicina Rural:

1. a infraestrutura necessária para implementação da atenção à saúde integral de áreas rurais, remotas e com dificuldades de acesso deve ser de suma prioridade para os governos nacionais;
2. a natureza específica da prática rural, incluindo a mais ampla gama de habilidades requeridas pelos médicos rurais, deve ser reconhecida pelos governos e pelas organizações profissionais;
3. o núcleo de competências da prática geral/de família deve ser ampliado pela provisão de habilidades adicionais para a prática rural especificamente apropriada a determinadas localidades;
4. o *status* dos médicos rurais deve ser elevado por meio de uma abordagem coordenada que envolva planos de carreira, educação e treinamento, aumento de incentivos e a melhoria das condições de trabalho. Essas medidas devem ser financiadas e apoiadas por governos, comunidades e organizações profissionais reconhecendo o papel vital do médico rural;
5. o médico rural e outros profissionais da saúde devem auxiliar a comunidade na avaliação, na análise e no desenvolvimento de serviços de saúde que estejam voltados às necessidades locais, sem deixar de reconhecer a importância da abordagem voltada à pessoa, em nível individual;
6. os modelos de serviços em saúde rural devem ser avaliados e promovidos em parceria com as comunidades rurais e em cooperação com autoridades de saúde regionais e nacionais;
7. os médicos rurais devem adotar a filosofia da Atenção Primária à Saúde (APS) como chave para a saúde de comunidades rurais; e
8. deve haver a participação feminina em todas as instâncias representativas onde as decisões forem tomadas.

Vemos que esses princípios se compatibilizam completamente com os que vêm norteando a criação e ampliação da especialidade Medicina de Família e Comunidade (MFC) em nosso país e com as evidências internacionais de organização dos sistemas de saúde a partir da APS. Parece necessário, contudo, uma mudança na postura e na gestão das políticas de interiorização de profissionais da saúde que contemplem essas necessidades como reais prioridades de saúde.

Além disso, para alguns políticos ou gestores públicos, resultados de curto prazo podem ser mais interessantes do ponto de vista eleitoral, embora com menor evidência de seu impacto no longo prazo, para a melhoria dos indicadores de saúde e recursos humanos, como o recrutamento temporário de estrangeiros e as políticas de recrutamento compulsório, em geral, de recém-formados. Em relação a isso, vários documentos importantes (9, 10, 11) de *experts* e da própria OMS alertam para a importância de se planejar as políticas de recrutamento a partir de princípios éticos claros e sempre com ênfase na promoção da fixação dos profissionais, o que, ao incrementar a longitudinalidade potencializa a melhoria da qualidade do sistema de saúde (12).

A OMS faz recomendações baseadas em evidências e sugere a adoção de estratégias múltiplas complementares e a adaptação para a cultura local das mesmas (1). Alguns exemplos de recomendações para melhorar a defasagem rural-urbana contam com um bom nível de evidências a partir da revisão de estudos ou de um forte nível de recomendação por parte da OMS. Isso significa que têm grande chance de serem aplicáveis em diferentes contextos e possuem baixa probabilidade de causar efeitos prejudiciais:

- políticas de direcionamento na admissão de estudantes de origem rural nos cursos da saúde, visto que a proveniência de áreas rurais, por sua vez, está relacionada a uma maior chance de trabalhar nessas áreas após a conclusão dos estudos. Entre essas políticas sugere-se a melhoria da qualidade dos Ensinos Fundamental e Médio em áreas rurais. Essa medida aumentaria a chance de acesso ao Ensino Superior de estudantes provenientes de áreas rurais e de difícil acesso no longo prazo. Além disso, o financiamento de bolsas de estudo e o apoio diversificado para os gastos durante os estudos são citados;

- revisar os currículos de forma a incluir tópicos de saúde rural com a finalidade de aumentar a competência dos profissionais para trabalhar nessa realidade aumentando, assim, sua satisfação e fixação;
- melhorar as condições de vida dos profissionais rurais da saúde e as de suas famílias investindo em infraestrutura e serviços (eletricidade, saneamento, comunicação, escolas, etc.), visto que esses fatores têm um grande impacto na decisão de trabalhar e permanecer nessas áreas;
- prover um adequado e seguro ambiente de trabalho, incluindo equipamentos de proteção, provisões, supervisão de apoio, etc.;
- identificar e implementar atividades extras, que facilitem a cooperação entre profissionais da saúde de áreas melhor e menos servidas e, quando possível, instrumentos de telessaúde para locais rurais e remotos;
- desenvolver planos de carreira para os profissionais, no sentido de que estimulem os profissionais rurais a progredirem em termos de experiência, educação e treinamento sem necessidade de deixar suas áreas; e
- dar suporte a redes de médicos rurais, associações, periódicos de saúde rural de forma a melhorar a autoestima e o *status* dos profissionais que praticam a Medicina em áreas rurais e de diminuir a sensação de isolamento.

Praticamente todas essas recomendações têm efeito limitado, se tomadas isoladamente, sendo sugerida a adoção de combinações dessas, entre outras, como as a seguir citadas (figura 1). As orientações que seguem têm embasamento limitado à literatura e devem ser estudadas em relação às realidades locais diversas:

- estimular a criação de escolas médicas e de outros cursos da saúde fora das capitais;
- promover atividades em áreas rurais durante a graduação;
- desenhar programas de educação continuada e de desenvolvimento profissional voltados às necessidades de trabalhadores rurais;

- aumentar e dar suporte a um mais amplo espectro de ação do profissional com vistas a aumentar a sua satisfação em áreas rurais;
- aumentar a diversidade de profissões da saúde em localidades rurais e remotas;
- assegurar que serviços compulsórios/temporários para profissionais da saúde, como os que existem em vários países, sejam acompanhados de suporte apropriado e incentivos;
- oferecer bolsas de estudo em troca de serviço temporário posterior em área rural ou remota; e
- oferecer uma gama ampla de incentivos como adicionais de distância e dificuldade de acesso, para moradia e transporte, férias pagas, etc.

Figura 1 – Necessidade de abordagem múltipla das políticas de recrutamento



Fonte: Fatores relacionados à decisão tomada por um profissional de saúde de trabalhar em áreas rurais. Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010).

## ○ que diferencia o rural considerando a saúde?

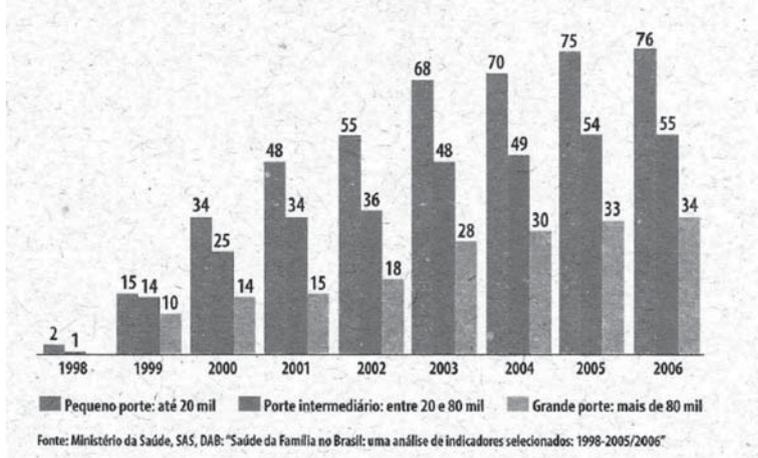
Em geral, os princípios da APS, como forma de organização de um sistema de saúde a partir de serviços de porta de entrada próximos das casas das pessoas, de caráter integral, longitudinal e coordenado com o restante do sistema, não diferem das áreas urbanas. Da mesma forma, as características derivadas da centralização na família e na comunidade, a competência cultural e as características do Médico de Família e Comunidade (MFC) revisadas em capítulos anteriores permanecem válidos para o meio rural. Entretanto, há certas especificidades no trabalho do MFC e na organização do sistema de saúde nesse meio que merecem ser observadas:

### *1. acesso ou porta de entrada e longitudinalidade*

Em muitas áreas rurais, o nível primário é ainda mais importante como porta de entrada do sistema de saúde do que nas cidades (13). Os atendimentos em postos de saúde totalizaram 40,5% dos atendimentos de homens e 44,6% dos atendimentos de mulheres nas zonas rurais, contra 28,3% e 30,6%, respectivamente, nas cidades, de acordo com pesquisa nacional por amostragem de domicílios de 2008 (13). Essa diferença tende a se aprofundar com a priorização da Estratégia Saúde da Família (ESF) em municípios pequenos (gráfico 2). Em algumas localidades, o posto de saúde é o único ponto próximo de acesso ao sistema de saúde.

Gráfico 2 – A cobertura de saúde da família tem priorizado municípios de pequeno porte o que aumenta a importância da atenção básica como fonte de primeiro acesso em áreas rurais comparativamente às áreas urbanas

**Cobertura (%) da Saúde da Família segundo o número de habitantes do Município**



Por outro lado, quando explorados os motivos da não atendimento médico, chama a atenção o maior número de homens que referiram não haver serviço de saúde disponível nas zonas rurais e de mulheres que referiram não haver médico atendendo (13). Mais pessoas (de ambos os sexos) referiram *não ter dinheiro* como motivo do não atendimento em zonas rurais em relação às urbanas (13). Enquanto nas áreas urbanas, a percentagem média de pessoas com planos privados é de 29,7%, nas áreas rurais, esse número cai para 6,4%, sendo grandes as diferenças entre as regiões do País (14).

Em relação à saúde dos idosos (15) em áreas rurais, relata-se que as mulheres consultam mais médicos (76%) do que os homens (61,5%). Essas proporções foram bastante inferiores às observadas entre os idosos residentes em áreas urbanas: 84,7% das mulheres e 73,5% dos homens. A proporção de idosos que referiu ter um serviço de saúde de uso regular, entre os residentes em áreas rurais, foi de 73,4% em 2003 comparada com 81,8% nas áreas urbanas. Não se

observou diferenças entre os sexos. Os idosos urbanos com restrição de atividades apresentaram maior taxa de utilização do serviço do que idosos rurais: em relação à consulta odontológica, foram 9,1% em idosos rurais contra 19,1% em urbanos. Os idosos rurais também pagaram mais pelos procedimentos do que os urbanos (15). O aumento da cobertura de planos de saúde na população de idosos rurais não teve reflexo no aumento da participação dos planos de saúde privados no financiamento de serviços prestados. Esse achado coloca em questão a qualidade dos planos de saúde privados disponíveis a essa população (15).

Quando se pensa em acesso à saúde rural, logo vêm à mente as dificuldades de transporte e as grandes distâncias. Criatividade e flexibilidade têm sido necessárias em regiões rurais do Brasil, como uso de embarcações servindo como postos de saúde móveis, equipes itinerantes e transporte de pessoas. A estratégia de treinamento de Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) nas mais diversas realidades é uma forma de ampliação do acesso. Recentemente, bicicletas foram distribuídas como forma de facilitar o trabalho, embora não sejam viáveis em regiões como a Amazônica ou de relevo muito acidentado como na serra. Há necessidade de individualização no momento de repensar nos recursos desse tipo com a necessidade de, em alguns lugares, serem usados jipes de tração, barcos, etc.

Os mesmos desafios de acessibilidade também serão obstáculo para a longitudinalidade. A atenção domiciliar constitui uma prática de grande importância para diminuir a fragmentação da atenção e o foco apenas nos episódios de doença grave (16). O menor número de alternativas de acesso ao sistema de saúde e as distâncias facilitam, também, embora involuntariamente, a longitudinalidade. A falta de políticas de longo prazo, com ênfase na fixação ao invés de no recrutamento de curto prazo de recursos humanos, prejudica a longitudinalidade.

Muitas atividades rurais apresentam periodicidades específicas no ciclo diário, relacionadas às estações ou às condições climáticas. Certos tipos de trabalho, uma vez iniciados, preferencialmente, não deverão ser interrompidos. Outros serviços são melhor realizados à noite, como o carregamento (para transporte) de aves de criação, o que exige alteração do ciclo circadiano ou diminuição do sono total,

já que esse serviço, frequentemente, complementa a renda do trabalho rural diário. Outros serviços exigirão grandes deslocamentos o que alterará ou impedirá, temporariamente, a possibilidade de contato com o serviço de saúde. Essa é uma das dificuldades do MFC em áreas rurais onde uma parcela expressiva da população deve se deslocar para trabalhar, inclusive para áreas urbanas mais ou menos próximas. Essas pessoas, muitas vezes, não têm acesso a um serviço de saúde do trabalhador que dê cobertura aos recursos diagnósticos e terapêuticos necessários. Esses precisam ausentar-se do trabalho para acessar as equipes que estão nas áreas rurais onde moram e, portanto, para a qual estão designadas pela regulamentação territorializada do sistema de saúde.

A saúde de grupos nômades e de trabalhadores rurais temporários são capítulos específicos da Medicina Rural e representam grande desafio por sua maior exposição a fatores de risco, doenças e fragmentação do cuidado (17). A sua mobilidade também gera desafios para pesquisas e a confiabilidade dos dados de notificação de agravos, epidemias, acidentes de trabalho, etc. (18).

## 2. Integralidade e coordenação

A *integralidade* é um termo de conceituação rica e variada. De qualquer forma que se conceitue, ela apresentará nuances e desafios para as zonas rurais. Do ponto de vista de níveis de prevenção, em que assumimos a *integralidade* como o acesso a atividades de prevenção, promoção e reabilitação, além do enfoque curativo tradicional, percebe-se que menos pessoas referem como motivo de consulta “exames de rotina ou prevenção” (13) em relação as zonas urbanas. As taxas de vacinação em crianças são menores nas zonas rurais (19).

Do ponto de vista de acesso a recursos de saúde, como: exames, procedimentos, especialistas, internações, etc., em que a *integralidade* é assumida como um aspecto do acesso conforme as necessidades, vê-se que as equipes de saúde rural são menores em geral do que as das grandes cidades e há um número mais limitado de recursos materiais e de outros profissionais, bem como de médicos especialistas. São necessárias redes regionais de referência nesses

locais, assim como estruturas logísticas de transporte e acompanhamento dessas pessoas. Até o presente, esse tem sido um ponto crítico dentro da atenção à saúde no Brasil, não só pelas dificuldades de acesso, mas pela frequente inexistência ou ineficácia em tempo hábil de fluxos estáveis e organizados. Recursos recentemente disponíveis e progressivamente mais utilizados como dispositivos de consultoria a distância, prontuários informatizados e *fax*, entre outros, tendem a diminuir essas dificuldades, mas, em muitos casos, o contato direto com especialistas ou o acesso a recursos diversos é insubstituível. O melhor treinamento dos profissionais que vão para áreas rurais, como veremos a seguir, deve fazer parte de qualquer estratégia de saúde rural.

A integralidade diz respeito também a uma ampliação do foco de atenção ao processo patológico individual e de uma intervenção biomédica pontual, para uma compreensão ampliada do processo de saúde-doença e intervenção continuada e compreensiva do ciclo de vida da pessoa, de suas redes familiares e comunitárias. Sendo assim, a reflexão acerca dos fenômenos históricos, das peculiaridades regionais e das formas de inserção global das comunidades, das formas como as redes naturais-sociais se dão no âmbito rural e de suas relações com a produção de saúde-doença deve estar sempre presente no cotidiano das equipes de saúde (20).

Outras características da prática rural que dizem respeito a essas características da APS é a utilização com mais frequência do contato direto com outros médicos que trabalham na região tanto por telefone quanto pessoalmente, a troca de informações, a diminuição da rede burocrática que organiza os sistemas locais, facilitando o acesso direto às pessoas que tomam as decisões ou dispõem das informações necessárias e que podem abrir exceções em casos especiais. O papel coordenador do médico de atenção básica fica evidente, por um lado, mas, por outro pode ser desafiado pelo acesso direto pelo usuário a especialistas, devido a uma menor dificuldade de contato com hospitais, emergências e consultórios privados (21).

### 3. *Centralização na família e comunidade*

Em geral, as zonas rurais apresentam valores mais tradicionais do que as grandes cidades (22), embora as novas tecnologias estejam

progressivamente desafiando essa noção. A forma como funciona em determinadas localidades o conceito de *família* impacta na questão: Como o MFC utilizará instrumentos e técnicas de trabalho como o genograma, as sessões de terapia de casal e de família? A forma de intervenção, as expectativas em relação às condutas e aos papéis dentro do núcleo familiar precisam ser contextualizadas nas diferentes comunidades, além de individualmente. É necessário lembrar que certa naturalização do conceito de família (23) é realizada frequentemente onde uma família nuclear com pai, mãe e filhos é vista como forma ideal de família, o que nem sempre condiz com a realidade e com outras culturas. É conhecida, também, a necessidade de adaptação da teoria da terapia de família à realidade nacional e às diferentes classes sociais (24). Entretanto, para algumas comunidades rurais mais tradicionais, tais adaptações podem ser facilitadas por uma relativa rigidez de modelos de família e normalidade locais.

Da mesma forma, o conceito de *comunidade*, que muitas vezes é discutível em regiões de uma cidade, no que diz respeito à tendência das equipes de saúde da família de tratarem sua população adscrita e territorializada como uma “comunidade real”, embora para as pessoas por essa atendidas, a delimitação para uso da equipe pode ser o único fator agregador (20). Em zonas rurais, entretanto, o sentimento de comunidade pode ser muito forte, e, se o processo de delimitação de áreas de abrangência das equipes respeitar esse fenômeno, pode-se criar um ambiente muito propício para intervenções comunitárias. É comum que a participação comunitária em reuniões de conselhos locais de saúde ou reuniões pontuais para tratar de problemas específicos tenha grande participação. Da mesma forma, o trabalho com grupos, em especial para idosos e pessoas que tenham certa flexibilidade de horários costuma ser gratificante, inclusive por abrir uma possibilidade a mais de lazer e convívio nas regiões que dispõem de poucas opções.

As atividades intersetoriais são potencialmente facilitadas pelo tamanho reduzido das estruturas e instituições, entretanto pode ficar mais dependentes da personalidade individual dos responsáveis por elas, o que nem sempre é produtivo. Assim, o médico rural tem grande facilidade de acesso, em geral, à(s) escola(s) local(is), a postos de trabalho, a igrejas, etc., e deve utilizar isso em favor da comunidade na qual trabalha.

#### *4. Competência cultural*

Em zonas rurais, a grande diversidade brasileira pode ser ainda mais aparente. Conceitos diferentes de saúde, doença e prevenção deverão ser conhecidos e manejados habilmente pelo médico rural, com vistas a não ferir a autonomia das pessoas para quem trabalha. A Medicina, assim como todas as formas de ciência aplicada, apresenta forte poder modificador das formas de vida tradicionais. O médico deve estar ciente do poder silenciador (25) sobre as culturas diversas que sua atividade apresenta e que gera resultados frequentemente imprevistos. O trabalho com cuidadores tradicionais e tratamentos não formalmente científicos pode ser ainda mais explícito do que nas grandes cidades. Conflitos desnecessários devem ser evitados, bem como uma postura arrogante perante outros saberes.

Conhecer um pouco da história dos conceitos de cultura e identidade e de suas várias definições; ter uma noção geral das discussões da Filosofia e da Antropologia, assim como da problemática entre natureza e cultura pode ser de grande valia para o médico em geral, mas mais especificamente para o profissional que trabalha com grande diversidade de formas de vida muito distantes da sua de origem (26).

O cuidar da saúde realizado pelo MFC em áreas rurais necessita ser compreendido como algo além de uma simples transposição das práticas médicas em um local diferente. Mais do que uma troca de cenários, é necessário o aprimoramento tendo em vista, conforme revisamos: 1) as características especiais da saúde das populações rurais; 2) as peculiaridades da forma de organização do sistema de saúde; e 3) a necessidade de adequação do perfil exigido para o profissional de saúde rural. Isso implica uma formação diferenciada desses profissionais a qual contemple essas diferenças e o suporte continuado desses após sua inserção nas comunidades rurais.

#### **A prática de Medicina Rural**

A prática da Medicina Rural varia tanto pela frequência e o tipo de problema de saúde encontrado como pelas habilidades necessárias ao médico rural. Consta-se que alguns problemas de saúde e fatores de risco se encontram mais frequentemente em zonas rurais do que

em urbanas, como: intoxicações agudas, subagudas e crônicas por agrotóxicos(27,28,29), acidentes com animais peçonhentos e plantas tóxicas (30) e acidentes decorrentes de certos riscos ocupacionais (31).

○ trabalho das populações rurais, frequentemente, está relacionado a exposições climáticas, físicas, químicas, orgânicas, além de ao risco de operações com máquinas específicas como serras, tratores, etc. (32). ○ fato de o trabalho ser muitas vezes realizado próximo *do* ou mesmo *no* próprio local de moradia também está relacionado a riscos.

○ trabalho dos profissionais da saúde também apresenta, tecnicamente, características distintas. Entre elas, podemos destacar o relativo isolamento de outros colegas (22), o que exige o desenvolvimento de certas habilidades, como:

- interpretação de exames sem laudos de especialista. É frequente a indisponibilidade total ou eventual de especialistas para laudos de eletrocardiogramas e radiografias, por exemplo;
- realização de procedimentos que seriam encaminhados para outros profissionais em grandes cidades. Muitas pessoas preferem realizar procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos em sua própria localidade, mesmo que disponham de referência apropriada. Não é incomum a recusa a fazer procedimentos se não forem feitos localmente;
- familiaridade com o manejo inicial de emergências. A distância e o tempo entre o primeiro atendimento e o da equipe apropriada para o tratamento definitivo, inclusive de saúde mental e traumas, costuma ser maior do que em grandes centros;
- ampliação da escala de habilidades em relação ao cuidado das fases do ciclo vital, incluindo atenção à gestante e à sua família, puericultura, puerpério, atenção à saúde de crianças e adolescentes, da mulher, do adulto, do idoso e cuidados durante o fim da vida; e

- ampliação da escala de habilidades no que diz respeito ao manejo integral e sociofamiliar da pessoa, incluindo competência dialógica intercultural.

Não são somente as características técnicas que mudam na prática rural, mas também há o relativo isolamento profissional do ponto de vista social. Muitos médicos irão conviver com as pessoas além de atendê-las no dia a dia. Isso implica flexibilizar horários, ter capacidade de negociar papéis e limites, e isso tem repercussões também na sua família (22).

Questões éticas afloram dessas características de vida e trabalho (33). O médico rural deve prestar atenção a questões de sigilo e privacidade, sendo uma parcela de seu convívio social dividida com pessoas com quem trabalha. Nem sempre será fácil separar o que é de conhecimento público e o que é informação profissional. Alguns problemas podem ser ocultados ao médico com maior intensidade como doenças sexualmente transmissíveis, abuso sexual, violência, drogadição. Os casos de violência são especialmente complexos pela proximidade e possibilidades de envolvimento do profissional e de sua família, conforme for a interferência percebida.

O respeito às diferenças e a capacidade de adaptação do profissional e de sua família também podem levantar questões. A adoção (ou não) de certos costumes e hábitos pode aproximar ou afastar o médico da população o que acaba acontecendo naturalmente; entretanto, pode ser necessário negociar alguns aspectos culturais com vistas à manutenção da privacidade e da personalidade do profissional. Essas questões aparecem mais comumente quando se trabalha com minorias étnicas. Da mesma forma, em um local pequeno, é comum que as relações pessoais do médico se deem, por exemplo, com o farmacêutico ou dono da farmácia e laboratórios. É necessário profissionalismo e ética para que as relações profissionais não sofram influência dessa proximidade. O mesmo ocorre com colegas e gestores, administradores públicos e privados.

Outra questão é a de que a comunidade, ao longo do tempo, irá conhecendo seu médico. Assim, alguém poderá, com o tempo,

saber o que dizer para ter maior chance de ganhar um antibiótico ou um atestado médico. Em vista disso, possivelmente se saberá em que áreas o médico é “mais fraco” ou tem tendência a encaminhar mais as pessoas a especialistas e urgências (34).

### Formação médica em áreas rurais

A carência de profissionais nas áreas rurais, o perfil dos formandos voltados aos sistemas de saúde urbanos e a necessidade de uma maior adequação dos currículos médicos reforçam a necessidade de uma seleção e formação médicas mais variadas. Atualmente, há uma tendência mundial em descentralizar parcial ou totalmente a formação médica (35). Essa descentralização já se mostrou eficaz em influenciar na escolha futura do local de trabalho e no tipo de orientação na pós-graduação, aumentando a chance do profissional de ter uma orientação generalista e trabalhar fora de grandes centros urbanos (36,37).

Além disso, há evidências de que estudantes de universidades rurais ou que têm parte de sua formação descentralizada não só não ficam atrás de estudantes formados de forma convencional, como dominam certas habilidades de forma superior a de seus colegas, como habilidades de comunicação e de adaptação cultural de seu conhecimento. (38, 39, 40, 41, 42). Esses resultados parecem depender pouco do nível econômico do País ou da região e dos diferentes modelos de educação médica rural.

Por todos esses motivos, aliados ao diagnóstico previamente estudado da realidade da situação de saúde das populações rurais e do sistema de saúde brasileiro, justifica-se um investimento maior na formação rural de médicos e outros profissionais da saúde, com ênfase maior em Medicina de Família e Comunidade, além de políticas que facilitem o recrutamento e a retenção desses profissionais onde são mais necessários.

## Referências

1. OMS. Organização Mundial da Saúde. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Genebra, 2010.
2. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=892&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=892&id_pagina=1)>. Acesso em: 8 dez. 2014.
3. Tudor-Hart JT. The Inverse care law. *Lancet* 1971;1(7696):405-12.
4. BRASIL. *Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades*. Coord. de Mário Scheffer; Aureliano Biancarelli e Alex Cassenote. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2011.
5. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bull World Health Organ.* 2007;85(7):527-34. In: CNDSS. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde*. Brasília, 2008.
6. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Departamento da População e Indicadores Sociais. *Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 1999.
7. DACHS, J.N.W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2002;7(4):641-57.
8. WWPRP. Wonca Working Party on Rural Practice. Policy on Rural Practice and Rural Health. Monash University School of Rural Health; Traralgon, Vic: 2001.
9. WWPRP. Wonca Working Party on Rural Practice. A Code of Practice for the International Recruitment of Health Care Professionals: THE MELBOURNE MANIFESTO. Melbourne, 2002.
10. World Health Organization (WHO). Migration of health workers: The WHO Code of Practice and the Global Economic Crisis, Geneva 2014. Disponível em: <[http://www.who.int/hrh/migration/14075\\_MigrationofHealth\\_Workers.pdf?ua=1](http://www.who.int/hrh/migration/14075_MigrationofHealth_Workers.pdf?ua=1)>. Acesso em: 8 dez. 2014.
11. Targa LV, Wynn-Jones J, Howe A, Anderson MIP, Lopes JMC, Lermen Jr N, et al. Declaração de Gramado pela Saúde Rural nos países em desenvolvimento. *Rev Bras Med Fam Com.* 2014;9(32). Disponível em <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9\(31\)982](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9(31)982)>. Acesso em: 8 dez. 2014.

12. Shin DW et al. Impact of Continuity of Care on Mortality and Health Care Costs: A Nationwide Cohort Study in Korea. *Ann Fam Med* 2014;12:534-41. doi: 10.1370/afm.1685.
13. PINHEIRO, R.S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2002;7 (4) : 687-707.
14. BRASIL. Ministério do Planejamento. Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde*, 2008. Rio de Janeiro: 2010.
15. TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Idosos de áreas rurais e acesso a serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2007;23(10):2490-502.
16. Atenção Domiciliar – ver tratado mfc.
17. Goldberg BW e Napolitano M. The Health of Migrant and Seasonal Farmworkers. Em: Loue S, Quill BE. *Handbook of Rural Health*. Kluwer Academic / Plenum Publishers: New York, USA 2001. p. 103-118.
18. Loue S e Morgenstern H. Methodological Issues in Rural Health Research and Care. Em: Loue S, Quill BE. *Handbook of Rural Health*. Kluwer Academic / Plenum Publishers: New York, USA 2001. p. 25-34.
19. BRASIL. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. 1996. Rio de Janeiro: Benfam, 1997. Apud Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Departamento da População e Indicadores Sociais. *Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 1999.
20. TARGA, L.V. Mobilizando coletivos e construindo competências culturais: estudo antropológico da política brasileira de Atenção Primária à Saúde. 2010. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.
21. TARGA, L.V. A prática da medicina rural. In: DUNCAN, B. et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2013.
22. YAWN, B.P. Rural medical practice: present and future. In: YAWN, B.P.; BUSHY, A.; YAWN, R.A. *Exploring rural medicine*. California: Sage Publications, 1994. p. 1-16.
23. FONSECA, C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. *Saúde e Sociedade*, v. 14, n. 2, p. 50-59, maio/ago. 2005.

24. FERNANDES, C.L.C.; CURRA, L.C.D. Ferramentas de abordagem da família. In: SBMFC. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed; Panamericana, 2005. p. 11-41.
25. Nader, L. *Naked Science*. New York: Routledge, 1996.
26. Yawn BP, Bushy A, et al. Making your practice palatable for your patients: cultural competency. In: Yawn BP, Bushy A, Yawn RA. *Exploring Rural Medicine*. Sage Publications: California, USA 1994. p. 253-270.
27. OPAS. OMS. Representação do Brasil. *Manual de vigilância da saúde de populações expostas a agrotóxicos*. Brasília, 1996.
28. Levigard YE. A Interpretação dos Profissionais de Saúde acerca das Queixas de Nervoso no Meio Rural: uma aproximação ao problema das intoxicações por agrotóxicos. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana) – Fundação Oswaldo Cruz; Escola Nacional de Saúde Pública/ Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. Rio de Janeiro, 2001.
29. Peres F, Moreira JC. Saúde e ambiente em sua relação com o consumo de agrotóxicos em um pólo agrícola do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23 Sup 4:S612-S621, 2007.
30. MS. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. *Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos*. 2. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001.
31. Lessenger JE. *Agricultural medicine*. Springer: Porterville, Califórnia USA, 2006.
32. Fehlberg MF, Santos I e Tomasi E. Prevalência e fatores associados a acidentes de trabalho em zona rural. *Rev Saúde Pública* 2001;35(3):269-75.
33. Bushy A e Rauh JR. Ethics Dilemmas in Rural Practice. In: Yawn BP, Bushy A, Yawn RA. *Exploring Rural Medicine*. Sage California: Publications, 1994. p. 271-286.
34. Gervas J.; Fernández MP. El médico rural en el siglo XXI, desde el punto de vista urbano. *Revista Clínica Electrónica em Atención Primaria*. 2007. Disponível em: <<http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=14&art=06&mode=ft>>. Acesso em: 8 dez. 2007.
35. WWPRP. Wonca Working Party on Rural Practice. World Organization of Family Doctors. *Rural Medical Education Guidebook*. Disponível em:

<<http://www.globalfamilydoctor.com/groups/WorkingParties/RuralPractice/ruralguidebook.aspx>>. Acesso em: 9 dez. 2014.

36. Howe A, Ives G. Does community-based experience alter career preference? New evidence from a prospective longitudinal cohort study of undergraduate medical students. *Med Educ*. 2001 Apr;35(4):391-7.

37. Rourke, J., *How can medical schools contribute to the education, recruitment and retention of rural physicians in their region?* Bull World Health Organ, 2010. 88: p. 395-396.

38. Worley P, Esterman A, Prideaux D. Cohort study of examination performance of undergraduate medical students learning in community settings BMJ 2004;328:207-9.

39. Christie B. Students should spend part of training in rural hospitals. BMJ 2005; 331:655.

40. Worley P, Silagy C, Prideaux D, Newble D, Jones A. The parallel rural community curriculum: an integrated clinical curriculum based in rural general practice. *Méd. Educ*. 2000 Jul; 34(7):558-65.

41. Birden HH, Wilson I. Rural placements are effective for teaching medicine in Australia: evaluation of a cohort of students studying in rural placements. *Rural and Remote Health* 12: 2167. (Online) 2012.

42. Zink et al. Is there equivalency between students in a longitudinal, rural clerkship and a traditional Urban-based Program? *Fam Med* 2010;42(10):702-6.



## OS ORGANIZADORES

### SERGIO ANTONIO SIRENA

Graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Caxias do Sul (1983); Residência Médica em Medicina Geral e Comunitária pelo Programa de Residência Médica do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) (1984/85); Especialista em Medicina de Família e Comunidade (2004); Doutor em Medicina - área de concentração em Geriatria, pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2002); Médico de Família e Comunidade do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, da Prefeitura Municipal de Cachoeirinha; Coordenador de Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição; Professor no curso de Medicina, na Universidade de Caxias do Sul e membro do corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

### LEONARDO VIEIRA TARGA

Médico de Família e Comunidade; Professor no curso de Medicina, na Universidade Caxias do Sul (Atenção Primária à Saúde e Internato Rural); Mestrado em Antropologia Social pela UFRGS; Membro e representante da Confederação Iberoamericana de Medicina Familiar no *Working Party on Rural Practice da Wonca* (Associação Mundial de Médicos de Família); Fundador e ex-coordenador do GT Rural da SBMFC; Presidente da Associação Gaúcha de Medicina de Família e Comunidade; Editor Regional do *Rural and Remote Health Journal* e cocriador da sua seção latino-americana; Membro da Subcomissão Temática de Revalidação de Diplomas Médicos (REVALIDA), no INEP/MEC





EDUCS