

CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – VOLUME 1:
Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano



39

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1:
Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano

Cadernos de Atenção Básica, nº 39

Brasília – DF
2014





Tiragem: 1ª edição – 2014 – 50.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
SAF Sul, Edifício Premium, Quadra 2,
Lotes 5/6, bloco II, subsolo
CEP: 70.070-600 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-9031
Site: www.dab.saude.gov.br
E-mail: dab@saude.gov.br

Editor Geral:
Heider Aurélio Pinto

Editor Técnico:
Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti

Coordenação-Geral de Elaboração:
Eduardo Alves Melo

Organização:
Eduardo Alves Melo
Marcelo Pedra Martins Machado
Olívia Lucena de Medeiros
Patrícia Araújo Bezerra
Sílvia Reis

Autores:
Aliadne Castorina Soares de Sousa
Ana Lúcia Sousa Pinto
Angélica Saraiva Rangel de Sá
Angelo Giovanni Rodrigues
Daniel Miele Amado
Diego Roberto Meloni
Eduardo Alves Melo
Fabiana de Oliveira Silva Sousa
Fernanda Ferreira Marcolino
Janete dos Reis Coimbra
José Miguel do Nascimento Júnior
Karen Sarmento Costa
Kelly Poliany de Souza Alves
Kimielle Cristina Silva
Marcelo Pedra Martins Machado
Márcia Helena Leal
Mariana Carvalho Pinheiro
Maria Ondina Paganelli
Martim Taborada
Orlando Mário Soeiro
Patrícia Araújo Bezerra
Patrícia Sampaio Chueiri
Pauline Cristine da Silva Cavalcanti
Paulo Roberto Sousa Rocha
Rosana Teresa Onocko Campos
Sandra Lucia Correia Lima Fortes
Sílvia Reis
Sonia Augusta Leitão Saraiva
Suellen Fabiane Campos
Thais Alessa Leite
Thais Coutinho de Oliveira
Thais Titon de Souza
Tiago Pires de Campos

Colaboradores:
Allan Nuno Alves de Sousa
Alyne Araújo de Melo
Ana Carolina Lucena Pires
Aristides de Oliveira
Bruna Maria Limeira Rodrigues Ortiz
Camilla Maia Franco

Carolina Steinhauser Motta
Cathana Freitas de Oliveira
Cecília de Castro e Marques
Charleni Inês Scherer
Cláudio Barreiros
Felipe de Oliveira de Souza Santos
Francisca Lopes
Gilberto David Filho
Izabel Leite de Sousa
Jorge Ernesto Sérgio Zepeda
Juliana Rezende M. Silva
Juliana Sampaio
Karina Vitor de Sousa Guimaraes
Leon Garcia
Leonardo Goes Shibata
Marcela Amaral Pontes
Mariana da Costa Schorn
Mariangela Soares Nogueira
Mayara Kelly Pereira Ramos
Natali Pimentel Minoia
Noêmia Urruth Leão Tavares
Ricardo Pena
Soraya Wingester Vilas Boas
Stefânia Santos Soares
Suetônio Queiroz de Araújo
Taciane Pereira Maia Monteiro
Thiago Monteiro Pithon
Wendel Rodrigo Teixeira Pimentel

Coordenação Editorial:
Marco Aurélio Santana da Silva

Revisão:
Ana Paula Reis

Normalização:
Marjorie Fernandes Gonçalves – MS

Editora responsável:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71.200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Fax: (61) 3233-9558
Site: <http://editora.saude.gov.br>
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:
Revisão: Khamila Silva e Tatiane Souza
Diagramação: Alisson Albuquerque

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
112 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

Conteúdo: V.I – Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano

ISBN 978-85-334-2118-9

1. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) 2. Atenção à Saúde. 3. Políticas Públicas em Saúde. I. Título.

CDU 614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2014/0081

Titulos para indexação:

Em inglês: Support Family Health – Volume 1 : Tools for the management and for the work

Em espanhol: Nucleo de Apoyo a la Salud de la Familia – Volumen 1 : Herramientas para la gestión y para el trabajo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Síntese de atividades do Nasf	19
Figura 2 – Exemplo de organização do território a ser coberto pelo Nasf	29
Figura 3 – Movimento de integração entre Nasf e equipes vinculadas	55
Figura 4 – Símbolos e legendas usados no genograma.....	72
Figura 5 – Representação das relações no ecomapa	74
Figura 6 – Exemplo de caso representado no ecomapa.....	75
Figura 7 – Componentes do modelo lógico	107

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Modalidades Nasf	12
Quadro 2 – Modalidades de Nasf, conforme a Portaria nº 3.124/2012	28
Quadro 3 – Exemplos de ações possíveis de serem realizadas pelo Nasf	32
Quadro 4 – Características das equipes de referência e equipes de apoio	42
Quadro 5 – Atividades que podem compor a agenda dos profissionais do Nasf	47
Quadro 6 – Diferenças entre o modelo tradicional de encaminhamento de usuários e a proposta do apoio matricial	57

Sumário

1 Atenção Básica e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.....	9
1.1 A título de introdução.....	11
1.1.1 Mas o que é o Nasf, então?.....	13
1.1.1.1 Que diretrizes orientam este trabalho?	14
1.2 Qual o objetivo de tudo isso?	17
1.2.1 Quais atividades o Nasf pode desenvolver para atingir estes objetivos?.....	17
Referências.....	21
2 Colocando o Nasf em Operação.....	23
2.1 Recomendações para a implantação do Nasf	25
2.1.1 Coleta e análise de dados relacionados ao território	25
2.1.2 Definição do território a ser coberto pelo Nasf no município e da vinculação do Nasf às UBS e equipes	27
2.1.3 Definição dos profissionais que integrarão o Nasf	29
2.1.4 Definição de infraestrutura, logística e diretrizes.....	30
2.1.5 Definição de ações prioritárias para o início das atividades	31
2.2 Inserção dos profissionais do Nasf na Atenção Básica.....	35
2.2.1 Apoio da gestão	36
2.2.2 Sensibilização inicial e alinhamento de expectativas e conceitos entre Nasf e equipes de Atenção Básica.....	37
2.2.3 Ações iniciais para o trabalho integrado entre Nasf e equipes de AB	38
2.3 O Nasf e as equipes de Atenção Básica: funções e responsabilidades	41
2.3.1 Dinâmicas do trabalho integrado: múltiplas possibilidades.....	43
2.4 Para concluir este capítulo	58
Referências.....	59

3 Colocando em Prática o Apoio Matricial: Algumas Ferramentas que o Nasf pode Utilizar..61

3.1 Trabalhando com grupos	63
3.2 Fundamentos técnicos que facilitam a estruturação e a organização do trabalho em grupo ...	66
3.3 Projeto Terapêutico Singular (PTS)	69
3.4 Genograma	71
3.5 Ecomapa	73
3.6 Atendimento domiciliar compartilhado.....	75
3.7 Atendimento compartilhado	78
Referências.....	80

4 O Nasf nas Redes: Integração entre Serviços da Rede de Atenção à Saúde e Articulação de Redes Sociais de Apoio 83

4.1 As Redes de Atenção à Saúde (RAS).....	85
4.2 A Atenção Básica e o apoio matricial nas RAS.....	86
4.2.1 Como atuar em rede?	87
4.2.2 Organização do trabalho do Nasf junto às equipes de Atenção Básica/Saúde da Família.....	88
4.2.3 Articulação com equipes de atenção especializada e outros pontos de atenção.....	89
4.2.4 Articulação intersetorial	90
4.3 Exemplos de integração entre Nasf e equipes de outros serviços.....	91
4.3.1 Equipes de Consultórios na Rua (eCR)	91
4.3.2 Academias da Saúde	92
4.3.3 Equipes especializadas de saúde mental	92
4.3.4 Programa Saúde na Escola – PSE.....	94
Referências.....	96

5 O Uso da Informação para a Qualificação das Ações do Nasf 99

5.1 Monitoramento e avaliação: aspectos conceituais.....	101
5.2 Como avaliar o conjunto de atividades do Nasf?	103
5.2.1 Evento sentinela e traçadores.....	105
5.2.2 Autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade na Atenção Básica (Amaq)	106
5.2.3 Modelo lógico ou modelo teórico (desenho do programa).....	106
5.3 Como avaliar a efetividade das ações do Nasf?.....	107
5.4 O registro e uso das informações pelas equipes de Nasf	109
Referências.....	112

Atenção Básica e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família

1

1.1 A título de introdução

Uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) ordenada pela Atenção Básica (AB) tende a ser mais resolutive e equitativa. Os princípios e as diretrizes estabelecidos para este espaço de atenção – porta de entrada preferencial e porta aberta, adscrição de clientela, territorialização, trabalho em equipe, coordenação e longitudinalidade do cuidado, entre outros –, quando efetivamente incorporados, contribuem fortemente para que as ações estejam em consonância com os problemas e as necessidades de saúde dos indivíduos e grupos sociais de dado território.

Apesar dos resultados positivos, inclusive com reconhecimento internacional (OPAS, 2011), a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) trouxe consigo inúmeros desafios. Entre eles, destaca-se o processo em curso de redefinição e qualificação da atenção básica na ordenação das redes de atenção e na sua capacidade efetiva de gestão do cuidado, por meio do aumento do escopo das ações, da ampliação de formatos de equipes, de ações que auxiliem na expansão da resolutive e da articulação e suporte com/de outros pontos de atenção da RAS.

Considerando que as necessidades em saúde de uma população são dinâmicas, as políticas públicas da área precisam se organizar para responder a elas. No Brasil, o perfil epidemiológico atual é definido como tripla carga de doenças, ou seja, marcada pela coexistência das doenças infecciosas e parasitárias, das doenças e agravos crônicos não transmissíveis e das causas externas. Parte desse perfil decorre da transição demográfica, com acelerado envelhecimento da população (LIMA-COSTA apud ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Essa realidade é complexa e aponta que a AB precisa avançar na definição de formatos organizativos e de dinâmicas de funcionamento mais efetivos. Isso inclui o adensamento de tecnologias do cuidado, a ampliação das ações e a articulação de profissionais e especialidades que possam apoiar, matricialmente, as equipes de AB no cuidado à população nos territórios.

Uma recente pesquisa (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2011) sobre a atenção básica no Brasil identificou que há, de modo geral, persistência de uma “visão vertical” de programas e protocolos que compartimentam a prática clínica, repercutindo um modelo rígido e fragmentado na área. Além disso, destaca que há também ênfase na “visão preventiva” que ocasiona o escasso desenvolvimento da atividade clínica nas práticas de saúde.

Aliados a essa questão da cultura institucional de “verticalização” aparecem outros fatores que interferem na qualidade do cuidado ofertado na AB. Entre eles, podemos apontar: a capacidade de escuta e de construção de vínculos positivos, que considerem a singularidade de cada usuário; a resolutive clínica; o suporte técnico-pedagógico para os profissionais; o acesso a recursos situados fora da AB; os modos de organização e gestão das agendas; e o escopo de ações ofertadas na AB.

Na perspectiva de ampliar a capacidade de resposta à maior parte dos problemas de saúde da população na atenção básica, o Ministério da Saúde, a partir de experiências municipais e de debates nacionais, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs), por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. Essa criação significou o início de uma política audaciosa, mas que ainda não contemplava grande parcela dos municípios brasileiros. Um ano depois, complementando as orientações inicialmente definidas, foi publicado o Caderno de Atenção Básica nº 27 – Diretrizes do NASF, com o objetivo de traçar diretrizes mais claras para os gestores e os trabalhadores.

A fim de possibilitar que qualquer município brasileiro pudesse ser contemplado com tal política e, também, de incentivar o aprimoramento do trabalho dos Nasfs já implantados, novas regulamentações foram elaboradas. As portarias vigentes que se referem ao Nasf são a de nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), e a de nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, que redefine os parâmetros de vinculação das modalidades 1 e 2, além de criar a modalidade 3.

A partir desta portaria, temos hoje três modalidades de Nasf financiados e reconhecidos formalmente pelo MS:

Quadro 1 – Modalidades Nasf

Modalidades	Nº de Equipes Vinculadas	Somatória das Cargas Horárias Profissionais*
Nasf 1	5 a 9 eSF*** e/ou eAB**** para populações específicas (eCR**, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 80h de carga horária semanal.
Nasf 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal
Nasf 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal.

Fonte: DAB/SAS/MS, 2013.

*Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas.

**Equipe Consultório na Rua.

*** Equipe Saúde da Família.

**** Equipe de Atenção Básica.

1.1.1 Mas o que é o Nasf, então?

Conforme a Pnab (BRASIL, 2011), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família são **equipes multiprofissionais**, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira **integrada** e **apoiando** os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais)¹, compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na atenção básica, que ampliem o seu escopo de ofertas.

Possibilidades de composição do Nasf:

Assistente social; profissional de Educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

O trabalho do Nasf é orientado pelo referencial teórico-metodológico do **apoio matricial**. Aplicado à AB, isso significa, em síntese, uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração de equipes de Saúde da Família (com perfil generalista) envolvidas na atenção às situações/problemas comuns de dado território (também chamadas de equipes de referência para os usuários) com equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimento diferentes dos profissionais das equipes de AB.

Essa integração deve se dar a partir das necessidades, das dificuldades ou dos limites das equipes de Atenção Básica diante das demandas e das necessidades de saúde, buscando, ao mesmo tempo, contribuir para o aumento da capacidade de cuidado das equipes apoiadas, para ampliar o escopo de ofertas (abrangência de ações) das Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem como para auxiliar articulação de/com outros pontos de atenção da rede, quando isso for necessário, para garantir a continuidade do cuidado dos usuários. Esses objetivos do apoio matricial do Nasf se materializam por meio do compartilhamento de problemas, da troca de saberes e práticas entre os diversos profissionais e da articulação pactuada de intervenções, levando em conta a clareza das responsabilizações comuns e as específicas da equipe de AB e dos diferentes profissionais do Nasf.

Dessa forma, pode-se dizer que o Nasf constitui-se em **retaguarda especializada** para as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no lócus da própria AB. O Nasf desenvolve trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos **duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica**. A primeira produz ou incide sobre a ação clínica direta com os usuários; e a segunda produz ação de apoio educativo com e para as equipes. Além disso, o apoio e a atuação

¹ Nesta publicação utiliza-se o termo 'equipe de Saúde da Família' para todas as equipes que podem ser vinculadas ao Nasf, a saber: equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultório na Rua, Equipes Ribeirinhas e Fluviais).

do Nasf também podem se dar por meio de ações que envolvem coletivos, tais como ações sobre os riscos e vulnerabilidades populacionais ou mesmo em relação ao processo de trabalho coletivo de uma equipe. Essas dimensões podem e devem se misturar em diversos momentos, guiando-se de forma coerente pelo que cada momento, situação ou equipe requer (BRASIL, 2009). Isso significa poder atuar tomando como objeto os aspectos sociais, subjetivos e biológicos dos sujeitos e coletivos de um território, direta ou indiretamente.

As ações desenvolvidas pelo Nasf têm então, via de regra, dois principais públicos-alvo: **as equipes de referência apoiadas** (eSF, eAB para populações específicas – Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e diretamente os usuários do Sistema Único de Saúde.

O Nasf, portanto, **faz parte da Atenção Básica**, mas **não se constitui como um serviço com espaço físico independente**. Isso quer dizer que os profissionais do Núcleo utilizam-se do próprio espaço das Unidades Básicas de Saúde e do território adstrito para o desenvolvimento do seu trabalho. Eles atuam a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes vinculadas, de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços, além de outras redes como o Sistema Único da Assistência Social (Suas), redes sociais e comunitárias.

- **Pode-se afirmar, então, que o Nasf:**
 - É uma equipe formada por diferentes profissões e/ou especialidades.
 - Constitui-se como apoio especializado na própria Atenção Básica, mas não é ambulatório de especialidades ou serviço hospitalar.
 - Recebe a demanda por negociação e discussão compartilhada com as equipes que apoia, e não por meio de encaminhamentos pessoais.
 - Deve estar disponível para dar suporte em situações programadas e também imprevistas.
 - Possui disponibilidade, no conjunto de atividades que desenvolve, para realização de atividades com as equipes, bem como para atividades assistenciais diretas aos usuários (com indicações, critérios e fluxos pactuados com as equipes e com a gestão).
 - Realiza ações compartilhadas com as equipes de Saúde da Família (eSF), o que não significa, necessariamente, estarem juntas no mesmo espaço/tempo em todas as ações.
 - Ajuda as equipes a evitar ou qualificar os encaminhamentos realizados para outros pontos de atenção.
 - Ajuda a aumentar a capacidade de cuidado das equipes de Atenção Básica, agrega novas ofertas de cuidado nas UBS e auxilia a articulação com outros pontos de atenção da rede.

1.1.1.1 Que diretrizes orientam este trabalho?

Desde a sua criação, está posto que o trabalho do Nasf é orientado pelas diretrizes da Atenção Básica. Ou seja, deve produzir ou apoiar as equipes na produção de um **cuidado continuado e longitudinal, próximo da população** e na perspectiva da **integralidade**.

A fim de auxiliar na operacionalização dessas diretrizes, estão destacados a seguir outros conceitos que embasam a prática dessas equipes e que serão trazidos ao longo de todo este material (BRASIL, 2011a, 2011b).

Territorialização e responsabilidade sanitária: são concebidas como responsabilidade de uma equipe sobre a saúde da população a ela vinculada. Para o alcance desse objetivo, os profissionais devem ser capazes de desenvolver o **raciocínio clínico, o epidemiológico e o sociopolítico** sobre a realidade sanitária dessa população, de forma a identificar os meios mais efetivos para promover e proteger a situação de saúde da coletividade. Estão incluídos nesse processo **o olhar e o manejo de riscos, de vulnerabilidades e de potencialidades coletivas**. É importante ter em mente que a responsabilidade sanitária do Nasf, em geral, é complementar à das eAB/eSF.

Trabalho em equipe: por meio de trabalho colaborativo, múltiplo e interdependente, agrega maior capacidade de análise e de intervenção sobre problemas, demandas e necessidades de saúde, em âmbito individual e/ou coletivo. Desse modo, produz potencialmente ações mais abrangentes que aquelas encontradas em trabalhos segmentados ou uniprofissionais, desde que bem construídas e articuladas. No âmbito do Nasf, encontram-se diferentes profissionais com formações que complementam as equipes mínimas de Atenção Básica e podem também ser complementares entre si. Essa composição favorece ações integradas e abrangentes, não se pautando pela delimitação de atos profissionais exclusivos, nem pela anulação dos saberes nucleares e específicos, mas colocando as diferentes capacidades (específicas e comuns) a serviço do trabalho coletivo da equipe, diante de necessidades concretas de usuários e grupos sociais.

Integralidade: para lidar com as demandas e as necessidades de saúde dos usuários, é necessário que as equipes tenham, cada vez mais, alta capacidade de análise e de intervenção, em termos clínicos, sanitários e no que se refere à gestão do cuidado, inclusive daqueles usuários que requerem acesso a ofertas e tecnologias em outros pontos das redes de atenção. A integralidade requer, para a sua materialização, políticas abrangentes e generosas, existência e organização de diferentes tipos de serviços articulados em rede para dar conta de diferentes necessidades, bem como práticas profissionais eficazes no sentido do aumento dos graus de autonomia dos usuários, da redução de danos, dos riscos e das vulnerabilidades, além do aumento da potência de vida. A agregação de profissões e ocupações propiciadas pelo Nasf aumenta a possibilidade de resposta mais abrangente da atenção básica diante das demandas e necessidades dos usuários.

Autonomia dos indivíduos e coletivos: compreendida como um dos principais resultados esperados com o cuidado na atenção básica (ampliação da autonomia, da capacidade dos sujeitos de governar a própria vida), fruto tanto de ações técnicas quanto da produção de relações de acolhimento, vínculo e responsabilização (com um cuidado: não se dá autonomia a alguém, mas é possível “interferir” sobre a capacidade e o modo de conduzir a vida).

Todos esses conceitos devem nortear os profissionais que trabalham na Atenção Básica. Os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, nesse contexto, são corresponsáveis

pela materialização dessas “referências-diretrizes”, de forma a contribuir com o trabalho das equipes apoiadas por meio de um trabalho conjunto, articulado e inserido nas redes de atenção, sociais e comunitárias.

O Nasf pode contribuir, assim, para o aumento da capacidade de cuidado das equipes vinculadas, compartilhando com elas a resolução de problemas e o manejo de certas situações. Compartilhar ações inclusive por meio de “transferência tecnológica” cooperativa e horizontal, isto é, apoio pedagógico que progressivamente produz mais autonomia para as equipes. Dessa forma, os profissionais das eAB podem desenvolver atividades com outro profissional do Nasf e posteriormente sozinhos. Por exemplo, conduzir um grupo de orientação postural, ensinar técnicas de respiração, lidar com um usuário portador de um sofrimento psíquico, fazer orientações nutricionais mais adequadas, inserir um DIU, orientar manobras de movimentação de um usuário acamado, entre outras.

Além disso, provisoriamente ou não, os profissionais do Nasf podem agregar a oferta de novas ações na Atenção Básica, por meio de sua intervenção direta em ações individuais ou coletivas que as equipes de Saúde da Família dificilmente conseguirão fazer sozinhas, por requererem competências específicas de algumas ocupações ou formações profissionais, ou pela disponibilidade de tempo. São exemplos disso: prescrever e realizar exercícios de cinesioterapia para pessoas com dores crônicas de coluna, cuidar de pessoas com alterações ou dificuldades de fala e linguagem, prescrever a confecção de órteses e próteses, realizar sessões de psicoterapia, atuar na reabilitação de um usuário com grande ou recente comprometimento neurológico e motor, ofertar aula de *tai chi chuan* e realizar sessões de acupuntura.

Cabe lembrar que nem sempre é fácil distinguir o que é prática dos núcleos² e do campo³ dos saberes profissionais, e isso não é necessariamente o mais importante. Importa, sim, a disposição para compartilhar saberes e práticas, de forma segura, em equipe, para que cada núcleo e campo possam ir se enriquecendo mutuamente, de modo articulado e cuidadoso. Tudo isso em favor da defesa da vida dos usuários, aumentando o acesso a ofertas de cuidado por meio da ampliação da clínica dos profissionais da eSF e do conjunto de ações desenvolvidas pelos profissionais do Nasf com os usuários, sempre que necessário.

Para saber mais sobre o apoio matricial, consulte:

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

² Segundo Oliveira (apud CAMPOS; GUERREIRO, 2010), os saberes específicos de cada profissional envolvido no cuidado, com o conjunto de seus domínios técnicos e experienciais, constituem o “núcleo” do saber.

³ Para este mesmo autor, os saberes e as práticas comuns, que estão articulados em torno de um mesmo objetivo de trabalho, constituem o “campo”.

1.2 Qual o objetivo de tudo isso?

O principal objetivo de implantar o Nasf nos municípios do Brasil é aumentar efetivamente a resolutividade e a qualidade da Atenção Básica. Isso deve ser feito por meio da ampliação das ofertas de cuidado, do suporte ao cuidado e à intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em âmbito individual quanto coletivo. Dessa forma, amplia-se o repertório de ações da Atenção Básica, a capacidade de cuidado de cada profissional e o acesso da população a ofertas mais abrangentes e próximas das suas necessidades.

1.2.1 Quais atividades o Nasf pode desenvolver para atingir estes objetivos?

Lembrando de que o Nasf integra a Atenção Básica, é norteado por seus princípios e diretrizes e intervém nas dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica, alguns apontamentos podem ser feitos no que diz respeito à realização de suas atividades.

Em linhas gerais, destaca-se a importância de que o Nasf possa atuar considerando todos e quaisquer momentos do ciclo de vida das pessoas do seu território adstrito, sempre considerando a realidade epidemiológica, cultural, socioeconômica daquela população e, especialmente, o planejamento conjunto com as equipes que apoiam. Ou seja, a equipe do Nasf não exclui, como possibilidade de intervenção, nenhuma faixa etária ou grupo populacional específico, podendo, portanto, desenvolver ações voltadas a crianças, adolescentes, adultos e idosos, de diferentes classes, raças, gênero e etnias, com a clareza da missão especial desse tipo de equipe (não devendo se sobrepor às equipes de Atenção Básica, nem se distanciar do cuidado dos usuários).

Também é fundamental reconhecer que o Nasf tem dois “públicos-alvo” diretos: as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família e os usuários em seu contexto de vida. Nessa relação, é fundamental que o Nasf crie mecanismos de identificação e escuta das demandas das equipes e que possam dialogar sobre sua prática também a partir da atenção direta aos usuários.

É imprescindível também que as equipes apoiadas possam identificar o Nasf como um coletivo organizado de profissionais que oferta apoio na Atenção Básica, porém que possui singularidades em cada profissional. Ou seja, é preciso ter clareza de que o objeto comum de intervenção é o (apoio ao) cuidado à saúde da população, mas as singularidades/especificidades de saberes também devem ser identificadas e potencializadas. Por exemplo: o Nasf pode auxiliar a eSF na realização de grupos educativos ou terapêuticos por ciclo de vida ou mesmo condição de saúde, mas cada um dos profissionais também possui a potência de contribuição em áreas temáticas específicas, como reabilitação, assistência farmacêutica, saúde mental etc.

Assim, a partir das demandas e necessidades identificadas a cada momento, o Nasf pode atuar tanto para apoiar as equipes na análise dos problemas e na elaboração conjunta de propostas de intervenção, quanto diretamente na realização de ações clínicas ou coletivas com os usuários, quando se fizer necessário, de modo integrado e corresponsável. Além disso, o Nasf também pode (e às vezes precisa) apoiar a organização do processo de trabalho das equipes apoiadas.

Organizar o próprio trabalho também é fundamental, e envolve planejar reuniões, construir agendas compartilhadas e equilibrar de forma dinâmica o conjunto de atividades a serem desenvolvidas a partir do rol de demandas que se apresentam. É fundamental, para isso, que cada profissional do Nasf tenha a sua agenda de trabalho, e que essa agenda seja conhecida e pactuada com os demais membros do Nasf, além dos gestores e dos profissionais das UBS. Um cuidado importante, entretanto, é evitar que isso se torne um processo burocrático ou restritivo.

Do ponto de vista da gestão que irá implantar um Nasf, vale também enfatizar a análise da situação demográfica, social e de saúde do bairro ou município, bem como seu porte e a rede existente ou de referência em municípios maiores na sua região de saúde. Estes pontos têm implicações importantes na escolha dos profissionais que integrarão o Nasf, no modo de organizar o trabalho deles, no escopo de ações ofertadas e/ou na frequência ou intensidade delas.

O Nasf na modalidade 3, que praticamente constituirá, com uma ou duas eSF, uma equipe ampliada, é exemplar nesse sentido. Por tal arranjo, o Nasf terá uma possibilidade privilegiada de realizar ações mais intensivas. Na prática, a distinção entre Saúde da Família e Nasf 3 será mais formal que a prática ou real. Isso vai requerer, ainda assim, a pactuação de fluxos e de atividades intraequipe, pois a presença de mais profissionais conformando uma equipe ampliada, em vez de agregar mais ações e ofertas pontuais ou isoladas decorrentes dos núcleos profissionais, deve enriquecer as competências de todos os profissionais da equipe.

Esse modo de operar proporciona melhor cuidado e mais acesso. Por exemplo, se um psicólogo de um Nasf 3 (ou de um Nasf que eventualmente atua apenas em uma UBS que tenha muitas equipes) passar a atender a todas as demandas de saúde mental do território, isso vai redundar em menos acesso e perda da oportunidade de ampliar a capacidade dos demais profissionais em manejar problemas de saúde mental. Por outro lado, a presença do psicólogo possibilita ampliar o escopo de ofertas, seja por meio de escuta direta com os usuários, seja matriciando a ação dos outros profissionais, compartilhando tecnologias etc.

Essa observação é importante também para os outros tipos de Nasf, ou seja, é fundamental considerar o porte do município, da região de saúde e a rede de saúde existente para definir a composição e as formas de atuação do Núcleo. Isso com a clareza de que, se for tecnicamente possível e economicamente viável, ganham os usuários ao terem ofertas de cuidado próximas aos seus domicílios e locais de trabalho, configurando uma atenção básica cada vez mais resolutiva e evitando deslocamentos desnecessários desses usuários.

Para realização do trabalho, inúmeras atividades podem ser desenvolvidas, que abrangem tanto a dimensão clínica e sanitária quanto a pedagógica (ou até ambas ao mesmo tempo), a saber: discussões de casos, atendimento em conjunto com profissionais das equipes apoiadas, atendimentos individuais e posteriormente compartilhados com as equipes, construção conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares, educação permanente, intervenções no território e em outros

espaços da comunidade para além das unidades de saúde, visitas domiciliares, ações intersectoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipas etc.

Em suma, o Nasf pode contribuir para o esforço de produzir cuidado integral no SUS e, nesse sentido, o escopo de ações que podem ser desenvolvidas não se esgota aqui. Ao contrário: são apresentados apenas alguns caminhos, mas outros tantos podem ser criados no encontro entre as equipas, e entre estas e seus territórios.

A seguir, uma figura-síntese busca ilustrar um pouco do que está descrito.

Figura 1 – Síntese de atividades do Nasf



O Nasf pode construir diálogo com diferentes pontos de atenção, a fim de buscar corresponsabilização na condução do PTS. As relações do usuário com sua família, seu território e os diferentes espaços por onde o usuário circula devem ser considerados para a produção do cuidado.

<ul style="list-style-type: none"> - Educação permanente; - Atendimento individual específico; - Atendimento individual compartilhado; - Reunião de equipe, discussão de casos, construção de PTS; - Atendimento em grupo; - Atendimento domiciliar. 	UBS	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão de casos; - Construção compartilhada de PTS; - Atendimento compartilhado; - Apoio matricial do Caps à AB; - Grupos terapêuticos; - Oficinas geração de renda. 	Caps
<ul style="list-style-type: none"> - Grupos educativos; - Práticas corporativas; - Encontros comunitários; - Ações para a promoção de modos de vida saudáveis. 	Academia da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio às ações do PSE; - Ações de educação em Saúde. 	Escola
		<ul style="list-style-type: none"> - Discussão de casos; - Construção compartilhada de PTS; - Ações coletivas para produção de cidadania. 	Cras

Essa figura-síntese reúne conjunto de atividades passíveis de serem desenvolvidas, porém não representam as únicas possibilidades. Esquemáticamente colocamos a UBS separada do território para melhor visualização didática, mas é evidente que as unidades de saúde devem fazer parte e se incorporar ao território, a partir das relações dos profissionais com os usuários.

20

Importante observar também que o Nasf não precisa realizar todas essas atividades constantemente, que nem todos os profissionais têm a obrigação de fazer todas elas e que, entre as UBS apoiadas por um mesmo Nasf, pode haver diferenças no grau de entrada nesses distintos tipos de atividade, tanto por diferenças nos territórios, quanto nas competências dos profissionais das equipes apoiadas. Por exemplo, um médico de família com muita competência no campo da Saúde Mental ou da Saúde da Criança provavelmente precisa de suporte menor ou diferente do Nasf que outro profissional com dificuldade no manejo dessas condições e públicos. O equilíbrio entre atividades clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas deve ser uma busca, o que dependerá da realidade territorial, considerando toda a equipe e cada profissional isoladamente.

Com isso, pode-se afirmar também que as diferenças de atuação entre os profissionais de uma mesma equipe do Nasf podem existir, pois há singularidades de competências a serem consideradas. E isso não anula a necessidade de articulação e de integração das atividades. Em termos práticos, auxilia a organizar a atenção de forma a considerar também as especificidades e as diferenças e a não homogeneizar demais a atuação dos membros da equipe, evitando, inclusive, a burocratização na organização das atividades.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Caderno de Atenção Básica n. 27)

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 43, p. 38-40, 4 mar. 2008. Republicada por ter saído com incorreição no DOU nº 18, de 25 de janeiro de 2008, p. 47-49. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_04_03_08_re.pdf>. Acesso em: 14 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 204, p. 48, 24 out. 2011a. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 14 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 3 jan. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html>. Acesso em: 14 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **Competências dos profissionais de nível superior na Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Universidade Aberta do SUS, 2011b. (versão preliminar)

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. 2012. **Como construir uma atenção primária forte no Brasil?** Resumo Técnico. Madri, Espanha, 2011. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/media/file/Visita_Espanhois_2011/Brazil,%20Relatorio%20Resumo%20final%202011.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2013.

LIMA-COSTA, M. F. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003, p. 499-514.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília, DF: OPAS, 2011.

OLIVEIRA, G. N. Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de práticas na atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 273-282.

Colocando o Nasf em Operação

2

2.1 Recomendações para a implantação do Nasf

A implantação do Nasf pode iniciar-se com a elaboração de um projeto (ou algo equivalente) que considere a análise do território e das necessidades identificadas a partir da percepção das equipes de AB, da população e de gestores de saúde, incluindo a situação e as características da Rede de Atenção à Saúde local/regional. Os projetos de implantação do Nasf devem considerar, entre outros:

[...] os profissionais que vão compor os Nasfs, incluindo as justificativas da escolha, a identificação das equipes que cada Núcleo vai apoiar, o planejamento e/ou a previsão de agenda compartilhada entre as diferentes equipes e a equipe do Nasf, que incluam ações individuais e coletivas, de assistência, de apoio pedagógico [...] (BRASIL, 2012a).

No SUS e na saúde coletiva, o território (em suas dimensões físicas, sociais e existenciais, dinamicamente articuladas) tem sido considerado um elemento fundamental para a organização e a gestão do processo de trabalho na Atenção Básica, uma vez que nele se processa a vida e, como parte dela, o processo saúde-doença-cuidado. Nesse sentido, a análise da realidade local (do que se tem, do que se necessita e do que se quer ter) deve ser feita com vigor e senso prático quando se planeja ou se decide implantar um Nasf.

Recomenda-se que a definição dos profissionais que serão inseridos em cada Nasf seja feita a partir de uma leitura da realidade local e do território, considerando a situação epidemiológica e social, as necessidades de apoio apresentadas pelas equipes de AB, as características da rede de atenção local/regional e as demandas e necessidades de saúde dos usuários.

A seguir, estão descritos alguns pontos que podem ser úteis na realização do diagnóstico e a construção do projeto de implantação.

2.1.1 Coleta e análise de dados relacionados ao território

Diferentes fontes de dados podem ser utilizadas para o levantamento de informações sobre o território de abrangência das equipes de AB a serem vinculadas ao Nasf, tais como: sistemas oficiais de informação em saúde, dados do cadastro de pessoas atendidas nas UBS, prontuários, atas de reuniões, registros de atividades individuais e coletivas, ações de territorialização e mapeamentos realizadas, entre outras.

Informações relativas à percepção e a expectativas sobre as necessidades do território em questão também devem ser buscadas com os gestores e profissionais da AB, além de representantes da população. Vejamos, então, alguns atores estratégicos que podem ser escutados:

– **Usuários:** a escuta da população é importante para a coleta de informações relevantes para a definição das equipes Nasf e das áreas de atuação delas, especialmente por estar inserida no território e vivenciar as necessidades de saúde que existem. Essa ação pode ocorrer por meio de reuniões com Conselhos Municipais e Locais de Saúde, conversas com lideranças comunitárias, demais moradores da comunidade e outros atores sociais do território.

– **Equipes de AB:** a leitura da realidade local por parte dessas equipes fornece subsídios para que os profissionais definam quais situações são mais difíceis e/ou mais frequentes em seu

cotidiano e em que áreas necessitam de maior suporte do Nasf para o desenvolvimento de seu trabalho. Para isso, podem ser criados espaços de conversa com as equipes de AB, possibilitando sua contribuição e participação na ação decisória de implantação do Nasf.

– **Gestores de saúde:** os gestores possuem expectativas e percepção própria do papel do Nasf na Rede de Atenção à Saúde (RAS), inclusive por terem uma visão de conjunto da Atenção Básica e da rede local/regional. Entre essas expectativas estão, por exemplo, o aumento da resolutividade da atenção básica, da sua efetiva capacidade de gestão do cuidado, da legitimação e do reconhecimento da atenção básica pelos usuários e do acesso a recursos de outros pontos de atenção com indicação, de modo oportuno e equitativo.

A análise das informações organizadas deverá apontar, portanto, os principais problemas e as necessidades de saúde dos usuários, o perfil demográfico da população, os problemas e os riscos coletivos do território, as principais dificuldades das equipes de AB no cuidado à população, possibilitando tanto a montagem ajustada do Nasf (em termos da sua composição), quanto à visualização de ações e ofertas concretas que o Nasf pode agregar à Atenção Básica.

A definição dos profissionais que comporão o Nasf deve ser feita de acordo com as necessidades, as possibilidades e as apostas locais.

Sugerimos a utilização de um roteiro de análise do território que compreenda os seguintes elementos:

– Roteiro de análise do território:

- **Caracterização da(s) UBS à(s) qual(is) o Nasf estará vinculado** – estrutura física disponível ou que será adaptada para receber os profissionais do Nasf, recursos humanos, recursos materiais, carteira de serviços (ações) realizados pela UBS, tempo e distância para deslocamento dos profissionais do Nasf entre as UBS (quando em mais de uma UBS), entre outros.
- **Perfil demográfico, epidemiológico e assistencial** – tem como objetivo conhecer a situação de saúde da população nos diferentes ciclos de vida e os recursos para a construção do cuidado disponíveis na RAS (como serviços, programas e fluxos assistenciais):
 - Número de pessoas adscritas às equipes de AB.
 - Características demográficas e epidemiológicas da população.
 - Perfil de atendimento e de encaminhamentos da UBS em um dado período.
 - Serviços ou programas de saúde acessíveis à população nas redes pública e privada.
 - Serviços ou programas de outros setores acessíveis à população na rede pública.
 - Outros.
- **Perfil socioambiental** – o levantamento desse perfil tem por objetivo conhecer as potencialidades e as vulnerabilidades presentes no território:
 - Condições de moradia (saneamento básico, energia elétrica, topografia do bairro etc.).
 - Presença de áreas de vulnerabilidade social (exs.: bolsões de pobreza, áreas com maior violência).
 - Presença de equipamentos comunitários para promoção de cidadania e de organização social (exs.: hortas comunitárias, associações de bairro, cursos profissionalizantes, entre outros).
 - Presença de instituições para promoção de suporte social (exs.: igrejas, clube de mães, entre outras).
 - Espaços e atividades públicas e privadas de lazer e prática de atividade física.
 - Possíveis parceiros intra e intersetoriais.
 - Outros.
- **Perfil das necessidades e demandas** – a percepção das equipes de AB, representantes da população e dos gestores de saúde sobre as principais necessidades existentes no território.

Vale lembrar que, muitas vezes, os gestores e as equipes de SF/AB existentes já têm análise e leitura sobre tais elementos, de modo que, nesses casos, as decisões serão facilitadas.

2.1.2 Definição do território a ser coberto pelo Nasf no município e da vinculação do Nasf às UBS e equipes

Para essa definição, deve-se considerar o número de equipes de AB no município, sua disposição na RAS e o número de Nasf a serem implantados (bem como sua modalidade). De forma prática, o gestor municipal divide o número total de equipes de AB/SF ativas no Cadastro

Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) pelo número de equipes que pode ser vinculado a cada modalidade de Nasf. A partir desse cálculo, obtém-se o quantitativo de Nasfs que poderão ser implantados no município com financiamento federal, considerando os parâmetros para cada modalidade existente conforme a Portaria no 3.124, de 28 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013):

Quadro 2 – Modalidades de Nasf, conforme a Portaria nº 3.124/2012

Modalidade de Nasf	Número de equipes de AB vinculadas	Soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe
Nasf 1	5 a 9	200 horas
Nasf 2	3 a 4	120 horas
Nasf 3	1 a 2	80 horas

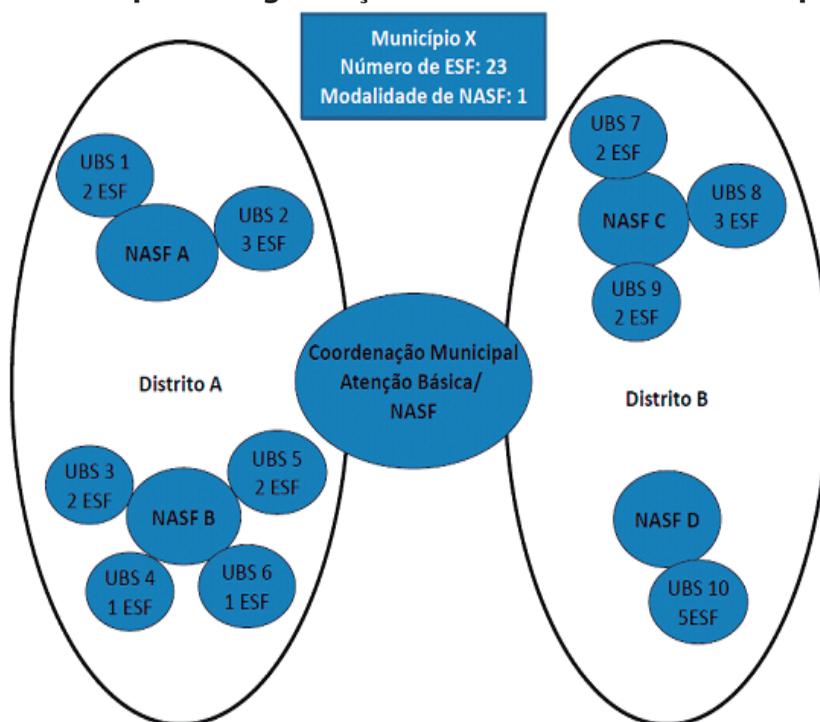
Fonte: DAB/SAS/MS, 2013.

Logo, se tomarmos como exemplo um município X com 23 equipes de AB, poderá ser formada até quatro equipes Nasf modalidade 1. Na definição do número de equipes que serão vinculadas a cada Nasf, procura-se garantir uma organização que contemple:

- O menor número possível de equipes de AB vinculadas por Nasf.
- Proximidade geográfica entre as equipes vinculadas, identificada por meio do mapeamento do território: como os profissionais do Nasf podem atuar em mais de uma UBS ao mesmo tempo, há de se considerar que a proximidade geográfica entre as equipes vinculadas garante menor distância e menos tempo para deslocamento, otimizando o desenvolvimento de ações pelos profissionais do Nasf.
- Integração entre necessidades de saúde da população e recursos do território: possibilita que as ações ofertadas pelo Nasf sejam potencializadas a partir dos recursos locais existentes. Como exemplo, podemos considerar uma Academia da Saúde implantada em um território com alta prevalência de obesidade como espaço para a realização de atividades coletivas de promoção da alimentação saudável pelo Nasf e profissionais da equipe de SF vinculados.

Retomando o exemplo do município X e as considerações anteriores, podemos observar na figura a seguir uma proposta de estruturação com quatro Núcleos:

Figura 2 – Exemplo de organização do território a ser coberto pelo Nasf



Fonte: (BELO HORIZONTE, 2010, adaptado).

- Vale lembrar o que está escrito na Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012:
 - A implantação de mais de uma modalidade de Nasf concomitantemente no mesmo município não receberá incentivo financeiro federal referente ao Nasf;
 - O número máximo de Nasf 2 e 3 ao qual o município pode fazer jus para recebimento de incentivo financeiro federal será de 1 (um) Nasf 2 ou 1 (um) Nasf 3.

2.1.3 Definição dos profissionais que integrarão o Nasf

A formulação das políticas públicas de saúde e sua estruturação devem ser subsidiadas pelas demandas e necessidades da população em vez de ocorrerem apenas a partir da oferta de serviços (PIRES et al., 2010). A implantação do Nasf ocorre a partir desse mesmo princípio, adequando-se às necessidades dos usuários e buscando agregar, assim, novas possibilidades de cuidado que sejam condizentes com as realidades locais.

Portanto, para a definição dos profissionais que comporão o Nasf, é preciso um olhar atento às informações levantadas na análise do território e da rede de serviços, que servirão como subsídios para a tomada de decisão.

• Exemplo:

A identificação de uma frequência aumentada de casos de desnutrição infantil em áreas de grande vulnerabilidade social pode ser uma informação decisiva na escolha do nutricionista e/ou do assistente social para a composição do Nasf. Da mesma forma, uma elevada prevalência de portadores de hipertensão arterial sistêmica e de pessoas acometidas por acidente vascular cerebral pode indicar a importância da inserção de categorias profissionais que ofereçam ações de reabilitação (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo), assim como do nutricionista e do profissional de Educação Física para o desenvolvimento de ações de prevenção de agravos e promoção da saúde com essa população. Por fim, em um município pequeno, que não tem Centro de Atenção Psicossocial (Caps), e em áreas com altos índices de violência, os problemas de saúde mental e os relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas podem indicar a vantagem de ter psicólogo e/ou psiquiatra no Nasf.

Comunidade **de Práticas**

Caro leitor,

Como foram definidas a composição e a distribuição das equipes/profissionais do Nasf no seu município? Para compartilhar esta experiência, entre na Comunidade de Práticas! Acesse por meio do site <www.atencaobasica.org.br>.

2.1.4 Definição de infraestrutura, logística e diretrizes

No que se refere às questões relativas à infraestrutura, à logística e às diretrizes, recomenda-se que sejam avaliadas algumas possibilidades, tais como:

- A publicação de material da Secretaria Municipal de Saúde que detalhe as diretrizes e as referências para o funcionamento do Nasf no município, de forma textual e clara, contendo elementos como:

- Definição de que o processo de trabalho do Nasf será pautado pela lógica do apoio matricial às equipes de SF/AB, não se constituindo como ambulatório específico ou porta de entrada (embora possa também fazer atendimentos).

- Previsão de que o horário de trabalho do Nasf seja coincidente com o das equipes de AB/SF vinculadas, possibilitando o trabalho integrado e compartilhado neste ponto de atenção.

- Definição de que o Nasf, como uma equipe, possui internamente semelhanças (papéis comuns) e diferenças (papéis específicos). Uma das consequências práticas disto é que, apesar de requerer planejamento e comunicação (em especial gestão da agenda e de deslocamentos), o tipo, a frequência e a duração das atividades de cada profissional do Nasf em uma UBS não são necessariamente iguais e simultâneos. **A integração da equipe não se reduz, nem necessariamente requer que todos estejam juntos o tempo todo**, embora sejam necessários espaços e momentos de encontro de todos.

- A definição de apoiadores institucionais (ou funções de gestão e coordenação equivalentes) para mediar a gestão do processo de trabalho intra Nasf e com as equipes apoiadas, considerando o Nasf como um dos componentes da atenção básica no município.

- Desprecarização e qualificação do vínculo e do processo de trabalho dos profissionais do Nasf. Para isso, pode-se englobar, por exemplo, ingresso por meio de concurso ou de seleção pública; valorização da experiência profissional na Atenção Básica; valorização da formação em Saúde Coletiva, Saúde da Família ou áreas afins, especialmente a modalidade residência; inserção do Nasf no plano de cargos, carreiras e salários existente no município; e garantia de condições seguras de trabalho.

- Área física, equipamentos e materiais adequados para a realização de ações técnico-pedagógicas, socio sanitárias e clínico-assistenciais (como atendimentos específicos individuais, atividades educativas com a população e atividades de educação permanente com os profissionais das equipes vinculadas), podendo ser desenvolvidas na própria UBS ou em espaços comunitários do território.

- Condições para o deslocamento dos profissionais do Nasf entre as UBS cobertas e para a realização de visitas domiciliares por meio de transporte oficial, ajuda de custo ou vale-transporte, sempre que necessário.

- Oferta de qualificação profissional e educação permanente da equipe do Nasf desde sua implantação e na chegada de novos profissionais, incluindo conhecimentos sobre o trabalho das equipes de AB, a organização da RAS, competências para o trabalho de apoio às equipes (tais como gestão compartilhada do cuidado, trabalho em equipe multiprofissional, disposição para compartilhar e transferir tecnologias etc.) e questões relativas aos núcleos de saber de cada categoria profissional que o compõe.

- Formas de registro da produção dos profissionais do Nasf que contemplem as diferentes dimensões do apoio matricial.

- Mecanismos de monitoramento e avaliação das ações do Nasf, considerando a análise dos processos e dos resultados sob a ótica de que estão associados à dimensão assistencial do apoio matricial (como o número de casos atendidos, seja individual ou compartilhado, nas UBS ou em domicílio, por exemplo) e às ações de suporte técnico-pedagógico (como a melhoria da resolutividade das equipes vinculadas a partir de ações de discussão de casos ou atendimento conjunto com a eSF/eAB, por exemplo).

2.1.5 Definição de ações prioritárias para o início das atividades

É fundamental que as ações iniciais dialoguem com necessidades percebidas e que sejam pactuadas com as equipes de AB, evitando a construção de ofertas de apoio que sejam consideradas irrelevantes ou secundárias pelas equipes apoiadas. Em suma, as ações devem considerar necessidades percebidas pela equipe do Nasf, pelos gestores e aquelas demandadas

pelas equipes de SF/AB. O momento e o jeito da “chegada” devem ser cuidados, no sentido de serem “bons encontros” para ambos (profissionais dos Nasfs e das eSF/eAB). No item seguinte, serão aprofundadas essas questões.

O quadro a seguir ilustra alguns exemplos de ações relacionadas a três possíveis áreas temáticas de atuação do Nasf com as equipes vinculadas:

Quadro 3 – Exemplos de ações possíveis de serem realizadas pelo Nasf

Área estratégica	Ações propostas para o Nasf
Saúde da criança	<ul style="list-style-type: none"> • Atuação como retaguarda no atendimento de crianças referenciadas pelas equipes de AB, com a possibilidade de construção de PTS para aquelas que se encontram nas seguintes situações:
	<ul style="list-style-type: none"> – Recém-nascido prematuro ou com Apgar < 7 no 5º minuto, retido na maternidade ou com recomendações especiais à alta.
	<ul style="list-style-type: none"> – Criança desnutrida em grau grave ou em grau moderado sem melhora após seis meses de acompanhamento.
	<ul style="list-style-type: none"> – Criança com desenvolvimento alterado.
	<ul style="list-style-type: none"> – Criança com doenças congênitas e/ou crônicas.
	<ul style="list-style-type: none"> – Criança com asma moderada e grave.
	<ul style="list-style-type: none"> – Egresso hospitalar por patologia aguda.
	<ul style="list-style-type: none"> – Criança que utiliza os serviços de urgência com frequência.
	<ul style="list-style-type: none"> • Organização de ações de acompanhamento do desenvolvimento até o primeiro ano de vida para grupos de crianças e responsáveis.
	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de ações de mobilização e educação popular para a comunidade com temas gerais sobre o desenvolvimento infantil: estímulo ao aleitamento materno; alterações de fala e linguagem; prevenção de acidentes domésticos na infância; orientação alimentar e nutricional; e outras.
<ul style="list-style-type: none"> • Realização de capacitação do ACS para a identificação de sinais de risco para o autismo e outros transtornos mentais e comportamentais. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Realização de chamadas nutricionais para aferição de peso e estatura ou comprimento em campanhas de vacinação. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Realização de capacitação de professores para o encaminhamento adequado de crianças com transtornos de aprendizagem. 	

continua

continuação

Área estratégica	Ações propostas para o Nsf
Práticas integrativas e complementares	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de consulta em homeopatia ou acupuntura a usuários referenciados pelas equipes de AB, principalmente: pessoas com dores crônicas e/ou com diagnóstico de depressão leve ou moderada.
	<ul style="list-style-type: none"> • Participação em atividades de práticas corporais chinesas.
	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de atividades em grupo na abordagem da terapia comunitária.
	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de atividades de relaxamento em grupo.
	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulação da comunidade para implantação de hortas medicinais comunitárias.
	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de práticas de medicina antroposófica.
	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento compartilhado e matriciamento de casos de difícil resolução por meio de práticas alopáticas.
	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de tratamento de usuários tabagistas que não se adaptam ao tratamento convencional.

continua

conclusão

Área estratégica	Ações propostas para o Nasf
Reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> Realização do levantamento de pessoas com deficiências residentes na área sob responsabilidade do Nasf e equipes vinculadas.
	<ul style="list-style-type: none"> Realização de avaliação funcional para definição do serviço em que será realizado o processo de reabilitação (atenção básica ou serviços especializados).
	<ul style="list-style-type: none"> Acompanhamento longitudinal de casos, em conjunto com as equipes de AB, de acordo com os critérios previamente estabelecidos.
	<ul style="list-style-type: none"> Realização de atendimento ambulatorial em reabilitação na UBS, quando possível.
	<ul style="list-style-type: none"> Realização de atividades coletivas: práticas corporais, tratamento de dores posturais, orientações para famílias de pessoas com deficiência, grupo de estimulação cognitiva para adultos/prevenção de problemas de memória, entre outros temas.
	<ul style="list-style-type: none"> Assistência domiciliar aos usuários restritos ao leito ou ao domicílio que requerem cuidados em reabilitação.
	<ul style="list-style-type: none"> Orientação e informação às pessoas com deficiência, cuidadores e ACS sobre manuseio, posicionamento, atividades de vida diária, recursos e tecnologias de atenção para o desempenho funcional diante das características específicas de cada indivíduo.
	<ul style="list-style-type: none"> Encaminhamento e acompanhamento das indicações e concessões de órteses e/ou próteses realizadas por outro nível de atenção à saúde.
	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvimento de ações de reabilitação baseadas no saber da comunidade, valorizando seu potencial e considerando que todos os envolvidos são agentes do processo de reabilitação e inclusão social.
<ul style="list-style-type: none"> Realização de campanhas de mobilização visando à prevenção de deficiências por meio de sensibilização de gestantes para a realização do teste do pezinho e da triagem auditiva neonatal, campanhas de prevenção de acidentes domésticos e acidentes no trânsito, ações para prevenção de quedas em idoso, entre outras. 	

Fonte: (BELO HORIZONTE, 2010).

Vale ressaltar que as ações prioritárias definidas no momento de implantação do Nasf não devem ser consideradas definitivas, uma vez que novas necessidades e possibilidades de atuação se configurarão no trabalho integrado e colaborativo. Portanto, as ações iniciais previstas devem ser pensadas como norteadoras do trabalho na atenção básica, sendo revistas e aprimoradas ao longo de sua prática com as equipes vinculadas. Essas ações devem, ainda, ser pensadas como um “cardápio de ofertas” (cuja decisão de utilização é situacional, caso a caso), evitando chegar com ofertas prontas e fechadas nas UBS, sob pena de não terem sentido para as equipes de AB (ou de reforçarem a lógica do encaminhamento impessoal).

2.2 Inserção dos profissionais do Nasf na Atenção Básica

A implantação do Nasf e a chegada de novos profissionais na Atenção Básica, ainda que tenham sido objeto de discussão coletiva no território, provavelmente produzirão efeitos na dinâmica já estabelecida em cada UBS. Os profissionais das equipes de AB e Nasf se encontram diante de uma aposta que pressupõe a conformação de uma relação de trabalho mais colaborativa, que tradicionalmente não está colocada na organização dos serviços de saúde.

Na configuração indicada, destaca-se que a presença de diferentes categorias profissionais e especialidades na Atenção Básica e o alto grau de articulação esperado entre esses profissionais são essenciais para a produção da qualidade do cuidado esperada. Nessa proposta, além do compartilhamento de responsabilidades e práticas, busca-se um processo de trabalho interdisciplinar e multiprofissional “no qual progressivamente os núcleos de competência específicos de cada profissional possam enriquecer o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado neste nível de atenção” (BRASIL, 2012a).

Apesar de sua potencialidade, a entrada de uma equipe de Nasf na Atenção Básica traz consigo, portanto, um conjunto de desafios. É preciso estar atento a alguns fatores limitantes e problemáticos que podem surgir nesse processo:

- **Formação profissional:** comumente, os profissionais de saúde não receberam formação nas graduações e pós-graduações em saúde para trabalhar na lógica do apoio matricial, o que pode dificultar a prática. Além disso, outras questões essenciais para o trabalho compartilhado são raramente aprofundadas, pouco refletindo as necessidades dos profissionais do SUS, tais como o trabalho em equipe, o vínculo e a coordenação do cuidado.

- **Necessidade de conciliar diferentes realidades:** por oferecer suporte a distintas equipes em uma ou mais UBS, que remetem a diversas realidades de estruturação de serviços e fluxos, assim como a territórios pelos quais são corresponsáveis, o Nasf precisa gerir seu processo de trabalho de maneira a responder às diferentes demandas que se apresentam. É, portanto, essencial o desenvolvimento de mecanismos de pactuação, de repactuação e de comunicação com as equipes de AB, possibilitando o apoio a todas as equipes vinculadas.

- **Desconhecimento das possibilidades de atuação no apoio matricial:** a predominância da lógica de atenção centrada na doença e em procedimentos curativos muitas vezes ocasiona pressão para que o Nasf trabalhe em uma lógica ambulatorial, centrada apenas na dimensão assistencial do apoio matricial. Essa pressão pode ser realizada ora pela população – que tem a expectativa de ser atendida individualmente –, ora pela própria equipe de AB – que, muitas vezes, espera do Nasf apenas suporte para atendimentos clínicos diretos –, ora pela gestão – que pode monitorar ou cobrar apenas a produção quantitativa de atendimentos, ora pelos profissionais do Nasf. Da mesma forma, pode haver dificuldade por parte dos profissionais do Nasf em ampliarem suas possibilidades de atuação para além das ações específicas de seu núcleo de saber.

- **Tensão entre flexibilidade e desvio do papel dos profissionais do Nasf:** em muitos municípios, a falta de serviços especializados para referência pelo Nasf e eSF/eAB em situações em que não seja indicado apenas o acompanhamento na Atenção Básica resulta na incorporação

dessa responsabilidade por esses profissionais. Sem dúvida, o Nasf pode ampliar o escopo de ações ofertadas na Atenção Básica (até mesmo realizando algumas ações que só existiam em centros de especialidade, por exemplo). No entanto, há que se ter o cuidado de dosar isso, considerando tanto a disponibilidade de profissionais, quanto a possibilidade tecnológica de fazer certas ações com segurança neste âmbito de atenção, contando com a retaguarda de outros serviços quando necessário.

- **Papel regulador:** assim como todos os profissionais do SUS, o Nasf tem responsabilidade pela regulação do acesso, ou seja, por qualificar os encaminhamentos relativos à sua área de atuação, tanto aqueles recebidos das equipes apoiadas, quanto os realizados por outros pontos ou serviços da RAS. Para isso, deve estabelecer estratégias que busquem aumentar a resolução (ou manejo) da maioria dos problemas de saúde na Atenção Básica e definir, com as equipes vinculadas e atores de outros serviços e da gestão, critérios e fluxos para encaminhamentos para outros pontos de atenção quando necessário. É importante ressaltar que o gerenciamento de encaminhamentos para outros pontos de atenção, ainda que possa contar com a participação do Nasf, não é uma atribuição específica deste (cabe às próprias eAB, ao Nasf, à gestão local da UBS, às Centrais de Regulação etc.).

O panorama levantado demonstra a necessidade de muito diálogo e negociação para definir a melhor forma de estruturação possível de fluxos e processos de trabalho integrados entre Nasf e equipes de AB. O apoio da gestão, a receptividade e o acolhimento das equipes vinculadas e a proatividade dos profissionais do Nasf para atuar na lógica do apoio matricial são essenciais para a consolidação do Nasf e de seu modo de operar na Atenção Básica.

2.2.1 Apoio da gestão

A oferta de condições adequadas e o papel de mediação de conflitos e impasses entre Nasf e equipes de AB são algumas das responsabilidades da gestão para o desenvolvimento do trabalho compartilhado entre essas equipes. Para isso, algumas pactuações podem ser realizadas, envolvendo gestão municipal e/ou apoiadores do município, profissionais do Nasf e das equipes vinculadas:

- Critérios para acionamento do apoio da equipe Nasf e outras formas de integração entre equipes de AB e o Nasf.
- Definição de atribuições e atividades mínimas desenvolvidas por categoria profissional.
- Parâmetros para distribuição da carga horária entre as ações que podem ser desenvolvidas pelo Nasf, englobando ações assistenciais e técnico-pedagógicas.
- Definição de formas de organização das agendas dos profissionais com possibilidade de sua flexibilização, considerando a especificidade do Nasf como equipe de apoio.

- Respaldo institucional para realização das reuniões de discussão de casos e/ou temas com as equipes de AB (tempo na agenda, por exemplo).
- Cronograma articulado de reuniões entre Nasf e equipes vinculadas, evitando a sobreposição de atividades e facilitando, dessa forma, sua integração à Atenção Básica na lógica do apoio preconizada.
- Escala para utilização de consultórios e outros espaços das UBS, englobando os profissionais do Nasf.
- Mecanismos de comunicação e troca de informações entre Nasf e equipes de AB (incluindo gestores/coordenadores de cada UBS vinculada) para contato em momentos em que os profissionais do Nasf não se encontram presencialmente na UBS.
- Espaços de encontro e mediação de impasses e conflitos entre Nasf, equipes vinculadas e coordenação/gestão das UBS sempre que necessário, especialmente em situações em que seja identificada maior resistência para o desenvolvimento de ações na lógica do apoio matricial.
- Outras possíveis, conforme a realidade de cada local.

2.2.2 Sensibilização inicial e alinhamento de expectativas e conceitos entre Nasf e equipes de AB

Com o início das atividades do Nasf nas UBS, é recomendado que a gestão municipal ou local promova um movimento de sensibilização e construção conjunta de entendimentos, expectativas e conceitos sobre o modo de operar preconizado para esta equipe, considerando inclusive que a maioria dos profissionais, até o momento, não é formada para atuar com essa lógica de trabalho (matricial). Os temas a serem trabalhados podem variar de acordo com as características regionais e as experiências já vivenciadas em cada local, podendo englobar, por exemplo: 1) Cardápio de ações que podem ser desenvolvidas pelo Nasf (compartilhadas com as equipes vinculadas e/ou específicas, inserção em ações de rotina das equipes de AB etc.); 2) Apresentação de casos, pelas equipes de AB, que estas consideram difíceis e/ou que imaginam poder ser manejados com suporte do Nasf, entre outros.

A produção de sentido e significado comum para o início das ações do Nasf pode, também, ser realizada em outros momentos em que se fizerem necessárias novas pactuações, promovendo o desenvolvimento do trabalho com o mínimo de equívocos por parte do Nasf e das equipes vinculadas. São considerados espaços para essa ação:

- Rodas de conversa entre profissionais do Nasf e das equipes de AB.
- Reuniões de matriciamento (realizadas com cada equipe vinculada).
- Reuniões gerais da UBS.

- Fóruns temáticos.
- Reuniões de profissões específicas.
- Momentos em ações cotidianas realizadas de forma compartilhada com os profissionais das equipes de AB: atendimentos conjuntos, ações no território, entre outras.

2.2.3 Ações iniciais para o trabalho integrado entre Nasf e equipes de AB

O diálogo interdisciplinar e as práticas colaborativas devem ser as bases para a integração entre as equipes de AB e o Nasf, procurando o desenvolvimento de uma postura proativa para atuar em uma lógica diferenciada daquela pautada no encaminhamento do usuário, tradicionalmente instituída nos serviços de saúde. Vale reforçar que essa atitude precisa ser tomada tanto pelos profissionais que compõem o Nasf, quanto por aqueles que conformam as equipes de AB, sendo necessária permeabilidade e disposição para o trabalho colaborativo e para o compartilhamento de responsabilidades e ações de ambas as partes.

Ao iniciar a operacionalização do Nasf, algumas ações são importantes para a construção do trabalho integrado sob a perspectiva da responsabilização mútua entre as equipes envolvidas, como o reconhecimento do território e da RAS pelo Nasf e a realização de pactuações iniciais com as equipes vinculadas.

• Reconhecimento do território

O reconhecimento do território pela equipe do Nasf pode ser iniciado com base nas informações já levantadas no diagnóstico realizado pela gestão municipal durante a construção do projeto de implantação (descrito anteriormente neste capítulo). A apropriação dessas informações pelo Nasf é de suma importância, uma vez que amplia suas possibilidades de atuação, tornando-a mais adequada às necessidades da população.

• Ações possíveis para o aprofundamento das informações:

- Territorialização em conjunto com as equipes de AB: promove o reconhecimento da realidade local em ato. Para isso, recomenda-se a elaboração de um roteiro de observação do território que englobe o olhar dos profissionais que fazem parte das equipes de AB e do Nasf. Os profissionais do Nasf podem, portanto, contribuir para a qualificação do olhar sobre o território, levantando aspectos relativos ao campo ou ao seu núcleo específico de saber importantes para observação e qualificação da atenção.
- Experimentação da vivência do cotidiano das UBS pelos profissionais do Nasf: possibilita que conheçam seus setores, profissionais, ações desenvolvidas etc.

Da mesma forma, a discussão dessas informações com as equipes de AB pode contribuir para a construção de ações mais coordenadas e adequadas aos problemas das equipes vinculadas, contribuindo para o direcionamento das ações a serem desenvolvidas no apoio matricial. Observe o exemplo a seguir:

• Exemplo de uma ação de educação permanente no cotidiano do serviço:

Tomemos como exemplo uma UBS onde se verifica o crescimento gradual do número de idosos acamados após fratura de fêmur, tendo como causa principal queda no ambiente domiciliar. Esse aumento foi identificado por meio dos registros de atendimento das equipes de AB (prontuário), por observação dos agentes comunitários de saúde (visita domiciliar) e registro de acolhimento nas unidades de urgência e hospitalares. Com esses dados, identificou-se a necessidade de trabalhar com prevenção de quedas com essa população, tema também levantado como de interesse dos usuários por meio de pesquisa realizada pelos ACS.

Inicialmente, foram debatidos problemas e potencialidades relacionados aos idosos no território. Para isso, foram discutidas, em reunião da equipe de AB com a presença de profissionais do Nasf (reunião de matriciamento), informações coletadas por ambas as equipes:

Problemas:

- Alto número de fraturas por queda.
- Baixa adesão dos idosos nas consultas de rotina.
- Número insuficiente de profissionais das equipes de AB e Nasf para realização de visitas domiciliares ou atendimentos individuais para todos os idosos em risco.
- Dificuldade das equipes de AB no que se refere a algumas especificidades do cuidado ao idoso.

Potencialidades:

- Existência de fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e nutricionista no Nasf.
- Interesse e disponibilidade dos profissionais da equipe de AB em desenvolver ações relacionadas à problemática identificada.
- Existência de cinco grupos de convivência para idosos na comunidade.
- Existência de um espaço de atividade física para a terceira idade, coordenado pela Secretaria Municipal de Esportes ou de uma Academia da Saúde.

Sugestões de ações conjuntas entre Nasf e equipes de AB, levantadas a partir da análise do território:

- Organização de atendimento compartilhado entre fisioterapeuta e profissionais da equipe de AB, visando, também, promover educação permanente desta equipe para a identificação de riscos de queda.
- Organização de visitas domiciliares entre terapeuta ocupacional e profissionais da equipe de AB, conforme critérios previamente acordados, visando, também, promover educação permanente desta equipe para a identificação de riscos de queda.
- Organização de ações conjuntas para sensibilização sobre risco de quedas em idosos em campanhas de vacinação, grupos operativos já existentes, durante consultas de rotina e nos espaços já frequentados por essa população.
- Agendamento de atendimento individual com profissionais do Nasf para idosos identificados com alto risco de queda.
- Realização de parcerias com profissionais da Secretaria Municipal de Esportes e do Centro de Convivência da comunidade para divulgação de informações sobre o assunto e organização de ações intersetoriais.

Percebe-se, a partir do exemplo, a potencialidade da atuação conjunta entre Nasf e equipes de AB com base na análise das necessidades e das potencialidades existentes nos territórios de atuação dessas equipes. Esse reconhecimento contribui para o direcionamento das ações a serem realizadas, ampliando, também, as possibilidades de intervenção dos profissionais envolvidos e potencializando os resultados possivelmente alcançados.

– Vale lembrar:

- Para cuidarmos da saúde da população de nossa área de abrangência, é importante fazermos análises da situação de ações de saúde efetivas.
- O diagnóstico de saúde reúne as principais informações para conhecimento do território e da população residente sob sua responsabilidade.
- Para realizá-lo, devemos nos perguntar o que queremos e precisamos saber. Depois, escolhemos as informações necessárias para dar respostas e as fontes que vamos usar para obtermos estes dados.
- O diagnóstico inicial serve para nos ajudar, nos guiar. Com o tempo, ele vai sendo atualizado ou complementado, e é importante manter grau de abertura para novas situações que se apresentam.

• Pactuações iniciais entre Nasf e equipes vinculadas

As pactuações iniciais entre Nasf e equipes vinculadas podem ser realizadas em diferentes espaços, envolvendo critérios e fluxos norteadores, situações prioritárias e formas de efetuar o apoio. Tais definições podem englobar aspectos gerais do processo de trabalho do Nasf e específicos por categoria profissional que dele fazem parte, conforme a realidade de cada local. Nos primeiros encontros entre essas equipes, portanto, é necessário reafirmar as pactuações definidas no processo de implantação do Nasf no município e estabelecer outras que se façam necessárias.

• Pode-se pactuar, por exemplo, em quais situações clínicas serão prioritariamente atendidos individualmente os usuários, quais os critérios para encaminhamento de pessoas aos grupos específicos do Nasf, que temas podem ser discutidos com as equipes de AB (exemplo: uso racional de medicamentos pelo farmacêutico), em que situações o Nasf pode colaborar na análise e no atendimento às demandas programada e espontânea, entre outras.

• Devem, também, ser definidos critérios de risco para o acionamento do apoio em situações urgentes ou imprevistas em que não seja possível fazê-lo presencialmente, ou seja, quando o profissional do Nasf não se encontra na UBS (exemplo: ideiação suicida no caso da saúde mental). Nessas situações, o contato pode ser realizado pelo profissional da equipe de AB por meio de telefone ou meio eletrônico, entre outras possibilidades, e não por encaminhamento impresso entregue ao usuário.

• Estratégias para o atendimento de encaminhamentos existentes na UBS anteriormente à chegada dos profissionais do Nasf à Atenção Básica precisam, também, ser definidas. A chegada de novas categorias profissionais antes não presentes neste ponto de atenção gera, frequentemente, procura por parte das equipes de AB por resposta à demanda reprimida por meio de atendimentos específicos realizados pelo Nasf. Portanto, cabe a esses profissionais, conforme as diretrizes preconizadas para

o desenvolvimento de seu processo de trabalho, discutir estratégias com essas equipes, evitando a superlotação de suas agendas no início das atividades e o distanciamento da lógica preconizada (centrada no usuário e com base em discussões de casos, e não encaminhamentos), ainda que isso não elimine a possibilidade de atendimentos individuais por profissionais do Nasf.

Muitas outras ações não citadas podem ser desenvolvidas no intuito de consolidar e fortalecer o desenvolvimento de uma relação horizontalizada, pautada na integração e na colaboração entre equipes de Atenção Básica e Nasf.

– Importante:

- A definição das situações prioritárias, dos fluxos e das formas de efetuar o apoio, além de outros acordos necessários para o desenvolvimento do trabalho compartilhado, deve ser construída conjuntamente entre Nasf e equipes de AB, fomentando o comprometimento de todos os envolvidos com as pactuações realizadas.
- Outra estratégia que pode ser utilizada para a visualização e a lembrança dessas pactuações é registrá-las, tornando-as acessíveis a todos os profissionais das equipes de AB para consulta, quando necessário.

Distintas responsabilidades e diferentes papéis e funções são assinalados para cada uma das equipes envolvidas na relação pautada pelo apoio matricial, que direciona a estruturação das ações do Nasf e sua articulação com as equipes vinculadas. Essa estruturação traz em seu escopo a possibilidade de reduzir a fragmentação da atenção e promover a constituição de uma rede de cuidados que aumente a qualidade e a resolutividade das ações em saúde.

2.3 O Nasf e as equipes de Atenção Básica: funções e responsabilidades

As equipes de AB são consideradas referência pelo cuidado de certa população em um território definido sob sua responsabilidade sanitária. Dessa forma, devem estar acessíveis para acolher a demanda espontânea e realizar o acompanhamento dessa população de maneira longitudinal por meio de ações de promoção, de prevenção, de tratamento, de reabilitação, de redução de danos e coordenar seu cuidado na Rede de Atenção à Saúde.

A missão do Nasf, por sua vez, é a de apoiar o trabalho dessas equipes na RAS, ampliando a abrangência, o escopo e a qualidade das ações na Atenção Básica, e a de contribuir para o aumento de sua capacidade de cuidado. O quadro a seguir demonstra elementos importantes na diferenciação dessas equipes no apoio matricial:

Quadro 4 – Características das equipes de referência e equipes de apoio

RAS	Equipe de Referência – Equipe de AB	Equipe de Apoio – Nasf
Função	Referência e responsável pela coordenação do cuidado de determinada população.	Apoio para equipes de AB, visando ampliar a oferta e a qualidade das ações e aumentar a resolutividade desse ponto de atenção.
Definição	Conjunto de profissionais inseridos na AB e considerado essencial para a condução dos problemas de saúde.	Conjunto de profissionais inseridos na AB que oferecem retaguarda às equipes de referência conforme as necessidades de cada usuário, família, comunidade e conformação da rede de atenção e dos serviços locais.
Responsabilidade	Responsável pela condução longitudinal de casos individuais, familiares ou comunitários.	Corresponsável por usuários adscritos às equipes de AB e, ao mesmo tempo, pelas próprias equipes de AB. Ou seja, além de poder atuar diretamente com usuários (mediante critérios e fluxos combinados), deve orientar as equipes vinculadas segundo seu núcleo de conhecimento, agregando recursos de saber e buscando aumentar sua capacidade para a resolução dos problemas (transferência tecnológica).

continua

conclusão

RAS	Equipe de Referência – Equipe de AB	Equipe de Apoio – Nasf
Atuação	<ul style="list-style-type: none"> – Identifica a necessidade de solicitação do apoio, regulando o acesso dos usuários aos profissionais do Nasf. – Propõe e pactua propostas terapêuticas com os profissionais de apoio. – Realiza ações compartilhadas com o Nasf, quando acordadas. – Compartilha e, portanto, não transfere a responsabilidade ao profissional de apoio. 	<ul style="list-style-type: none"> – Analisa as solicitações de apoio e identifica necessidades das equipes vinculadas a partir da relação estabelecida com elas. – Propõe e pactua propostas terapêuticas com a equipe de AB, considerando a possibilidade de realização de ações compartilhadas com esses profissionais e ações específicas do Nasf. – Realiza ações compartilhadas com a equipe de AB e/ou ações específicas, quando acordadas (neste caso, compromete-se a manter contato com a equipe de referência sobre o caso). – Compartilha a responsabilidade pela condução do cuidado.

Fonte: (adaptado de BRASIL, 2004; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

2.3.1 Dinâmicas do trabalho integrado: múltiplas possibilidades

A retaguarda ou apoio oferecido pelo Nasf pode se configurar de diferentes formas e se remodelar a partir do cotidiano da Atenção Básica, dependendo das ações pactuadas com cada uma das equipes vinculadas. O trabalho integrado e colaborativo entre essas equipes pode acontecer, por exemplo, por meio de consulta conjunta entre o psicólogo e o médico da equipe, de participação de um agente comunitário de saúde no grupo coordenado pelo farmacêutico ou de consulta individual com o psiquiatra pactuada previamente com a equipe de AB como parte do projeto terapêutico de determinado usuário.

Portanto, as atividades a serem desenvolvidas podem englobar ações realizadas conjuntamente entre os profissionais do Nasf e das equipes vinculadas, ações realizadas somente pelos profissionais do Nasf ou realizadas somente pelos profissionais da equipe de AB com apoio do Nasf. Para isso, devem ser combinados elementos assistenciais e técnico-pedagógicos, tendo-se clareza de

que todos os espaços de encontro com as equipes de AB têm potencialidade para o exercício da educação permanente dessas equipes e do próprio profissional do Nasf, que também aprende com os profissionais das equipes de AB nesse processo.

O pressuposto que deve ser seguido, independentemente da configuração da ação, é a pactuação conjunta sobre o que será realizado e a manutenção da coordenação do cuidado com as equipes de AB. É importante lembrar que a atuação utilizando a lógica do apoio matricial significa compartilhamento/colaboração, mesmo em situações em que sejam realizadas intervenções específicas do profissional do Nasf. Nesses casos, a equipe de referência deve participar na definição das ações e na sua avaliação, buscando aprimorar o seu próprio fazer em saúde.

Pode-se identificar que o processo de trabalho do Nasf diverge, portanto, do modelo ambulatorial centrado no agendamento de consultas individuais (atendimentos específicos) oferecidas pelos profissionais de acordo com seu núcleo de saber ou, em outro extremo, de um modelo que se limita a orientar os profissionais das equipes de AB sobre como fazer.

Considera-se que a dimensão assistencial seja, portanto, uma das possibilidades de intervenção desses profissionais, em articulação com as equipes apoiadas. Da mesma forma, a dimensão técnico-pedagógica, cujo desenvolvimento busca o aprimoramento de competências e educação permanente com as equipes de AB.

Outro ponto importante é a consideração de que as ações desenvolvidas pelo e com o Nasf – sejam elas diretamente assistenciais ou predominantemente direcionadas para a educação permanente das equipes – devem preferencialmente ser desenvolvidas nos espaços da Atenção Básica, tais como a própria UBS ou espaços comunitários no território (escolas, associações de moradores, entre outros). Para isso, é importante a integração do Nasf ao cronograma de utilização dos espaços da UBS (consultórios, salas para grupos, salas de procedimentos, entre outros), considerando que a proximidade com as equipes de AB na execução de suas ações favorece o trabalho integrado.

- **Organização da agenda dos profissionais do Nasf**

Por se tratar de uma equipe de apoio que lida com as complexas realidades de cada uma das equipes vinculadas, é necessária a construção de uma agenda de trabalho do Nasf que contemple as diversidades e as amplas possibilidades de ações que podem ser realizadas no trabalho integrado. Para isso, o cronograma, ou agenda, dos profissionais deve conter alguns elementos considerados estruturantes. Veja a seguir:

– Elementos constituintes da agenda do Nasf:

- Reuniões de matriciamento com as equipes de AB, com periodicidade variável de acordo com a modalidade de Nasf e com o contexto (recomendação de que seja no mínimo mensal, desde que haja possibilidade de contato a distância).
- atendimentos individuais (específicos e compartilhados).
- atendimentos domiciliares (específicos e compartilhados).
- Grupos e atividades coletivas (específicas e compartilhadas).
- Espaço destinado à elaboração de materiais de apoio, rotinas, protocolos e outras ações de educação permanente, reservado na agenda sob demanda quando acordadas com as equipes vinculadas.
- Reunião entre os profissionais do Nasf e, se possível, com profissionais de outros Núcleos e de outros pontos de atenção do município.

A articulação entre os profissionais do Nasf para a organização de suas agendas – buscando-se agregar, quando necessário, diferentes profissionais em ações realizadas com as equipes de AB – deve também ser incentivada, favorecendo o trabalho articulado e integrado.

A seguir, vejam alguns pontos recomendados para a construção da agenda pelos profissionais do Nasf:

– **Recomendações para a construção da agenda:**

1º ponto: mapeamento das ações desenvolvidas em cada UBS vinculada ao Nasf

- Dias das reuniões das equipes de AB.
- Horário de visitas domiciliares das equipes de AB.
- Grupos e outras atividades desenvolvidas.
- Forma de organização da UBS: atendimento à demanda espontânea, agendamentos para ações de cuidado continuado etc.

2º ponto: mapeamento das condições existentes para o desenvolvimento do trabalho na UBS

- Carga horária e turnos de trabalho dos profissionais das equipes de AB.
- Espaço físico disponível para realização de ações (na UBS e em outros espaços do território).
- Materiais e equipamentos necessários para a realização das intervenções.
- Fluxos e serviços já existentes intra e intersetorialmente para possíveis parcerias.
- Necessidade e disponibilidade de carro para realização de atendimento domiciliar.

3º ponto: organização da proposta de agenda

- Definição das reuniões de matriciamento, englobando todas as equipes vinculadas com periodicidade variável.
- Definição das ações conjuntas com as equipes vinculadas.
- Definição das ações assistenciais diretas do Nasf (individuais e coletivas), a partir da construção de projetos terapêuticos e ações estratégicas no território.
- Integração das agendas dos profissionais do Nasf.

É importante ressaltar que a organização da agenda possa ser realizada por meio de pactuação com as equipes de AB, coordenadores/gerentes de UBS e gestores municipais.

• **Descrição das atividades inseridas na agenda do Nasf**

Os elementos estruturantes da agenda dos profissionais do Nasf devem ser compreendidos como norteadores para sua organização e podem ser ampliados de acordo com a realidade e as experiências vivenciadas localmente. Para melhor visualização de tais atividades, algumas notas sobre seus objetivos e sugestões sobre como organizá-las são dispostas a seguir:

Quadro 5 – Atividades que podem compor a agenda dos profissionais do Nasf

Elemento estruturante	Descrição da atividade	Infraestrutura necessária	Condições e ações para organização da atividade
Reunião de matriciamento	<ul style="list-style-type: none"> • Espaço de ocorrência periódica destinado à problematização, ao planejamento, à programação e à execução de ações colaborativas entre Nasf e equipes de AB. • Engloba discussões de casos e temas (fortemente relacionados à educação permanente), pactuações entre o Nasf e as equipes vinculadas, planejamento e programação de ações (construção de propostas de grupos, atendimentos e intervenções entre as equipes), ações de vigilância em saúde, monitoramento e outras. • Pauta-se em uma relação dialógica e horizontal entre os profissionais que compõem tais equipes e está baseada em uma abordagem centrada na pessoa e com enfoque intersubjetivo e interdisciplinar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sala que comporte todos os integrantes da equipe de AB e profissionais do Nasf presentes. • Prontuário dos usuários cujos casos serão discutidos. • Recursos audiovisuais e outros materiais necessários para a discussão de temas. • Ata das reuniões ou outra forma de registro das pactuações realizadas. • Dados concernentes às discussões a serem realizadas. Exemplo: número de portadores de diabetes mellitus para organização do atendimento compartilhado entre enfermeiro, médico, farmacêutico e nutricionista. 	<ul style="list-style-type: none"> • Horário protegido na agenda dos profissionais envolvidos. • Organização inicial das equipes de AB para definição de casos, demandas e propostas para matriciamento. • Organização do Nasf para devolutivas de casos acompanhados (por exemplo, por meio de listas de casos em acompanhamento, planilhas compartilhadas etc.), temas de educação permanente, sensibilização das equipes, propostas de ações etc. • Utilização de reuniões já existentes de equipes de AB ou criação de novos espaços (envolvendo o máximo possível de profissionais do Nasf em cada reunião).

continua

continuação

Elemento estruturante	Descrição da atividade	Infraestrutura necessária	Condições e ações para organização da atividade
Reunião de Equipe Nasf	<ul style="list-style-type: none"> • Espaço de ocorrência periódica entre os profissionais que compõem o Nasf para articulação e organização como equipe. Utilizado para: <ul style="list-style-type: none"> – Debate sobre o modo de operar do Nasf e assuntos pertinentes às UBS e equipes de AB. – Ajustes e avaliação da agenda de trabalho. – Planejamento e programação de ações articuladas entre os profissionais e de ações específicas de cada categoria profissional do Nasf com base nas necessidades das equipes vinculadas. – Desenvolvimento de pesquisas e materiais de apoio. – Educação permanente da equipe Nasf. – Alinhamento de conceitos, organização de protocolos e linhas de cuidado e discussão de ações realizadas por profissionais de mesma categoria. – Debate de questões administrativas com a coordenação do Nasf ou da Atenção Básica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Espaço que comporte todos os profissionais do Nasf. • Prontuários dos casos em acompanhamento. • Recursos audiovisuais e outros materiais necessários para a discussão de temas e educação permanente da equipe Nasf. • Registro das ações realizadas com as equipes de AB, como roteiros de monitoramento das demandas de matriciamento e outros dados necessários. • Ata das reuniões ou outra forma de registro das pactuações realizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Horário protegido na agenda de todos os profissionais do Nasf. • Monitoramento do trabalho integrado para levantamento das dificuldades e potencialidades e proposição de ações, a partir das necessidades das equipes vinculadas.

continua

continuação

Elemento estruturante	Descrição da atividade	Infraestrutura necessária	Condições e ações para organização da atividade
Atendimento individual compartilhado e específico	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento individual compartilhado: realizado conjuntamente entre o profissional Nasf e, no mínimo, um membro da equipe vinculada. • Atendimento individual específico: realizado apenas pelo profissional do Nasf, após regulação e pactuação com a equipe de AB vinculada, atrelado a um projeto terapêutico produzido conjuntamente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prontuários comuns às equipes de AB para análise e registro das informações do atendimento. • Consultório disponível. • Levantamento prévio dos fluxos da Rede de Atenção à Saúde (para evitar duplicidade de ações). • Organização de atribuições e critérios para atendimento por categoria profissional do Nasf. • Estrutura mínima de equipamentos e insumos, conforme necessidade e tipo de atendimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ocorrência das reuniões de matriciamento para discussão dos casos e pactuação das ações (os atendimentos realizados pelo Nasf devem ser precedidos de pactuação prévia com as equipes de AB). • Abertura dos profissionais para a realização de atendimentos e visitas domiciliares compartilhadas. • Horário protegido na agenda do Nasf e da equipe de AB para a realização de ações compartilhadas. • Conhecimento dos usuários pela equipe de AB para discussão de caso e construção do Projeto Terapêutico Singular.
Atendimento domiciliar compartilhado e específico	<ul style="list-style-type: none"> • Visa a promover o acesso dos usuários restritos ao leito ou ao domicílio. • Pode ser realizado em conjunto com ao menos um profissional da equipe de AB (recomendado), servindo, também, como estratégia de educação permanente e manutenção de vínculo com essa equipe, ou apenas pelo profissional do Nasf, após regulação e pactuação com a equipe vinculada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Carro para deslocamento aos locais mais distantes da UBS ou de difícil acesso. • Prontuários comuns às equipes de AB para análise e registro das informações do atendimento. • Levantamento prévio dos fluxos da RAS para evitar duplicidade de ações. • Listas de usuários acamados ou restritos ao domicílio, gerenciadas pelas equipes de AB. • Organização de atribuições e critérios para atendimento por categoria profissional do NASF. • Estrutura mínima de equipamentos e insumos, conforme necessidade e tipo de atendimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilização de fluxos, critérios e atribuições pactuados. Importante ressaltar que devem ser flexíveis por se tratar de uma lógica em que os casos podem apresentar singularidades que vão além do que foi definido previamente. • Uso de mecanismos de devolutiva dos casos atendidos exclusivamente pelo Nasf às equipes de AB (por meio de prontuários, listas de pessoas em acompanhamento, discussão em reuniões de matriciamento ou outros meios). • Oferta em todas as UBS adscritas ao Nasf, conforme necessidade local.

continua

continuação

Elemento estruturante	Descrição da atividade	Infraestrutura necessária	Condições e ações para organização da atividade
Atividade coletiva compartilhada e específica	<ul style="list-style-type: none"> • Atividade coletiva compartilhada: apoio para planejamento, programação ou execução conjunta de grupos de educação e saúde e ações de sensibilização desenvolvidas na UBS ou em outros espaços comunitários. O apoio pode ocorrer sempre que demandado pelas equipes de AB, a partir da identificação pelo Nasf da necessidade de qualificação dos grupos já realizados ou da necessidade de incentivo ao desenvolvimento de grupos de promoção à saúde. • Atividade coletiva específica: atividade em grupo coordenada pelo profissional do Nasf, específica de seu núcleo de saber. Recomenda-se a participação de profissionais da equipe de AB nesses grupos como estratégia de educação permanente na Atenção Básica (transferência tecnológica). 	<ul style="list-style-type: none"> • Espaço físico adequado para a realização de ações coletivas. • Prontuários comuns às equipes de AB para análise e registro de informações necessárias. • Organização de fluxos, de atribuições e dos critérios para participação dos usuários nas atividades coletivas. • Estrutura mínima de equipamentos e insumos, conforme necessidade e tipo de ação coletiva realizada. • Dados relativos à população do território e necessidades e demandas das equipes de AB ao Nasf. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ocorrência das reuniões de matriciamento para pactuação das ações (temas dos grupos, periodicidade, critérios para acesso aos grupos específicos do Nasf etc.). • Horário protegido na agenda do Nasf e das equipes de AB para ações compartilhadas. • Utilização de fluxos, critérios e atribuições pactuados. Importante ressaltar que devem ser flexíveis, considerando as necessidades de cada usuário. • Oferta em todas as UBS adscritas ao Nasf, conforme necessidade local. Para otimizar as ações, principalmente aquelas coordenadas pelo Nasf, podem ser realizadas de forma a abranger mais de uma equipe ou UBS vinculada. • Considerar que o acesso aos grupos específicos do Nasf também deve ser regulado e pactuado com as equipes de AB.

continua

conclusão

Elemento estruturante	Descrição da atividade	Infraestrutura necessária	Condições e ações para organização da atividade
Elaboração de materiais de apoio, rotinas, protocolos e outras ações de educação permanente	<ul style="list-style-type: none"> • Ações direcionadas para a elaboração de materiais de apoio, rotinas, protocolos e outras ações de educação permanente devem ser realizadas sempre que necessárias. • A identificação dessa necessidade pode ser realizada por meio de demanda direta das equipes ou a partir do próprio profissional do Nasf no desenvolvimento das ações com as equipes vinculadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrutura mínima de equipamentos e materiais, conforme necessidade. • Acesso a rotinas, protocolos e fluxos estabelecidos municipalmente ou em outras esferas de gestão. • Dados relativos à população do território e demandas levantadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ocorrência das reuniões de matriciamento para pactuação das ações. • Horário protegido na agenda dos profissionais do Nasf para a elaboração dos materiais. • Utilização de fluxos, critérios e atribuições pactuados para a elaboração dos materiais (incluindo normas e protocolos estabelecidos nas diferentes esferas de gestão). • Identificação de temas ou situações de maior dificuldade para a resolutividade e a qualificação do cuidado. • Oferta em todas as UBS adscritas ao Nasf, conforme pactuação local.

Fonte: MS, DAB, 2013.

Na estruturação de sua agenda, é importante que o Nasf busque sua organização como equipe, lançando mão de diferentes estratégias que deverão ser definidas de acordo com a singularidade de cada situação, do nível de articulação e de integração com as equipes de AB e das possibilidades de aprofundamento das ações. Por outro lado, isso também pode ajudar a evitar presença e ausência excessiva dos profissionais do Nasf nas UBS (articulação intra Nasf, com as equipes de AB, com os gestores e com profissionais de outros serviços que eventualmente façam apoio matricial também, tais como os Caps).

A seguir, estão exemplificadas algumas possibilidades de configuração das agendas do Nasf, reforçando-se que são apenas propostas, uma vez que devem ser construídas a partir do diálogo com a realidade local e com as necessidades de apoio das equipes vinculadas, além de considerarem as especificidades de cada categoria profissional que o compõe.

– Exemplos de disposição dos elementos estruturantes da agenda:

Nasf 1: cinco a nove equipes de AB vinculadas

- Profissionais com carga horária de 40h/semana:
 - * Reunião em equipe Nasf: duas a quatro horas por semana.
 - * Reunião de matriciamento: uma reunião por mês por equipe de AB vinculada com duração mínima de duas horas.
 - * Turnos para ações compartilhadas (individuais ou coletivas): pelo menos dois a três turnos por semana.

* Turnos para ações específicas do profissional do Nasf (individuais ou coletivas): conforme disponibilidade de agenda.

Nasf 2: três a quatro equipes de AB vinculadas

- Profissionais com carga horária de 40h/semana:
- * Reunião em equipe Nasf: duas a quatro horas por semana.
- * Reunião de matriciamento: uma reunião quinzenal por equipe de AB vinculada com duração de aproximadamente duas horas.
- * Turnos para ações compartilhadas (individuais ou coletivas): pelo menos dois a três turnos por semana.
- * Turnos para ações específicas do profissional do Nasf (individuais ou coletivas): conforme disponibilidade de agenda.

Nasf 3: uma a duas equipes de AB vinculadas

- Profissionais com carga horária de 20h/semana:
- * Reunião em equipe Nasf: duas horas por semana.
- * Reunião de matriciamento: uma/duas reuniões semanais por equipe de AB vinculada com duração de aproximadamente duas horas.
- * Turnos para ações compartilhadas (individuais ou coletivas): um a dois turnos por semana.
- * Turnos para ações específicas do profissional do Nasf (individuais ou coletivas): conforme disponibilidade de agenda.

• Considerações sobre o gerenciamento da agenda dos profissionais do Nasf

O gerenciamento das agendas dos profissionais do Nasf é, em primeira instância, responsabilidade deles, devendo ser realizado de forma compartilhada com as equipes de AB, coordenadores/gestores de UBS vinculadas e gestão municipal. O compartilhamento pode promover maior grau de comprometimento de todos os envolvidos e é importante para a consolidação das agendas do Nasf, uma vez que suas ações dependerão de condições existentes nas UBS para acontecerem.

A característica dinâmica da Atenção Básica deve também ser considerada nos cronogramas de atividades do Nasf, que não podem ser tão duros a ponto de não permitirem certa flexibilidade, conforme as novas pactuações que vão sendo realizadas com as equipes de AB ao longo do trabalho integrado. Possíveis mudanças devem ser respaldadas pela gestão como um processo inserido dentro do apoio matricial oferecido.

• Importante:

As reuniões de matriciamento são primordiais para a pactuação das ações a serem realizadas pelo Nasf, assim como para o gerenciamento conjunto das agendas dos profissionais de apoio e das equipes de AB.

• Estratégias para uma boa comunicação entre Nasf e equipes de AB

Por se tratar de equipe de apoio, nem sempre os profissionais do Nasf possuem carga horária semelhante à das equipes de AB em cada UBS, necessitando instituir mecanismos de comunicação

previamente pactuados para acesso em situações urgentes ou imprevistas e para comunicação de alterações de agenda. Portanto, estratégias que melhorem a comunicação entre Nasf e equipes vinculadas devem ser implantadas a fim de que o trabalho integrado não seja prejudicado.

Seguindo a lógica do apoio matricial, devem ser evitadas aquelas que promovam o encaminhamento direto aos profissionais do Nasf sem pactuação prévia com as equipes de AB, tais como: criação de pastas de encaminhamentos de casos para o Nasf; disponibilização de agendas na recepção das UBS para casos de demanda espontânea ou encaminhados pelos diferentes pontos da RAS sem pactuação prévia com as equipes de referência; e outras ações que não se utilizem da lógica da discussão centrada na pessoa, da pactuação e construção conjunta na Atenção Básica.

– **Estratégias que melhoram a comunicação entre Nasf e equipes de AB:**

- **Definição de meios para contato direto em situações urgentes e/ou imprevistas e em casos de alterações de agenda**

A partir de critérios de risco definidos conjuntamente entre Nasf e equipes de AB, devem estar estabelecidas formas de contato direto com os profissionais do Nasf em casos urgentes ou imprevistos, cuja resolução não possa aguardar o próximo contato presencial na UBS. Nessas situações (e também quando há dúvidas por parte de algum profissional), recomenda-se o uso de e-mail, telefones ou outras formas de acionamento do apoio por meio da equipe de AB, evitando o simples encaminhamento impresso entregue ao usuário.

Da mesma forma, tais mecanismos de comunicação direta devem ser utilizados pelos profissionais das equipes de AB e Nasf e/ou coordenadores/gestores das UBS vinculadas em casos de alterações da agenda, permitindo que sejam realocadas as atividades acordadas e redefinidas novas ações, conforme pactuação local.

- **Disponibilização do cronograma ou agenda de atividades do Nasf às UBS**

A disponibilização da agenda dos profissionais do Nasf às equipes de AB vinculadas favorece a comunicação entre elas, possibilitando o acesso direto às informações sobre onde os encontrar quando não estão presencialmente na UBS ou quando estarão novamente nesse espaço.

- **Disponibilização de informações sobre fluxos e critérios para o acionamento do apoio**

A existência de pastas na UBS que contenham fluxos da RAS, critérios de encaminhamento, orientações gerais para determinados problemas de saúde e outras informações importantes auxilia na resolução de algumas situações quando não é possível o contato direto com o profissional de apoio.

- **Garantia de espaços de encontros permanentes e periódicos com equipes vinculadas**

A garantia da participação dos profissionais (Nasf e equipes de AB) em encontros periódicos e permanentes com cada uma das equipes vinculadas pode reduzir as angústias decorrentes da ausência do Nasf na UBS.

Uma vez garantida essa participação pelos profissionais e pela gestão, as reuniões podem se configurar como espaços em que são pactuadas as diferentes ações, modos de acionamento do apoio em situações urgentes ou imprevistas e formas de contato para repactuação de ações já agendadas. Além disso, quando utilizadas como espaço de educação permanente dos profissionais da equipe de AB, podem contribuir para a redução da necessidade de apoio a distância.

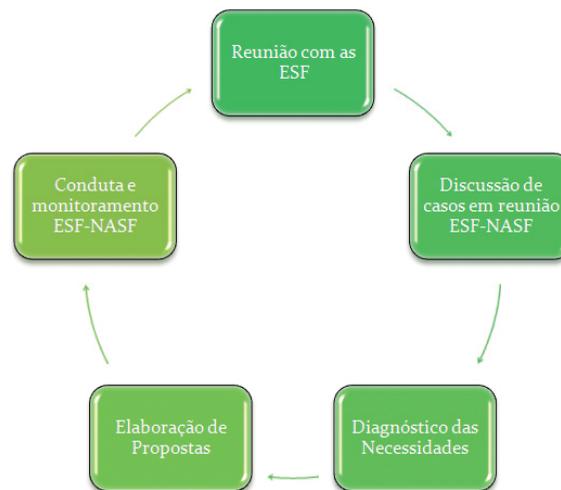
- **Organização das reuniões de matriciamento**

Mesmo compreendendo-se que o apoio matricial não é prerrogativa exclusiva do Nasf e que não se esgota nas reuniões entre equipes de apoio e de referência (podendo se materializar de

diferentes formas, dependendo das ações pactuadas conjuntamente com cada uma das equipes vinculadas), as reuniões de matriciamento são consideradas essenciais para a organização e a execução do trabalho integrado entre Nasf e as equipes de AB.

Basicamente, são configuradas por meio da discussão de casos ou temas entre os profissionais que compõem as diferentes equipes envolvidas, obtendo-se um diagnóstico de necessidades e o levantamento/planejamento de ações que possam ser desenvolvidas para atendê-las da melhor maneira possível. A partir das pactuações realizadas, segue-se um movimento de monitoramento dos resultados alcançados e a continuidade dessa articulação, a partir de novas situações que se apresentem na Atenção Básica. A figura a seguir esquematiza esse movimento de integração entre Nasf e as equipes vinculadas por meio das reuniões de matriciamento:

Figura 3 – Movimento de integração entre Nasf e as equipes vinculadas



Fonte: (OSCEJAM, 2013).

A partir dessas reuniões, podem ser disparados, portanto, vários processos para a produção do cuidado, tais como:

- **Discussão de casos individuais, familiares ou comunitários:**

- Apresentação de casos novos pela equipe de AB.
- Devolutivas da evolução dos casos pela equipe de AB ao Nasf.
- Devolutivas das ações e intervenções do Nasf à equipe de AB.

- **Diagnóstico das necessidades e demandas:**

- Dados do território.
- Situações trazidas pela equipe de AB.
- Situações observadas pelo Nasf.

- **Elaboração de propostas:**

- Construção de planos de ação para as necessidades percebidas.
- Propostas de atividades coletivas específicas do Nasf ou da equipe de AB.
- Propostas de atendimentos individuais específicos do Nasf ou da equipe de AB.
- Propostas de ações individuais ou coletivas compartilhadas.
- Propostas de outras ações de educação permanente.

- **Ações de monitoramento:**

- Continuidade da discussão de casos e temas.
- Registro das atividades, dos participantes e das pactuações realizadas, permitindo monitorar e avaliar o processo de trabalho entre as duas equipes.
- Discussão e avaliação sobre a evolução dos casos entre Nasf e equipe de AB.

Em geral a equipe de referência identifica as necessidades e demandas da população e do território adscritos, e, buscando soluções, demanda apoio aos profissionais do Nasf utilizando, principalmente, as reuniões de matriciamento para a construção das propostas de intervenção.

Para exemplificar, imaginemos uma situação hipotética em que a equipe de Saúde da Família identifique alto índice de pessoas com diabetes mellitus descompensado em seu território. Como poderia acontecer a relação entre esta equipe e o Nasf?

Quadro 6 – Diferenças entre o modelo tradicional de encaminhamento de usuários e a proposta do apoio matricial

Modelo Tradicional	Proposta do Apoio matricial
<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar as pessoas para agendamento de consulta individual com o nutricionista para orientações alimentares e nutricionais. • Encaminhar as pessoas para agendamento de visita domiciliar do farmacêutico para avaliação da adesão aos medicamentos. • Encaminhar as pessoas ao profissional de Educação Física para prática coletiva de atividade física. • Encaminhar as pessoas para o endocrinologista. 	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir o tema “Diabetes <i>melittus</i>” e estratégias para seu controle com os profissionais do Nasf (psicólogo, assistente social, profissional de Educação Física, nutricionista, entre outros). • Discutir com os profissionais do Nasf propostas de ações e condutas que a própria equipe de AB poderia realizar individual ou coletivamente. • Planejar e realizar com os profissionais do Nasf intervenções conjuntas (atendimentos individuais ou coletivos, atendimentos domiciliares, atividades no território etc.). • Pactuar intervenções específicas dos profissionais do Nasf, com discussão e repactuação permanentes com a equipe de referência. • Construir Projetos Terapêuticos Singulares para os casos mais difíceis ou complexos.

Fonte: DAB/SAS/ MS, 2013.



Prezado leitor,

Como sua equipe organiza o apoio matricial para o cuidado de pessoas com diabetes mellitus? Compartilhe na Comunidade de Práticas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família acessando:

<<http://atencaobasica.org.br/comunidades/nasf-nucleo-de-apoio-a-saude-da-familia>>

Para finalizar, na realização das reuniões de matriciamento, algumas ferramentas existentes e preconizadas pelo Ministério da Saúde no primeiro Caderno de Atenção Básica direcionado ao Nasf (BRASIL, 2009) podem também ser utilizadas para a gestão compartilhada da atenção, tal como o Projeto Terapêutico Singular, útil para a construção e a organização da terapêutica e o acompanhamento das ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais envolvidos em casos complexos. Além disso, os municípios podem valer-se de iniciativas próprias que favoreçam um trabalho integrado e condizente com o papel estruturante do apoio matricial proposto para a relação estabelecida entre equipes de Atenção Básica e Nasf.

- **Sobre a reunião de matriciamento, é importante lembrar:**

- É um processo que promove a atenção centrada na pessoa, uma vez que considera a singularidade no processo decisório,
- Possibilita a construção de planos de intervenção conjuntos entre Nasf e as equipes vinculada e promove a troca de saberes e a ampliação do olhar de todos os envolvidos sobre os problemas de saúde e as possibilidades de intervenção,
- As pactuações devem priorizar as ações compartilhadas e o trabalho em equipe (em forma e grau variável a depender do problema e do contexto),
- Para ser efetiva, deve haver a participação ativa dos profissionais do Nasf e das equipes de AB.

2.4 Para concluir este capítulo

Como vimos, o Nasf traz muitas potencialidades para a qualificação da Atenção Básica. Entretanto, pode ocorrer que sua implantação e implementação sejam perpassadas por dificuldades que, por vezes, resultam em um descompasso entre o que se preconiza para o trabalho de equipes de apoio e o que ocorre no cotidiano dos serviços de saúde.

Ao longo deste capítulo, alguns desafios para a prática do apoio matricial foram problematizados, ao mesmo tempo em que foram levantadas possibilidades e estratégias para o seu enfrentamento. Um adequado planejamento desse processo, integrando gestores, profissionais e representantes da população, por exemplo, pode “compensá-los” e contribuir para que o Nasf e as equipes apoiadas desenvolvam trabalho integrado e colaborativo na Atenção Básica.

O apoio matricial, um arranjo preconizado para o trabalho compartilhado, traz em sua estruturação a potencialidade de reduzir a fragmentação da atenção e de promover a constituição de uma rede de cuidados que aumente a qualidade e a resolutividade das ações em saúde.

Profissional ou gestor de saúde, lembre-se sempre de que, como todo processo de mudança, essa maneira de trabalhar pode provocar desconfortos, medos e inseguranças, mas sua potencialidade deve incentivar a abertura para um novo modo de operar e permear cotidianamente a construção e a reconstrução dessa proposta de integração na Atenção Básica. Esta é uma aposta que vale a pena e que, uma vez feita, requer persistência, capacidade de perceber os efeitos práticos (positivos e negativos) e capacidade de ajustamento (flexibilidade) aos desafios e necessidades concretos e singulares.

Referências

BELO HORIZONTE. **Documento de diretrizes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 3 jan. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html>. Acesso em: 14 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

OSCEJAM. **NASF**: planos de ação. Disponível em: <http://www.cejam.org.br/2012/index.php?pg=saude_nasf>. Acesso em: 4 jun. 2013.

PIRES, M. R. G. M. et. al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1009-19, 2010. (Suplemento 1)

TELESSAÚDE SC. **AMAQ NASF-SC**: Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica/NASF SC. Florianópolis, 2012

Colocando em Prática o Apoio Matricial: Algumas Ferramentas que o Nasf pode Utilizar

3

Como trabalhado ao longo dos capítulos anteriores, o apoio matricial pode ser definido como novo modo de se organizar e funcionar para produzir saúde, no qual duas ou mais equipes/profissionais operam em uma intervenção pedagógico-terapêutica compartilhada (CAMPOS, 1999). É um arranjo na organização dos serviços que busca ampliar a capacidade de cuidado das equipes de referência (no caso, as de AB/SF). Como a equipe de referência é responsável pelos usuários do seu território, antes de encaminhá-los a outros pontos de atenção, quando isso for necessário, ela pode pedir apoio para lidar com os casos com os quais sente dificuldade ou tem limitações (CAMPOS; DOMITTI, 2007; CUNHA; CAMPOS, 2011). Apesar de este capítulo e este caderno terem como foco o Nasf, é importante lembrarmos de que o apoio matricial não é uma prerrogativa exclusiva do Nasf, profissionais de outros pontos de atenção da rede podem fazê-lo (e o fazem, como é o caso dos Caps).

O Nasf insere-se no âmbito da Atenção Básica para oferecer esse apoio, que inclui tanto ações com os profissionais das equipes como ações diretas com os usuários do serviço. Isso significa que os serviços/profissionais especializados (ou, no caso, o Nasf) participam com as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, sempre que necessário, da discussão de casos e/ou confecção de projetos terapêuticos que são tratados por ambas as equipes, e ajuda as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família (principal referência longitudinal para os usuários) a incorporarem conhecimentos ou desenvolverem capacidades para lidar com os casos e situações (BRASIL, 2004).

Neste capítulo, serão trabalhadas algumas ferramentas/estratégias das quais os profissionais do Nasf podem lançar mão para colocar em prática o apoio matricial. Em sua maioria, trata-se de ferramentas e modos de atuar transversais, não específicos de ocupação alguma do Nasf, embora possa estar mais próximo de determinadas ocupações e profissões. Essas ferramentas, com as práticas específicas por núcleo ou área de atuação (que serão objeto de publicação específica), indicam um escopo possível de atuações e práticas do Nasf, buscando ampliar a capacidade de cuidado das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, bem como ampliar as ofertas/ações de saúde na AB.

3.1 Trabalhando com grupos

As práticas grupais constituem importante recurso no cuidado aos usuários da Atenção Básica. É possível identificar diversas modalidades de grupos, tais como: grupos abertos de acolhimento, grupos temáticos relacionados a determinadas patologias (hipertensão, obesidade, diabetes), oficinas temáticas (geração de renda, artesanato), grupos de medicação, grupos terapêuticos etc.

O trabalho grupal não deve ser pensado somente como forma de dar conta da demanda, mas sim como tendo características que propiciam socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências e de saberes e construção de projetos coletivos.

A principal função de muitos desses grupos situa-se na questão da educação em saúde, sendo o empoderamento, o desenvolvimento da autonomia, a participação e a corresponsabilização dos pacientes alguns de seus objetivos. Contudo, muitas vezes prevalece um tipo de prática

que, parafraseando Campos (2003) com a ideia de “clínica degradada”, poderíamos chamar de degradação dos grupos: as pessoas recebem uma espécie de consulta coletiva ou os grupos se reduzem a sessões informativas reiteradas, questões que, muitas vezes, estão por trás da chamada “não adesão” dos pacientes.

64

Vários questionamentos podem ser feitos por usuários: “Para que frequentar um grupo se eu sou diabético? Para escutar toda semana que não devo comer doce? Ou que devo caminhar? Será que faz sentido?”. Na ânsia de se tentar manter a adesão aos grupos, medidas coercitivas como distribuição da medicação somente neste contexto, ou sedutoras, oferecendo lanches ou prêmios, acabam se tornando usuais, prejudicando ainda mais o desenvolvimento de intervenções terapêuticas coletivas positivas. Mas, se não funciona, por que as equipes mantêm esse tipo de prática? Geralmente porque não sabem fazer diferente.

O modelo biomédico que tradicionalmente embasa a formação dos profissionais de saúde, e não apenas dos médicos, exige uma postura ativa onde eles se coloquem como aqueles que têm as soluções e as respostas, que orientam e resolvem, deixando o usuário em uma posição passiva, compatível com sua denominação de “paciente”. Esse tipo de modelo reflete a formação dos trabalhadores em saúde, e a possibilidade de sua transformação está intimamente associada ao desenvolvimento de uma abordagem nova, centrada no usuário, e não no atendimento e na intervenção dos profissionais. Faz-se necessária atitude receptiva a esse sujeito, acolhendo suas questões pessoais, subjetivas, seus dramas familiares e sociais, suas dificuldades... Questões para as quais, muitas vezes, não temos respostas.

Em geral, nos hospitais e nos ambulatórios fechados, esses temas não frequentam os consultórios e atendimentos aos leitos, onde o contato é controlado, restrito, focado. Mas, na Atenção Básica, faz-se necessário poder trabalhar abordando esses problemas e sofrimentos. Ou seja, faz-se primordial transformar a prática para efetivamente se criar o grupo. Essa transformação gera adesão, continuidade e valorização do espaço grupal. Se me oferecessem oportunidade de ter trocas vitais e verdadeiras com pessoas que lidam com problemas parecidos e, se entre nós, fôssemos estimulados a buscar alternativas e soluções, por que eu não iria? Essa mudança na forma de condução dos grupos e na postura dos profissionais acaba gerando mudanças nos usuários, transformando também a sua postura, com maior participação, empoderamento e desenvolvimento da autonomia e da própria capacidade de criar soluções para suas dificuldades.

Assim sendo, podemos dizer que as práticas grupais de educação em saúde na Atenção Básica são excelentes espaços e oportunidades de promoção à saúde. O vínculo, o acolhimento, a escuta, o apoio, o suporte e o espaço de reflexão que existem nesses grupos promovem saúde, fortalecendo os sujeitos e prevenindo o adoecimento. Mas podemos ousar ir além. Existem hoje, na Estratégia Saúde da Família, diversos exemplos de grupos que começam a ser feitos nessa lógica de empoderamento e de participação, mas não apenas dentro de uma perspectiva de educação em saúde. São grupos de suporte e de apoio, promovendo novos hábitos, atividades, modificando estilos de vida e relações interpessoais. Além disso, esses grupos representam intervenções especialmente eficazes em termos de promoção e de prevenção.

Entre essas atividades, destacam-se:

– **Terapia comunitária:** a abordagem desenvolvida por Adalberto Barreto e hoje presente em todo o País oferece espaço e suporte para que as pessoas possam dividir suas dores e sofrimentos. Podendo ser liderada por qualquer pessoa da equipe que tenha a formação adequada, constitui-se em importante ferramenta de promoção e prevenção em termos de saúde mental. Apesar disso, não se propõe a ser espaço terapêutico de transtornos mentais específicos, sendo mais um momento de fortalecimento, apoio, reestruturação e socialização para muitos usuários.

– **Grupos de convivência:** tradicionalmente utilizados no cuidado e no apoio, sobretudo aos usuários da terceira idade, têm demonstrado efeito positivo em termos de melhora do estado emocional, remissão de quadros depressivos, socialização e redução da solidão. Os trabalhos manuais costumam ser parte importante da rotina desses grupos, assim como atividades sociais como passeios e festas. Diferem das oficinas especializadas para pacientes com transtornos mentais graves, como as realizadas em unidades como os Caps, mas, por acontecerem na unidade, dentro da comunidade, possuem ação particularmente importante de reintegração social dos pacientes. Nos contextos de isolamento produzidos pelo aumento da violência urbana e pelas limitações e fragilidades da velhice, esses grupos têm se mostrado muito potentes para ressignificar as escolhas de vida desse grupo etário.

– **Grupos de mulheres:** os grupos com mulheres têm sido realizados em unidades de Atenção Básica no País há muitos anos, porém com poucos relatos publicados ou estudos de acompanhamento realizados. De maneira geral, estruturam-se como grupos de apoio e suporte, possibilitando espaços de acolhida e escuta, promovendo reflexão e reforço da autoestima e fortalecendo o vínculo com a equipe. Contribuem para a redução da busca espontânea da unidade por pacientes com queixas físicas sem explicação médica. Costumam serem grupos abertos, sem temas definidos, onde normalmente os problemas, tensões e dificuldades do dia a dia são discutidos. Neles, podem se aprimorar e trocar estratégias para lidar em melhores condições com as discriminações de gênero, a problemática da violência doméstica e as ansiedades oriundas das mudanças de ciclo vital (menopausa, crescimento dos filhos, aposentadoria etc.).

Enquanto metodologias de trabalho de grupo podem-se destacar também:

– **Grupos operativos:** na década de 1940, o psicanalista argentino Pichon-Riviére definiu o grupo operativo como conjunto de pessoas com objetivos comuns, que se propõem a uma tarefa, explícita ou implicitamente, interagindo e estabelecendo vínculos. O grupo operativo deve ser dinâmico (fomentando a comunicação e a criatividade), reflexivo (principalmente na avaliação das dificuldades que levam o grupo a não resolver uma tarefa, por exemplo), democrático (usando o princípio da autonomia, em que o grupo define as ações e prioridades).

– **Grupos terapêuticos:** além de metas terapêuticas específicas (alívio de sintomas e melhora na situação de sofrimento), os grupos terapêuticos agregam objetivos de incremento do autoconhecimento e desenvolvimento pessoal. Existem algumas características importantes com relação a esta modalidade de grupo: baseiam-se no compartilhamento de experiências, no aumento do conhecimento sobre a situação-problema e do autocuidado, no compromisso do

sujeito com suas ações, na construção de objetivo comum entre o grupo, na criação de estratégias de aumento da motivação e de enfrentamento da situação-problema.

– **Grupos motivacionais:** existe a possibilidade de serem desenvolvidos grupos motivacionais que adaptam técnicas utilizadas na terapia breve. A intenção principal consiste em focar atenção sobre o tema que dificulta ou interfere na mudança de comportamento. Para tanto, é fundamental que o grupo esteja efetivamente comprometido em realizar as mudanças necessárias e compreenda sua situação como um problema a ser solucionado.

Esses grupos podem ser muito úteis em situações nas quais os sujeitos necessitem adquirir e fortalecer compromisso ou ampliar o desejo de mudança.



Comunidade de Práticas

Prezado leitor,

Conheça e compartilhe modos de organizar grupos na Atenção Básica acessando:

<<http://bit.ly/12hpxEi>>

3.2 Fundamentos técnicos que facilitam a estruturação e a organização do trabalho em grupo

Alguns aspectos descritos a seguir são importantes de serem considerados durante a estruturação de um grupo e mesmo durante os próprios encontros grupais. São eles:

- **Estrutura básica de um encontro de grupo**

Um encontro grupal é geralmente composto por três fases: apresentação, desenvolvimento e encerramento. A apresentação é o início do contato dos participantes com o grupo e do vínculo. Onde é apresentada a metodologia de trabalho e utilizadas técnicas de apresentação e de descontração. Uma técnica que pode ser utilizada, por exemplo, é a de jogar uma bolinha de borracha para a pessoa que deve falar. Funciona muito bem para faixas etárias mais jovens. Outra forma é utilizar a ordem em que as pessoas estão sentadas, ou a ordem em que chegam ao encontro. O importante é quebrar a regra comum, pois as pessoas ficam mais atentas.

A segunda é a fase de desenvolvimento propriamente dita, subdividida em três momentos: aquecimento, no qual é introduzido o tema do encontro; aprofundamento, no qual o tema é explorado de forma mais extensa e detalhada; e o terceiro, processamento, no qual é dado o feedback ou devolução sobre o tema abordado. Não é interessante deixar pendências para os encontros subsequentes, embora algumas vezes o planejamento sofra alterações ao longo do encontro, de acordo com demandas apontadas pelos participantes do grupo.

A terceira é a fase de encerramento. Neste momento, são utilizadas técnicas de fechamento buscando sintetizar ou encaminhar a discussão para seu final. Além disso, no encerramento, também costuma ser realizada pequena avaliação do encontro ou das atividades do grupo como um todo.

- **Contratualização**

A contratualização ou pactuação inicial de regras em um grupo é fundamental para seu sucesso. As regras de funcionamento devem ser explicitadas e justificadas logo no início da atividade. Quando uma regra não explícita for apresentada durante o processo grupal, é importante que esta seja discutida, buscando consenso entre os integrantes. Portanto, certa flexibilidade e negociação quanto às regras são desejáveis, desde que isso não prejudique a interação.

É importante reforçar que o momento de pactuação e apresentação das regras pode ser manejado diferentemente, a depender do tipo de grupo. Por exemplo, se um grupo sempre se reúne com as mesmas pessoas, não há sentido realizar a cada encontro a apresentação e a pactuação das regras. Estas podem ser trabalhadas sempre que chega algum membro novo ou quando as regras precisam ser revistas ou fortalecidas. No caso da apresentação dessas regras no início desse mesmo tipo de grupo exemplificado, é interessante fazer uma rodada de “como vão as coisas”, ou seja, de socialização dos sentimentos atuais (novidades) de cada membro.

O sigilo deve fazer parte da pactuação inicial, lembrando aos participantes que todos naquela circunstância estão expostos da mesma forma. Quando alguma quebra de sigilo ocorrer, cabe ao facilitador ficar atento. Em nenhum momento, esse processo deve ser conduzido de forma a julgar ou condenar alguém, requerendo-se habilidade e parcimônia da parte do facilitador para mediar possíveis conflitos entre os participantes.

- **Dinâmicas de grupo**

Constituem-se em formas de atuação com grupos. Em geral, são utilizadas para provocar algum tipo de mobilização ou de reflexão nos participantes. Essas reflexões visam trazer ao debate temas diversos, como crenças e noções dos participantes a respeito de algo, sobre a forma como o grupo se comporta ou mesmo sobre o comprometimento e as expectativas com os resultados da atividade. Além disso, essas dinâmicas podem ser utilizadas para “acordar” as pessoas, aquecê-las física ou mentalmente para o início de um debate. Esses momentos podem ser propícios para o autoconhecimento, reflexões coletivas ou difusão de informações sobre algum tema específico.

Um dos objetivos das dinâmicas é estimular as pessoas a expressarem suas vivências ao grupo. É possível encontrar ampla gama de dinâmicas com diferentes objetivos e metodologias. Na leitura complementar, são apresentadas algumas fontes que podem auxiliar no trabalho quando houver necessidade de utilizar dinâmicas de grupo, lembrando que elas não são uma panaceia e devem ser utilizadas com critério.

- **Comunicação**

A comunicação é o cerne de qualquer atividade em grupo. O facilitador deve estar atento para a comunicação não verbal que ocorre durante os encontros, uma vez que pode apontar para

diferentes sentidos aquilo que está sendo expresso em palavras. A cooperação e a comunicação dentro de um grupo favorecem o aprendizado e as mudanças de atitude. É muito importante que seja mantido clima de espontaneidade e empatia diante das experiências relatadas nos encontros. Nesse sentido, é essencial estar atento a situações que possam estar associadas a conflitos variados, por exemplo, um desentendimento ou discussão entre os participantes, que devem ser trabalhados, e não esquecidos.

- **Características do moderador/facilitador**

Na equipe de saúde, deve ser identificado o integrante que apresenta melhores características e afinidades com o tipo de grupo que está sendo proposto (ou que está situacionalmente mais disposto ou com mais condições). Para que a atividade tenha êxito em seus objetivos, o facilitador deve acreditar na proposta e gostar de trabalhar em grupo. Isso auxilia tanto na pactuação quanto no manejo das situações que podem ocorrer nos encontros, pois os participantes percebem de imediato as reações do facilitador, ainda que sutis ou disfarçadas. Além disso, é demandado ao facilitador manter alto grau de respeito pessoal, coerência e ética em suas condutas, proporcionando ambiente seguro para que os integrantes possam expressar-se sem receio de serem julgados. Atitudes de paciência ativa e tranquilidade permitem que os integrantes tenham tempo suficiente para adquirir confiança no ambiente e ultrapassar algum período de ansiedade ou desconfiança inicial que possa estar ocorrendo. É importante também que o facilitador tenha um bom poder de síntese, seja empático, conheça as técnicas e o planejamento realizado antes do início do grupo, mantendo sempre certa humildade diante do desconhecido que certamente vai ocorrer no percurso do grupo.

Seguem pequenas dicas que podem ajudar na montagem e condução desses grupos:

- Planejem a atividade discutindo coletivamente (se possível com toda a equipe) a finalidade desse novo grupo: a que se destina? Quem serão as pessoas convidadas a participar? E quais resultados se espera atingir com ele? Quais as demandas territoriais existentes?
- Para uma boa interação, o grupo deve ter idealmente entre 12 e 16 pessoas, e dispor de um local onde possam conversar sem serem interrompidos durante uma hora e meia a duas horas.
- É sempre bom que a condução seja compartilhada por pelo menos duas pessoas da equipe: isso permitirá que, enquanto uma conduz os debates e a circulação das falas, por exemplo, a outra fique atenta a manifestações não verbais que possam mostrar apreensão, medo, desconforto e ansiedade. Assim, essas emoções poderão ser trabalhadas e isso melhorará o clima do grupo como um todo.
- A cada sessão é fundamental propiciar a circulação das falas, estimular a conversa lateral (isto é, a fala entre eles, e não somente dirigida aos facilitadores), acolher e apresentar os novos membros. Para tal, perguntas que estimulam a descrição funcionam melhor que perguntas do tipo sim ou não. Por exemplo: “Como foi que vocês tiveram o diagnóstico da sua doença? O que sentiram naquele momento? O que estava se passando em suas vidas?” São perguntas melhores que: “Foi difícil receber o diagnóstico dessa doença?”

Ou: “Vocês conseguem cumprir as indicações dietéticas?”, porque essas perguntas podem ser rapidamente respondidas por sim ou não e interrompem a circulação das falas. Já as descrições e a transmissão de experiências ecoam nas pessoas e colaboram para que cada uma examine sua própria experiência e com as demais debatam as estratégias utilizadas para lidar com a doença.

- Também é importante resumir no início de cada sessão os objetivos do grupo e, no final, dar um fecho à conversa resumindo um pouco o que se passou naquele encontro.
- Ainda, reservem sempre uns 20 ou 30 minutos no final para analisar entre os facilitadores como foi o encontro de grupo. É importante ter um pequeno diário para registrar as mudanças que vão se produzindo nas pessoas (i.e.: quem nunca falava um dia fala), eventos marcantes (alguma revelação, confissão ou dica compartilhada etc.).
- Os facilitadores do grupo cuidam do espaço, cuidam de que o grupo aconteça e para tal: preparam o local para receber as pessoas, devem ser sempre pontuais e não permitir que o grupo seja interrompido. Isso implica um gentil convite aos participantes dos grupos a desligarem seus celulares e na solicitação a toda pactuação com a equipe de saúde para priorizar a atividade de maneira que ela não seja nem suspensa, nem interrompida. A continuidade é base da confiabilidade no grupo e isso é a matéria-prima desse tipo de trabalho. Em geral, as pessoas gostarão de voltar se tiverem a impressão de terem compartilhado de uma experiência verdadeira. Para isso, é fundamental que percebam que os facilitadores realmente estavam a fim de estar ali, dedicados por inteiro ao grupo.

3.3 Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é instrumento de organização do cuidado em saúde construído entre equipe e usuário, considerando as singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso. No PTS, a identificação das necessidades de saúde, a discussão do diagnóstico e a definição do cuidado são compartilhadas, o que leva a aumento da eficácia dos tratamentos, pois a ampliação da comunicação traz o fortalecimento dos vínculos e o aumento do grau de responsabilização (BRASIL, 2009b, p. 42).

Um Projeto Terapêutico Singular constitui-se, então, em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar, que pode ser apoiada pela equipe Nasf. É uma variação da discussão de “caso clínico” e geralmente é dedicado às situações mais complexas.

A utilização do PTS como dispositivo de intervenção desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, pois pressupõe a necessidade de maior articulação entre os profissionais e a utilização das reuniões de equipe como um espaço coletivo sistemático de encontro, reflexão, discussão, compartilhamento e responsabilização das ações, com a horizontalização dos poderes e conhecimentos (CAMPOS, 2003). Isso não quer dizer que o projeto

terapêutico também não se (re)formule e seja gerido no cotidiano, pois muita coisa acontece e muitas conversas laterais podem ser feitas entre uma reunião e outra.

A construção de um PTS pode ser sistematizada em quatro momentos:

1) Diagnóstico e análise: deverá conter uma avaliação ampla que considere a integralidade do sujeito (em seus aspectos físicos, psíquicos e sociais) e que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos, vulnerabilidade, resiliências e potencialidades dele. Deve tentar captar como o sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social.

2) Definição de ações e metas: após realizados os diagnósticos, as equipes que desenvolvem o PTS fazem propostas de curto, médio e longo prazo, quais serão discutidas e negociadas com o usuário em questão e/ou com familiar, responsável ou pessoa próxima. Construir um PTS é um processo compartilhado e, por isso, é importante a participação do usuário na sua definição.

3) Divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um (usuários, equipe de AB e Nasf) com clareza. Além disso, estabelecer que o profissional com melhor vínculo com o usuário seja a pessoa de referência para o caso favorece a dinâmica de continuidade no processo de cuidado. A definição da pessoa com a função de gestão do PTS ou gestão do caso é fundamental para permitir que, aconteça o que acontecer, tenha alguém que vai sempre lembrar, acompanhar e articular ações.

4) Reavaliação: neste momento, discute-se a evolução do caso e se farão as devidas correções de rumo, caso sejam necessárias.

Destaca-se que as reuniões para discussão de PTS são momentos muito importantes nessa construção, pois cada membro da equipe trará aspectos diferentes e poderá também receber tarefas diferentes, de acordo com a intensidade e a qualidade do vínculo estabelecido com o usuário ou com a família em questão. Uma estratégia possível é reservar um tempo fixo, semanal ou quinzenal, para reuniões de construção e discussão de PTS.

Por fim, seguem alguns aspectos relevantes para a construção de um PTS:

- Procurar descobrir o sentido da doença ou do sofrimento para o usuário: respeitar e ajudar na construção de relações causais próprias, mesmo que não sejam coincidentes com o conhecimento científico atualmente disponível.
- Procurar conhecer as singularidades do usuário, perguntando sobre os medos, as raivas, as manias, o temperamento, seu sono e seus sonhos. São perguntas que ajudam a entender a dinâmica do usuário e suas características. Elas têm importância terapêutica, pois possibilitam a associação de aspectos muito singulares da vida com o projeto terapêutico.
- Procurar avaliar se há negação da doença/condição, qual a capacidade de autonomia e quais os possíveis ganhos secundários com a doença ou condição. À medida que a conversa transcorre, é possível, dependendo da situação, fazer essas avaliações, que podem ser muito úteis na elaboração do projeto terapêutico.

Saiba mais:

Para conhecer mais sobre Projeto Terapêutico Singular, consulte o Caderno de Atenção, por meio do link:

<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab34>>.



Comunidade de Práticas

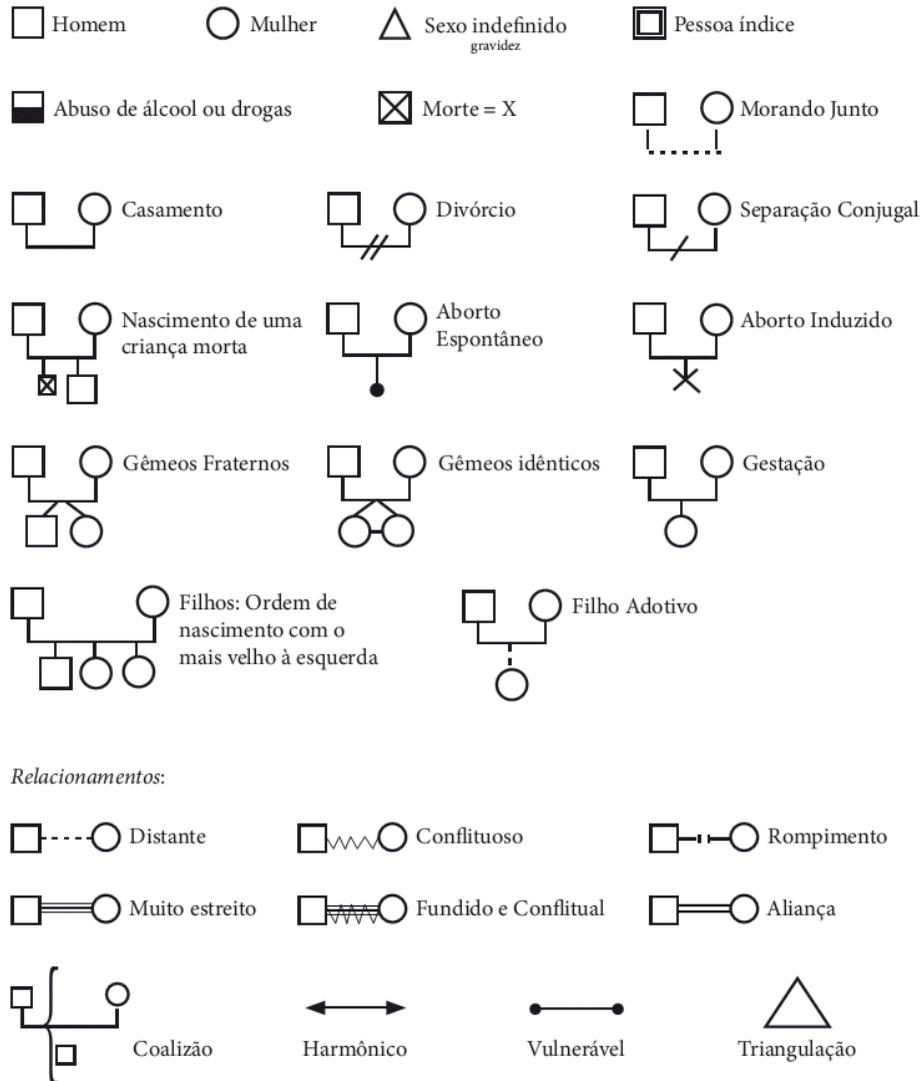
Conheça e compartilhe modos de construção de Projetos Terapêuticos Singulares acessando à Comunidade de Práticas da Atenção Básica.

3.4 Genograma

A principal função do genograma é organizar os dados referentes à família e seus processos relacionais. Tem sido largamente usado como instrumento clínico de trabalho para o profissional de saúde em diversas áreas. O genograma permite visualização rápida e abrangente da organização familiar e suas principais características, constituindo um mapa relacional onde são registrados dados relevantes ao caso. Possibilita analisar a estrutura da família, sua composição, problemas de saúde, situações de risco e padrões de vulnerabilidade. Retrata a história familiar, identificando sua estrutura, funcionamento, relações e conflitos entre os membros.

O genograma representa, por meio de símbolos, os constituintes de pelo menos três gerações da família do paciente identificado (PI). O gênero masculino é representado por um quadrado e o feminino por um círculo. Os casais são ligados por linha horizontal, assinalando a data ou ano do casamento sobre a linha. Se necessário, registrar separação do casal ou divórcio. Todas as datas de eventos relevantes são registradas para posterior análise e busca por correlações entre os fatos. As mortes são identificadas por um “x” dentro do símbolo, com data do óbito imediatamente acima, além da doença ou causa da morte. Essa simbologia foi padronizada por um comitê organizado no início da década de 1980 que definiu os símbolos práticos a serem utilizados na confecção do genograma familiar.

Figura 4 – Símbolos e legendas usados no genograma



Fonte: (SCHLITTLER; CERON; GONÇALVES, 2011, p. 59).

As relações afetivas e conflitos intrafamiliares também são representados, por meio de linhas de relacionamento. As linhas possibilitam estimar a intensidade de envolvimento emocional entre membros da família. É importante identificar cada núcleo familiar e linhas de convívio domiciliar. As famílias nucleares, compostas por indivíduos que residem no mesmo domicílio, são representadas por um círculo.

O registro das informações é o principal aspecto na construção de um genograma. É de suma importância a escuta empática por parte do profissional durante a aplicação do instrumento, devido à mobilização ocasionada nos pacientes ao relatar fatos significativos da família e particularidades de seus membros. Portanto, as informações podem variar de acordo com as percepções do paciente identificado e devem ser coletadas em mais de um contato com a família.

Entre as aplicações do genograma na Atenção Básica, destaca-se principalmente:

- Favorecer a identificação dos fatores de estresse no contexto familiar.
- Estabelecer correlações entre esses fatores e o processo saúde-doença.
- Correlacionar as informações biomédicas e psicossociais por meio de mapa gráfico, utilizando símbolos convencionados.
- Permitir identificação de padrões transgeracionais de doenças ou transtornos mentais.

Devido ao seu formato gráfico e à facilidade de execução, o genograma é considerado ferramenta estratégica na avaliação da família e seus padrões de relacionamento ao longo do tempo. Seu uso na prática assistencial é recomendado principalmente por sintetizar a constituição familiar em uma única folha de papel, capaz de incorporar a estrutura do sistema familiar; a hereditariedade e os pontos de vulnerabilidade psíquica do indivíduo, relacionando, de forma clara e sintética, aspectos biológicos e psicossociais.

3.5 Ecomapa

O ecomapa é instrumento de avaliação familiar bastante útil no mapeamento de redes, apoios sociais e ligações da família com a comunidade. Costuma ser utilizado em associação ao genograma tanto para fins diagnósticos, quanto em planejamento de ações em saúde. Ambos os instrumentos retratam graficamente constituição e dinâmicas relacionais de um grupo social, com foco na família. Enquanto o genograma identifica as relações dentro do sistema multigeracional familiar, o ecomapa representa as interações da família com pessoas, instituições ou grupos sociais em determinado momento. Esse instrumento conecta as circunstâncias ao meio ambiente e auxilia na identificação dos padrões organizacionais familiares.

Ao representar as interações entre os membros da família e os recursos comunitários ao longo do tempo, o ecomapa fornece uma visão ampliada da família. Todavia, necessita de atualizações na medida em que ocorrem modificações no contexto familiar, sejam elas de caráter social, cultural ou econômico.

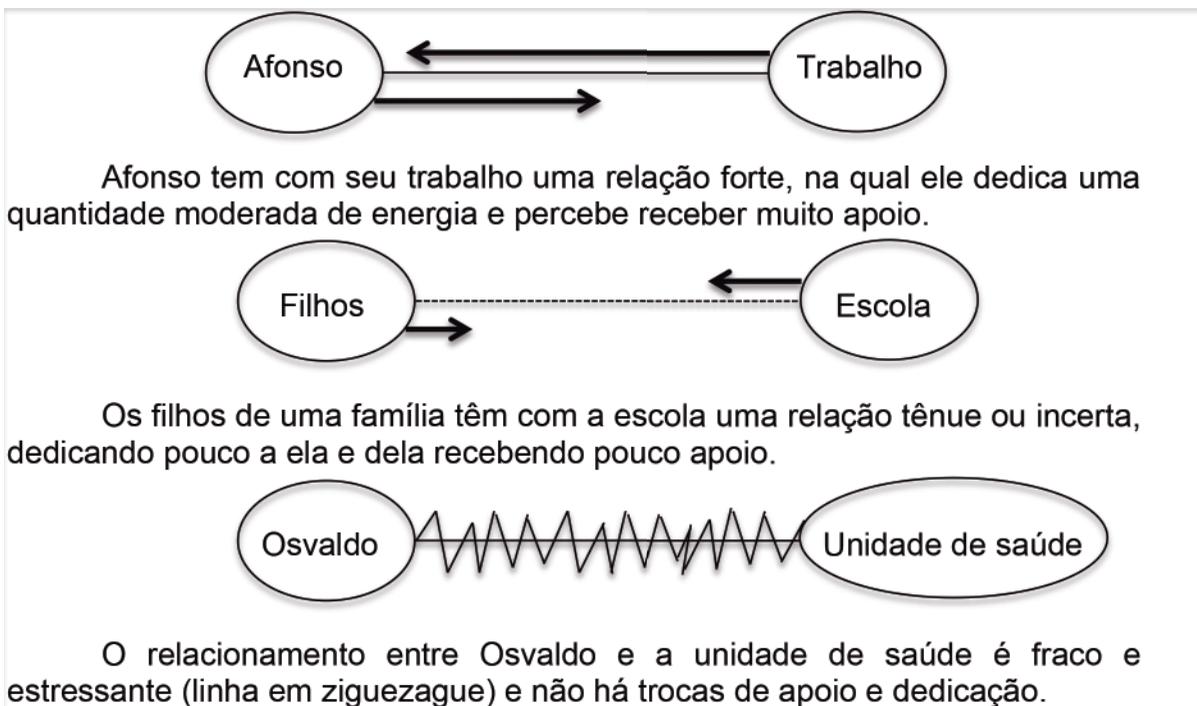
Algumas áreas a serem representadas no ecomapa:

- Serviços de saúde.
- Grupos de convívio social (igreja; associação de pais; grupos de convívio etc.).
- Escola e serviços de educação.
- Relações pessoais significativas (amigos, vizinhos, família mais afastada etc.).
- Trabalho.

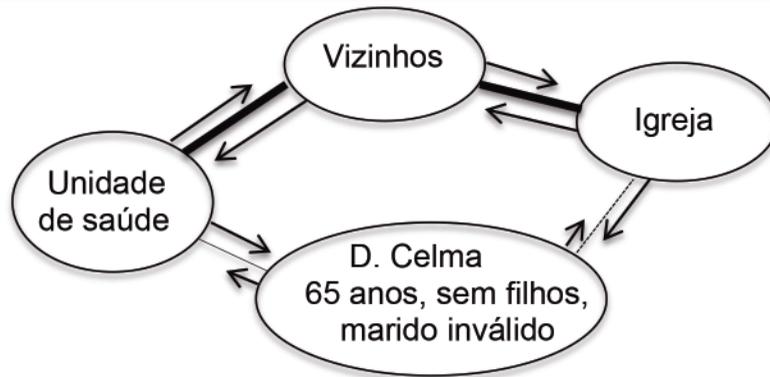
- Vizinhança (área física onde a casa está instalada).
- Outras (específicas da família e do território).

No ecomapa, os membros da família são representados no centro do círculo. Já a rede social da família aparece em círculos externos. As ligações entre os diferentes círculos são desenhadas por linhas e setas, permitindo avaliar a força e a qualidade das relações e se são de suporte ou não em relação à família. As linhas indicam o tipo de conexão: as contínuas representam ligações fortes; as pontilhadas ligações frágeis; as tortuosas demonstram aspectos estressantes. E as setas significam energia e fluxo de recursos.

Figura 5 – Representação das relações no ecomapa



Fonte: (CHIAVERINI et al., 2011, p. 45, adaptado).

Figura 6 – Exemplo de caso representado no ecomapa

Fonte: (CHIAVERINI et al, 2011, p. 46, adaptado).

Durante a construção do ecomapa, o profissional deve coletar dados com o próprio paciente, familiares e membros da equipe de saúde, em especial, com o agente comunitário de saúde. Muitas vezes, não é possível captar a complexidade das relações de uma família a partir de um único relato ou sob a perspectiva de um indivíduo isoladamente. Nesse sentido, a discussão prévia do caso entre Nasf e ESF com os dados provenientes do prontuário auxiliam bastante na “filtragem” das informações obtidas.

O genograma e o ecomapa podem contribuir para a aquisição de informações sobre a família, mas sua utilização deve estar aliada a conhecimentos técnico-científicos, habilidades de observação e comunicação, além da sensibilidade e do bom senso.

3.6 Atendimento domiciliar compartilhado

A atenção domiciliar à saúde é uma modalidade em processo de expansão e desponta como amplo campo de atuação na Atenção Básica, tanto para as equipes da ESF, quanto para os núcleos de apoio.

Esta modalidade de atenção à saúde tem sido amplamente difundida no mundo e tem como pontos fundamentais o paciente, a família, o cuidador, o contexto domiciliar e a equipe multiprofissional. Portanto, é uma atividade que envolve não só os diferentes profissionais da área da saúde, como também o usuário e sua família.

É fundamental por parte do Nasf aprofundar o conhecimento a respeito dos casos. Nesse sentido, a construção do genograma familiar e do ecomapa fornece dados consistentes e informações úteis ao processo de avaliação diagnóstica. Além disso, também auxilia as equipes no mapeamento de redes de apoio e recursos comunitários disponíveis. A construção conjunta de um Projeto Terapêutico Singular para o indivíduo ou família em questão passa impreterivelmente por uma definição clara da necessidade de apoio, caracterização do contexto, avaliação diagnóstica e mapeamento de recursos. Assim, os atendimentos domiciliares poderão servir a diversos

propósitos, de acordo com a situação específica de cada família. Os atendimentos domiciliares compartilhados podem servir tanto como recurso diagnóstico na fase de avaliação inicial, quanto recurso terapêutico na fase de intervenção ou ainda no acompanhamento longitudinal dos pacientes. Tais fatos definem a atenção domiciliar como um campo de prática amplo, que oportuniza diversas possibilidades de intervenção.

76

Dessa forma, os atendimentos domiciliares compartilhados realizadas por profissionais da ESF e do Nasf seguem a mesma metodologia e sistemática que embasa as ações da atenção domiciliar como um todo. Existem, contudo, algumas particularidades inerentes à dinâmica do processo de trabalho fundamentado no apoio matricial. A principal delas consiste no fato de os profissionais do Nasf não terem vinculação direta/imediata com os usuários. O vínculo primário do usuário dar-se à com a equipe de Saúde da Família, e é justamente a qualidade desse vínculo que determinará uma série de fatores essenciais ao êxito das intervenções propostas. Assim, durante a fase de avaliação inicial de um caso, além das informações coletadas no prontuário e com os profissionais que solicitam o apoio, os atendimentos domiciliares compartilhados podem surgir como importante elemento auxiliar na coleta de informações sobre a família e seu funcionamento. Antes dos atendimentos domiciliares compartilhados, devem-se discutir os seus objetivos, estabelecer um roteiro básico a ser seguido e definir quais profissionais acompanharão o ACS durante a intervenção.

Outro fator relevante para o sucesso de um atendimento domiciliar compartilhado consiste de uma série de habilidades de observação e comunicação por parte do profissional que realiza o apoio. Uma vez que o domicílio é o território íntimo e privativo da família, é extremamente necessário que seja mantida postura de respeito aos valores pessoais e culturais em questão. Nesses momentos, a presença do agente comunitário de saúde auxilia imensamente que a equipe de saúde tenha livre trânsito na comunidade e entre seus membros.

Mesmo não havendo roteiro rigidamente preestabelecido de como se deva organizar um atendimento domiciliar, é possível delinear, de forma geral, alguns aspectos indispensáveis ao bom andamento de uma atividade dessa complexidade:

1. Discussão do caso entre profissionais do Nasf, ESF e SAD.
2. Definição de prioridades nas ações de apoio.
3. Consenso da necessidade em realizar o atendimento domiciliar compartilhado.
4. Planejamento do atendimento propriamente dito (agendamento de data e horário).
5. Solicitação de permissão com a família pelo ACS para realização do atendimento domiciliar, explicando a presença do profissional do Nasf na ocasião.
6. Preparação de materiais necessários durante o atendimento domiciliar: equipamentos, papéis, formulários ou instrumentos.
7. Checagem de dados e revisão do roteiro proposto para o atendimento domiciliar entre profissional da ESF, ACS e Nasf.
8. Execução do atendimento e registro em prontuário das informações coletadas.
9. Discussão entre as equipes sobre as condutas a serem tomadas a partir da consolidação dos dados e fatos obtidos na fase de avaliação.

Segundo a Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, a atenção domiciliar deve se organizar em três diferentes modalidades: AD1, AD2 e AD3. A modalidade AD1 é a atenção domiciliar realizada pela equipe de Saúde da Família e dela se beneficiarão os “usuários que possuem problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária (não podendo se deslocar até a unidade de saúde)” (BRASIL, 2012). Essa modalidade tem as seguintes características:

- Permite maior espaçamento entre as visitas.
- Não necessita de procedimentos e técnicas de maior complexidade.
- Não necessita de atendimento médico frequente.
- Possui problemas de saúde controlados/compensados.

Os usuários inseridos nessa modalidade deverão ser cuidados pelas equipes de Atenção Básica, com suporte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Já as modalidades AD2 e AD3 compreenderão os usuários que demandam maior número e frequência de visitas domiciliares e maior uso de equipamentos, ficando sob os cuidados dos Serviços de Atenção Domiciliar – SAD (Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar – Emad e as Equipes Multiprofissionais de Apoio – Emap), de modo compartilhado com as equipes de Atenção Básica.

- Saiba mais:

Para conhecer mais sobre atenção domiciliar, consulte o Caderno de Atenção Domiciliar, por meio do link: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf>

3.7 Atendimento compartilhado

O atendimento ou consulta compartilhada pode ser considerado uma das intervenções mais frequentes na rotina de trabalho de um profissional do Nasf. Ao ser solicitado a apoiar, uma das primeiras oportunidades desse profissional de conversar diretamente com o paciente ou família em questão costuma ser atendimento compartilhado entre a equipe de ESF e do Nasf.

A experiência acumulada por meio da implantação das equipes de matriciamento mostra que tais atendimentos servem a vários propósitos: fortalece o vínculo preexistente de confiança do usuário com a equipe de Saúde da Família e agora com os profissionais do Nasf; facilita a comunicação e a coleta de dados por parte do apoiador; permite a pactuação de ações por meio de um mediador externo; possibilita ao apoiador contato com a realidade do paciente sem a necessidade de estabelecer uma relação terapêutica inédita.

No contexto de trabalho do Nasf, as consultas compartilhadas constituem ótima ocasião para um contato pessoal entre equipe de apoio e usuário, oportunizando momentos de discussão sobre o caso antes e após o atendimento. Durante a consulta, normalmente estarão presentes ao menos um integrante da equipe de Saúde da Família e um do núcleo de apoio, além do paciente ou seus familiares. A configuração do cenário da consulta dependerá de sua finalidade.

Será apresentado a seguir um caso clínico ilustrativo de situações comuns de acesso ao Nasf. A escolha das ferramentas e das intervenções terapêuticas a serem empregadas deve sempre contemplar as necessidades levantadas pelo caso. Evidentemente, cada equipe proporá ações que estejam em sua governabilidade e cuja execução se adeque à realidade local. Segue o caso:

“Janete tem 42 anos, trabalha como vigilante noturna e é mãe de quatro filhos. Está divorciada há dois anos, período em que começou a sentir dificuldades para dormir. Em função disso e também por problemas de relacionamento com o genro, que vive com ela, e a filha mais nova, procura atendimento na Unidade Básica de Saúde. Durante a consulta com o médico de Família, disse que necessitava muito de uma psicóloga, uma vez que se sentia solitária e precisava de alguém para conversar.

A partir da demanda que se apresentava nesse momento, o médico indicou o uso de um ‘ansiolítico natural’ e solicitou apoio à equipe do Nasf. Em reunião de equipe, optou-se por fazer um atendimento domiciliar compartilhado, envolvendo a agente comunitária daquele território, o médico de Família e a farmacêutica do Nasf, que já conhecia Janete de alguns grupos na comunidade e sabia que ela andava meio sumida nos últimos tempos.

Quando da chegada ao domicílio, a filha mais velha relata que Janete tentou suicídio com ingestão exagerada dos medicamentos para dormir e, naquele momento, estava sendo encaminhada para internação no hospital geral do município. A equipe coletou algumas informações sobre o funcionamento familiar e solicitou ser avisada quando da previsão de alta de Janete.

Retornando à UBS, os profissionais que realizaram a visita desenharam o genograma e o ecopama da família para visualizar melhor suas relações, seus pontos fortes e as principais dificuldades. Então planejaram outro atendimento domiciliar para a primeira semana após a alta hospitalar de Janete, para construir com ela um plano para a continuidade do seu tratamento. Além disso, uma pessoa tentaria contato com algum profissional do hospital, para discutir o caso e avaliar se dava para visitar Janete no hospital.

Após a internação, Janete teve alta e lá foi a equipe até o seu domicílio novamente. Nesta conversa com Janete e seus familiares, identificou-se a necessidade de um acompanhamento mais próximo de Janete, o que seria realizado por meio do grupo terapêutico coordenado pela psicóloga do Nasf. A farmacêutica, que já tinha vínculo com Janete, ficou de acompanhar de perto seu uso dos medicamentos com o médico da equipe, bem como de apresentá-la à psicóloga que a atenderia no grupo. A ACS continuaria a fazer visitas regulares a fim de auxiliar a família nos seus outros conflitos e acionaria a equipe caso tivesse dificuldades ou percebesse outras necessidades da família. Todo esse esquema terapêutico foi acordado com Janete, discutido e pactuado com a equipe.”

Um parêntese: como você e sua equipe agiriam em uma situação dessas? Que outras possibilidades poderiam ser pensadas? Que tal usar esse caso ou um caso real vivenciado por você como um disparador de discussão na sua equipe?

Referências

BARBAN, E. G.; OLIVEIRA, A. A. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no Programa Saúde da Família do município de São José do Rio Preto. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**, Maringá-PR, v. 14, n. 1, p. 52-63, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 28 out. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html>. Acesso em: 14 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (volume 1)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, G. W. S. Clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: _____. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 51-67.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CASANOVA, F.; OSÓRIO, L. C.; DIAS, L. C. Abordagem Comunitária: grupos na atenção primária à saúde. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 265.

CESAR, J. A. et al. Estratégias de visita domiciliar e assistência pré-natal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2.614-2.622, 2008.

CHIAVERINI, D. H. et al (Org.). Instrumentos do processo de matriciamento. In: _____. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. p. 21-48.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

DIAS, V. P.; SILVEIRA D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: protocolo para o trabalho em atenção primária em saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 221-227, 2009.

FERNANDES, W. J. A importância dos grupos hoje. **Revista da SPAGESP**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 83-91, 2003.

LACERDA, M. R. et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 88-95, 2006.

MELLO, D. F. et al. Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 79-89, 2005.

SCHLITHLER, A. C. B.; CERON, M.; GONÇALVES, D. A. Famílias em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial. **Especialização em Saúde da Família – UnA-SUS**, Santa Catarina, p. 43-69, 2011.

SILVA, A. T. C. et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família e comunidade: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da atenção primária do município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2.076-2.084, 2012.

SOARES, A. C.; FERRAZ, A. F. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 52-57, 2007.

ZIMERMAN, D. E; OSORIO, L. C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

O Naf nas Redes:
Integração entre Serviços
da Rede de Atenção à
Saúde e Articulação de
Redes Sociais de Apoio

4

4.1 As Redes de Atenção à Saúde (RAS)

Há uma busca importante, em vários países, pela construção de determinadas lógicas e arranjos em Redes de Atenção à Saúde (RAS), sustentada por evidências de que esse modo de conformação dos serviços e recursos constitui uma das saídas para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011). Ainda que seja limitado atribuir às RAS o *status* de solução para a crise dos sistemas de saúde (dado que esta é fortemente política, não apenas técnica), sabemos que as diferentes concepções tecno-organizativas das redes podem ser influenciadas ou implicar diferentes consequências políticas e assistenciais.

No atual momento, a importância de construção de redes acentua-se pela transição epidemiológica; pela diversidade de demandas e necessidades de saúde que, por vezes, requer estratégias ou ofertas diferentes para necessidades distintas; pela necessidade de avanço na integralidade e na construção de vínculos; e para evitar que custos crescentes e evitáveis no tratamento das doenças inviabilizem a organização do sistema de saúde, o que ocorre quando há sistemas fragmentados de atenção à saúde. Portanto, visa a cumprir com o princípio da integralidade e constitui-se como estratégia de enfrentamento à fragmentação do sistema (SILVA; MAGALHÃES JR., 2008).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde propôs a implantação das Redes de Atenção à Saúde como: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2011a).

A integralidade nos serviços de saúde pressupõe que, para sua efetivação, devem existir processos em rede (FRANCO apud PINHEIRO; MATTOS, 2006). Há vários sentidos possíveis para a integralidade, entre os quais se destacam alguns (MATTOS apud PINHEIRO; MATTOS, 2001):

- No âmbito das práticas profissionais: com a busca do olhar integral sobre o usuário, considerando diferentes dimensões da sua vida, ou uma prática não reducionista na relação entre profissionais de saúde e usuários.

- No modo de organizar os serviços: significando a base para a implementação de redes, entendendo que, para suprir as diferentes necessidades dos usuários, é preciso a integração de diversos pontos de atenção, com padrões tecnológicos próprios, sem os quais não seria possível atender a todas as necessidades dos usuários em um único serviço.

- A integralidade pode ser construída no âmbito das políticas públicas, tanto as de saúde (em especial, quando são mais generosas, inclusivas e abrangentes) quanto por meio da intersetorialidade.

A construção das redes pode proporcionar ao usuário a garantia de um caminho ininterrupto de cuidado à sua saúde, configurando assim as linhas de cuidado, ou seja, um conjunto de atos assistenciais pensados e articulados para resolver determinado problema de saúde do usuário, assentado em um projeto terapêutico (FRANCO; MAGALHÃES JR. apud MERHY, 2003).

As linhas de cuidado podem ser produzidas tanto intrasserviços (um bom exemplo disso é o hospital) quanto entre serviços de saúde (quase sempre tendo a atenção básica como um *locus* ou componente), sendo que podem partir de uma organização baseada em conceitos

previamente definidos, como as “linhas de cuidado programáticas”, ou ser construídas a partir de situações concretas e singulares (FREIRE, 2005). Cabe também lembrar os chamados “itinerários terapêuticos”, que podem ser entendidos como trajetórias de cuidado ativamente produzidas pelos próprios usuários no seu processo de busca por resposta ou satisfação de necessidades, “consumindo” ações e serviços do setor Saúde e/ou de outros (GERHARDT, 2006).

O Ministério da Saúde, desde 2011, vem trabalhando também com a ideia de Redes Temáticas, que são uma noção intermediária entre as linhas de cuidado e as redes de atenção em geral, a exemplo da Rede de Atenção Psicossocial, Rede Cegonha, Rede de Cuidado às Pessoas com Deficiências e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

É importante também considerar o desafio de integralidade na atenção à saúde a partir das diferentes realidades sociais, políticas e administrativas do País. Alguns municípios apresentam maiores dificuldades de acesso a serviços de atenção especializada. Há de se considerar que existem territórios com “vazios assistenciais”, que, paradoxalmente, convivem com o excesso de serviços em outras localidades, gerando desigualdades da oferta e utilização no acesso a insumos, bens e serviços de saúde (BRASIL, 2009).

A partir da regulamentação da Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990, por meio do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, a gestão do SUS se organiza formalmente em regiões de saúde, que se constituem como

espaços geográficos contínuos, constituídos por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transporte compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

A regionalização supõe e incentiva a organização de um conjunto de municípios para prestar atenção integral aos seus usuários, constituindo redes regionalizadas de atenção à saúde, dotadas de serviços de atenção básica, serviços ambulatoriais especializados, serviços hospitalares, de urgência e emergência e de atenção psicossocial, além da vigilância à saúde.



Comunidade de Práticas

Prezado leitor,

Acesse a Comunidade de Práticas para trocar experiências sobre o Telessaúde!

Entre por meio do link: <www.atencaobasica.org.br>

4.2 A Atenção Básica e o apoio matricial nas RAS

No cenário brasileiro, superar os efeitos da fragmentação entre os serviços de saúde do SUS e potencializar a Atenção Básica como porta de entrada preferencial é um dos principais desafios na constituição de Redes de Atenção à Saúde. Isto, especialmente, quando se considera que a

atenção básica deve ser porta aberta e espaço privilegiado de ordenação das redes, integração de ações e coordenação do cuidado.

A Atenção Básica constitui-se como ponto privilegiado (muitas vezes, o primeiro) de atenção, porta de entrada preferencial e importante centro comunicador das RAS, enfatizando sua função resolutiva sobre os problemas mais comuns de saúde, com equipe multiprofissional, a partir da qual realiza e coordena o cuidado de modo compartilhado com os usuários e, se necessário, com outros serviços/pontos de atenção. Esse âmbito de atenção, portanto, tem papel fundamental na regulação dos fluxos na Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2009; MENDES, 2011). Assim, cada vez mais fica evidente que o papel de regulação do acesso não é prerrogativa exclusiva das Centrais de Regulação, mas também da Atenção Básica, considerando, inclusive, as práticas de microrregulação que os profissionais fazem (e podem fazer) (BRASIL, 2011b).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) configura-se como uma das estratégias para superar e auxiliar na conversão do modelo fragmentado e descontínuo para a atenção integral a partir da AB, auxiliando na articulação das linhas de cuidado e implementação dos projetos terapêuticos. Essa atuação do Nasf se coaduna com a proposta das RAS, visto que objetiva o trabalho compartilhado e a cogestão das ações, operando de forma cooperativa e horizontal entre os pontos de atenção (CAMPOS, 1999). Vale também lembrar que o apoio matricial não é exclusividade do Nasf, podendo ser desenvolvido em/por outras modalidades de serviços, como Centros de Atenção Psicossocial (Caps), ambulatoriais especializados e hospitais.

O Nasf, assim, favorece maior articulação e qualificação da rede de serviços que compõe o sistema de saúde. A equipe de referência se responsabilizaria pela atenção contínua ao usuário, sendo, para isso, apoiada pelas equipes de apoio matricial, a exemplo do Nasf. Essa equipe de apoio, além de ajudar as equipes de referência a lidar com situações e de agregar ações ao escopo de ofertas da Atenção Básica (ampliando-o), também pode fomentar a integração das UBS com outros serviços de saúde.

4.2.1 Como atuar em rede?

A atuação dos serviços e equipes em rede pressupõe o fortalecimento das estratégias de encontros, comunicação e relacionamentos entre profissionais tanto quanto a implantação de serviços, planejamento de oferta e sistemas logísticos. Nas UBS, há muitas redes informais operando, evidenciando que “a vida produtiva se organiza pelas relações ou, melhor dizendo, conexões realizadas pelas pessoas que estão em situação e se formam em linhas de fluxos horizontais por dentro das organizações” (FRANCO apud PINHEIRO; MATTOS, 2006, p. 1). Muitas destas redes são operadas na produção de atos assistenciais, como redes vivas, redes quentes.

O Nasf pode assumir um papel de articulação entre as equipes de Atenção Básica e os demais serviços de saúde e órgãos de outros setores, favorecendo a organização de fluxos de atenção que facilitem a coordenação e continuidade do cuidado. A mobilidade e a visão de situações relativas a conjuntos de equipes (em especial, para os Nasfs tipo 1 e tipo 2) favorecem esta possibilidade de mais interlocução com outros pontos de atenção (dentro e fora da Atenção Básica). Cabe ressaltar

ainda a importância de os profissionais das equipes de referência também se comunicarem e se encontrarem com equipes e profissionais de outros pontos de atenção, fazendo conexões em defesa da vida dos usuários (presencialmente, por telefone, por internet etc.).

O estabelecimento de conexões entre profissionais/equipes de diferentes serviços – incluindo os de outros setores, como a assistência social e a educação –, para implementar um projeto terapêutico elaborado pelas equipes de referência com a equipe do Nasf, tem um potencial de catalisar redes e fluxos assistenciais no território de atuação dessas equipes.

Outra ferramenta importante nesse processo é o Telessaúde, para a comunicação e aproximação dos profissionais que compõem a rede de atenção, e que funciona como espaço potencial de educação permanente e apoio matricial a distância. O apoio via Telessaúde pode ser realizado por profissionais de diferentes pontos de atenção – como a atenção básica, a atenção especializada e/ou hospitalar –, de instituições de ensino, entre outros, situados no mesmo município ou não.

Essa ferramenta pode auxiliar os municípios distantes de modo bastante efetivo, contribuindo inclusive para evitar encaminhamentos (e deslocamentos) dispensáveis e qualificar os encaminhamentos necessários.

Além disso, dependendo do grau de organização dos municípios, regiões de saúde e estado, o Telessaúde pode ser uma via de suporte articulada com as Centrais de Regulação. Também pode ser uma forma de incluir os seus profissionais, por exemplo, os médicos teleconsultores, em ações de apoio matricial a distância, auxiliando na estruturação de fluxos assistenciais a partir da Atenção Básica.

Outras ferramentas de comunicação a distância, como videoconferências (vinculadas ou não ao Telessaúde) e sítios virtuais como a Comunidade de Práticas, podem ser locais interessantes de trocas de saberes e práticas, de cooperação horizontal entre profissionais de iguais ou diferentes núcleos de conhecimento, ampliando a capacidade resolutiva da Atenção Básica.



Prezado leitor,

Acesse a Comunidade de Práticas para trocar experiências sobre o Telessaúde!

Entre por meio do link: <www.atencaobasica.org.br>

4.2.2 Organização do trabalho do Nasf junto às equipes de Atenção Básica/Saúde da Família

O grau de presença dos apoiadores matriciais do Nasf com as equipes de Atenção Básica pode variar desde uma maior dedicação às atividades de matriciamento, no formato de reunião para discussão de casos e construção de PTS, até uma parcela significativa de responsabilidade

por atendimentos individuais e compartilhados, que podem ocorrer nas próprias unidades de Atenção Básica. Essa possibilidade de ajustes no processo de trabalho do Nasf é possível e necessária para adequações ao perfil sanitário e assistencial de cada município.

Os municípios de pequeno porte, por exemplo, podem requerer maior suporte do Nasf na dimensão assistencial. Isso pode ser realizado desde que associado às ações de suporte técnico-pedagógico que visam a ampliar a capacidade resolutiva da própria equipe de Saúde da Família: discussões de caso, atendimentos compartilhados etc. É importante não restringir a atuação do Nasf aos atendimentos individuais.

4.2.3 Articulação com equipes de atenção especializada e outros pontos de atenção

A Atenção Básica é um local privilegiado para o exercício do cuidado e da regulação do acesso, em especial pela microrregulação, presente tanto nas decisões profissionais (ex.: sobre quando não encaminhar, quando encaminhar ou solicitar um exame, que grau de risco está presente), quanto no ato de priorizar casos em função da gravidade e de monitorar filas de espera. A resolutividade da Atenção Básica interfere na capacidade de resposta de toda a rede de atenção, bem como na sua capacidade concreta de coordenação do cuidado dos usuários, ainda que essa última capacidade também dependa do vínculo construído, do grau de suporte e articulação com outros pontos de atenção, bem como do acesso a recursos da rede.

O nível central de cada Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deve acompanhar o número de encaminhamentos e solicitações gerado pela Atenção Básica, comparando-o com parâmetros de referência esperados e com a própria série histórica local, estando atento aos excessos e escassez, buscando compreendê-los. Como exemplo, é possível citar a medicalização excessiva e a desassistência (ou dificuldade de acesso), que às vezes coexistem, por mais estranho que possa parecer. Essa função gestora deve ter como principal motivação a busca de mais acesso com equidade e integralidade, sendo a racionalização de custos desnecessários, ou modificáveis, um dos seus efeitos possíveis. Um dos modos práticos de fazer isso é acompanhar o percentual de encaminhamentos de cada equipe ou UBS para outros serviços de saúde e colocá-lo em discussão com os profissionais. Isso requer, também, que não se olhe para a Atenção Básica isoladamente, mas que o modo de organização da rede local ou regional seja considerado, pois isso pode interferir, inclusive, no papel atribuído ao Nasf.

Em municípios que contam ou não com redes ambulatoriais especializadas, os Nasfs devem incluir, entre suas ações iniciais, a divisão de tarefas e definição de fluxos entre suas equipes de apoio e equipes dos serviços ambulatoriais, com apoio dos gestores. A retaguarda assistencial sempre faz parte do apoio do Nasf, mas a centralidade ou não deste componente vai depender das possibilidades da rede de atenção local/regional. Nesse sentido, cabe considerar os tipos de situações em que a oferta de ações pode ser feita na Atenção Básica (em termos tecnológicos) e nas quais sua realização, neste ponto, é melhor para os usuários (lembrando que os profissionais de serviços especializados também podem matriciar as equipes de Atenção Básica).

Em qualquer cenário, os atendimentos específicos devem ser priorizados para casos que ultrapassem as possibilidades das eSF, mesmo com o apoio matricial, e deve ser evitado o acompanhamento apenas por profissional Nasf ou ambulatorial, ou a transferência da função de coordenação do cuidado da eSF para o Nasf ou para o ambulatório.

90

Até para conhecerem a dinâmica e terem contato com os profissionais, recomenda-se que tanto os Nasfs quanto as equipes de Atenção Básica, quando necessário e oportuno, possam participar de atividades em outros pontos de atenção (exemplos: de uma discussão com a equipe do Caps acerca do projeto terapêutico de determinado usuário que está em tratamento intensivo no Caps; ou que está em condições ou com necessidade de ficar sob cuidados mais diretos da equipe de Saúde da Família e do Nasf; ou visitar uma gestante ou um usuário hospitalizado). Esse tipo de prática personaliza as relações entre os profissionais dos diferentes serviços, pode gerar mais segurança e fortalecimento de vínculos com os usuários, além de poder funcionar, também, como matriciamento “inverso”, pois as equipes de Atenção Básica e os Nasfs também podem ensinar e ajudar os outros serviços no cuidado dos usuários.

O Nasf pode evitar encaminhamentos sem indicação e contribuir para qualificar os encaminhamentos necessários da Atenção Básica, exercendo uma função reguladora compartilhada com as equipes de Atenção Básica, para o acesso ao Caps, ao ambulatório de especialidades, aos centros de reabilitação etc. Esse processo deve ser desenvolvido sempre em parceria com as eSF, responsáveis pela coordenação do cuidado, e de acordo com a composição e o escopo de ações ofertadas pelo Nasf. Devem ainda considerar a missão dos outros serviços, que precisa estar clara (embora possa ser revista de tempos em tempos). A função reguladora é feita por meio de pontos de contato regulares entre as equipes, como reuniões presenciais, comunicação a distância (telefone, Telessaúde etc.) e/ou com base em protocolos de acesso/fluxo, com critérios previamente discutidos e pactuados entre as diferentes equipes. Sempre com o cuidado de considerar o que é viável para a gestão do sistema e melhor para os usuários, cujo cuidado é a razão de ser dos serviços de saúde.

4.2.4 Articulação intersetorial

As estruturas setorializadas tendem a tratar o cidadão e os problemas de forma fragmentada, com serviços executados solitariamente. A intersetorialidade vem contrapor esse modelo, sendo uma lógica que busca considerar as condições de vida da população e, a partir de seus problemas, desenvolver ações integradas de vários setores. A intersetorialidade pode ser entendida como:

a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social. Visa a promover um impacto positivo nas condições de vida da população, num movimento de reversão da exclusão social. Essa interação pode ser construída por meio de um processo dinâmico entre os sujeitos, mediada por novos paradigmas, que devem informar a mudança das instituições sociais e de suas práticas. Esse processo de construção é também de aprendizagem e de determinação dos sujeitos, da sua consciência e dos seus direitos de cidadão a uma vida de qualidade. (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997, p. 24)

A atuação intersetorial é uma das diretrizes de trabalho utilizadas em muitas situações na Atenção Básica. É entendida como a articulação de ações que envolvam vários setores, reconhecendo que a produção da saúde tem relação com outras políticas como: educação, segurança, cultura, habitação, assistência social, transportes, lazer, esportes etc. É necessária para o desenvolvimento de ações com foco na promoção e na prevenção à saúde, na busca da integralidade da atenção ao usuário.

No âmbito da Atenção Básica, a proximidade que os profissionais têm com o modo como a vida se organiza nos territórios oportuniza a identificação de uma série de problemas que interferem no processo saúde-doença-cuidado, e cujo enfrentamento demanda, por vezes, o envolvimento de outros setores, além da saúde.

O Nasf pode ser parceiro estratégico das equipes de Saúde da Família/Atenção Básica no desenvolvimento de articulação intersetorial, pois seus profissionais tendem a se relacionar com um número expressivo de casos em certo campo de atuação e a conhecer melhor a rede nesse campo. Desse modo, podem apoiar de modo decisivo as equipes de referência na construção de pontos de articulação. Destacam-se, nesse sentido, instâncias e serviços territoriais formais, como os Centros de Referência da Assistência Social (Cras) e os Conselhos Tutelares, bem como articulação com as redes de apoio social informais.

4.3 Exemplos de integração entre Nasf e equipes de outros serviços

4.3.1 Equipes de Consultórios na Rua (eCR)

O Consultório na Rua, equipe volante vinculada a pelo menos uma UBS, tem como um dos objetivos construir vínculos positivos e ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde. Por meio de abordagem proativa, as equipes trabalham buscando dialogar com os movimentos e territórios dos usuários.

As condições de vulnerabilidade da população em situação de rua, além das questões psicossociais geradoras de sofrimentos físicos e emocionais, possibilitam riscos maiores para a saúde desse grupo, representando desafio à efetivação de políticas de saúde que deem conta desta complexidade. Para responder a este cenário complexo, os Consultórios na Rua são formados por equipes multiprofissionais que buscam prestar atenção integral à saúde – ou acionar as redes intra e intersetoriais com esse objetivo. Eles trabalham com a população em situação de rua de um território e as atividades são realizadas de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às UBS e às equipes a elas integradas (BRASIL, 2012).

A atuação dos Nasfs nas eCR pode ampliar sua capacidade resolutiva, além de ter importante papel de apoio à integração com as demais equipes e equipamentos de saúde do território. O Nasf pode auxiliar na integração das eCR com as equipes de Atenção Básica, na articulação intersetorial, na discussão de Projetos Terapêuticos Singulares e na construção do diagnóstico situacional do território, por exemplo. Nesse processo, cabe destacar que o Nasf e as equipes de Saúde da Família também podem ser matriciados pelo Consultório na Rua.

Os pontos principais de articulação dessas equipes, além das próprias equipes da Atenção Básica, são: Centros de Referência da Assistência Social (Creas); conselhos tutelares; serviços de saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps); Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (Caps ad); centros de convivência; unidades de acolhimento; residências e albergues terapêuticos; serviços de urgência e emergência; além de hospitais e outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário.

4.3.2 Academias da Saúde

Atreladas às ações da Atenção Básica, as Academias da Saúde objetivam se constituir como espaço de fomento à convivência, a práticas corporais, à alimentação saudável, à educação em saúde, a práticas integrativas e complementares, ao lazer e a modos de vida favoráveis à saúde, em espaços especialmente construídos para esse fim. Esses espaços são chamados de polos, seu uso é potencializado pela atuação dos profissionais de saúde da Atenção Básica. A utilização das Academias da Saúde pelos profissionais do Nasf amplia a capacidade de intervenção coletiva da Atenção Básica, buscando favorecer o convívio solidário e o protagonismo de grupos sociais (BRASIL, 2011b).

Algumas ações podem ser realizadas em conjunto entre as equipes para potencializar a utilização do espaço das Academias, tais como a realização de grupos, oficinas etc. Além disso, cabe salientar que o papel da Academia da Saúde não está restrito ao núcleo de atuação do profissional de Educação Física. Ela configura-se também como estratégia de promoção da saúde para o enfrentamento das condições crônicas, apoiando e enriquecendo a conformação das linhas de cuidados para os portadores destas condições, seja por meio do apoio ao autocuidado, estímulo à convivência e aprendizado solidário, no sentido da conformação de redes de apoio social.

4.3.3 Equipes especializadas de saúde mental

Os Nasfs devem atuar conjuntamente a outras equipes especializadas de saúde mental (ex. Caps), corresponsabilizando-se pelos casos e facilitando a integração com as eSF. Esse arranjo institucional visa a promover articulação entre as unidades locais de saúde e os serviços de saúde mental como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), organizando o fluxo e o processo de trabalho, podendo o Nasf atuar como mediador dessa integração.

Pela sua missão, recomenda-se envolver os Caps apenas em casos mais graves (incluindo as crises) que necessitem de cuidado intensivo e/ou de reinserção psicossocial. Isto é, aqueles que ultrapassam as possibilidades de intervenção conjunta da eSF com o Nasf. Pessoas que buscam os Caps por demanda espontânea devem ser acolhidas e avaliadas pela equipe, e os casos que não tiverem necessidade de acompanhamento nesse serviço devem ser redirecionados (de modo cuidadoso) para as eSF de referência, preferencialmente por meio de contato telefônico do profissional do Caps com o profissional da UBS ou do Nasf.

Os usuários egressos de internação psiquiátrica também podem ser atendidos diretamente pelos Caps, visando reinserção psicossocial e organização do retorno da pessoa para tratamento no plano comunitário. Os casos de usuários acompanhados pelo Caps que, após estabilização, receberem alta do serviço também podem ser discutidos entre Caps, eSF e Nasf, em vez de serem encaminhados diretamente para as eSF. Convém ressaltar que esse fluxo não é rígido e, portanto, se um indivíduo procurar qualquer um dos pontos de atenção da rede, deve ser acolhido, avaliado e encaminhado para o serviço que melhor se adequar às suas necessidades no momento. Assim, os usuários podem transitar por diferentes serviços de saúde, dependendo de suas necessidades. Para tanto, é imprescindível a existência de comunicação e de espaços de discussão de casos entre eSF, Nasf e Caps.

Relato de experiência: Nasf e reabilitação em um município de Pernambuco

Entre 2008 e 2010, foram implantadas quatro equipes do Nasf em um município de Pernambuco. Com a chegada dessas equipes multiprofissionais no território, houve ampliação das ações de promoção, prevenção e cuidados desempenhadas pelas 42 eSF do município. Também se fez necessário rearranjo na assistência dos diversos serviços de referência – ambulatório de especialidades, Caps, Centro de Reabilitação, entre outros –, para redefinição dos papéis de cada serviço na rede de atenção do município.

No caso da reabilitação, a necessidade de pactuação se impôs logo nos primeiros dias de atuação do Nasf, quando o serviço de reabilitação pensou em encaminhar todos os usuários que estavam na lista de espera de fisioterapia e fonoaudiologia para serem atendidos pelas equipes Nasf. Realizou-se uma oficina entre os profissionais e gerentes dessas equipes para definição do perfil de atuação de cada equipe e fluxo de referência no território.

Nessa oficina, pactuou-se que o Nasf, com as eSF, faria análise da lista de espera do serviço de reabilitação. Nesse processo, identificaram-se indivíduos que não precisavam mais de atendimento, alguns que passaram por nova avaliação e orientação clínica da eSF (com apoio do Nasf) e outros que foram inseridos em grupos terapêuticos. Essa reorganização diminuiu significativamente a lista de espera do núcleo. Outra definição importante foi de critérios clínicos para priorização dos usuários a serem encaminhados. Os usuários vítimas de acidente vascular encefálico (até seis meses), com paralisia facial periférica, hérnia de disco (em crise algica) e pós-operatório de fraturas, deveriam ser priorizados para atendimento fisioterápico ambulatorial.

Atualmente, acontece uma reunião mensal entre os profissionais do Nasf (fisioterapeuta e fonoaudiólogo) e os profissionais do núcleo de reabilitação. Nessa reunião, são eleitos alguns casos para discussão e pactuação de ações que cada equipe realizará no cuidado dos indivíduos e da família. Além disso, é possível debater sobre a alta dos usuários e a continuidade do cuidado pelas eSF e Nasf.

4.3.4 Programa Saúde na Escola (PSE)

O PSE é uma política intersetorial entre educação e saúde que compreende a escola como espaço privilegiado de práticas de promoção de saúde e prevenção de agravos e doenças, por meio de ações compartilhadas que têm como corresponsáveis atores de ambos os setores. O Nasf pode atuar com as equipes de Atenção Básica compondo ações de promoção para faixas etárias e necessidades em saúde variadas. Como exemplos, podem-se citar algumas formas de apoio às equipes de Saúde da Família para trabalhar determinados temas estratégicos com pais, estudantes e professores das escolas, nos vários ciclos do Ensino Fundamental:

- 1º ciclo (6 aos 9 anos): saúde bucal, promoção da saúde fonoaudiológica, problemas de aprendizagem e desenvolvimento, acompanhamento vacinal, doenças comuns da infância, alimentação e nutrição, entre outros;
- 2º ciclo (10 aos 15 anos): sexualidade, DST/aids, gravidez, álcool e outras drogas, violência, alimentação e nutrição, problemas de pele e outras questões de saúde características na adolescência.

As ações também podem focar os adultos em formação escolar, devendo alinhar princípios como integralidade, territorialidade e intersetorialidade: saúde da mulher, planejamento familiar, direito reprodutivo, saúde do homem, saúde do idoso e temáticas correlatas, benefícios sociais.

Como possibilidades de organização do PSE, há os grupos regulares de escuta de problemas do cotidiano escolar. Tais grupos são compostos por profissionais da Atenção Básica e da escola para debater as problemáticas e definir os encaminhamentos conjuntamente. Os profissionais do Nasf devem apoiar as equipes de saúde e educação a partir de problemas ou demandas específicas, em sintonia com outros articuladores do PSE.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 204, p. 48, 24 out. 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 14 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Manual operacional do projeto de investimento para a qualificação do sistema único de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série C: Projetos, Programas e Relatórios)

_____. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Anexo. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 3 jan. 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2014.

_____. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 29 jun. 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 20 jan. 2014.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_tulio_franco.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2013.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

FREIRE, R. C. **As ações programáticas no projeto Saúde Todo Dia**: uma das tecnologias para a organização do cuidado. Faculdade de Ciências Médicas. (Dissertação de mestrado) – Universidade Estadual de Campinas. Campinas: 2005.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 22, v. 11, nov. 2006.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. **Descentralização e Intersetorialidade na Gestão Pública Municipal no Brasil**: a experiência de Fortaleza. XI Concurso de Ensayos del CLAD El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública : Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones. Caracas, 1997.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, ABRASCO, 2001.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES JR., H. M. Redes de Atenção à Saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S. F. **Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas: IDISA, CONASEMS, 2008.

O Uso da Informação para a Qualificação das Ações do Nasf

5

5.1 Monitoramento e avaliação: aspectos conceituais

A avaliação e o monitoramento têm sido cada vez mais considerados como processos positivos para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. A incorporação da avaliação e do monitoramento como práticas sistemáticas pode proporcionar informações úteis que auxiliam na definição de estratégias de intervenção, na tomada de decisão e na organização do trabalho dos profissionais. Neste capítulo, será abordado o uso de ferramentas para o registro das ações realizadas, assim como a prática do monitoramento e da avaliação para a qualificação do trabalho dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf).

Ainda que haja, neste texto, foco maior em uma lógica estruturada e sistemática de monitoramento e de avaliação, é importante frisar que o monitoramento e a avaliação, como práticas, podem ou não ser feitos a partir de normas, critérios e instrumentos bem definidos (bom senso, capacidade de análise, sensibilidade e atenção são “ingredientes” que também podem nos permitir fazer avaliações sem que tenhamos consciência ou necessidade de nomear se o que estamos fazendo é avaliação ou não). Em suma, a avaliação é uma prática humana que pode ser feita de diferentes modos e por diferentes atores, usando diferentes perspectivas.

Nesse sentido, tomamos o monitoramento como uma prática que incorpora a análise e o acompanhamento de informações dos projetos, programas ou ações prioritárias, na rotina de execução das atividades, como forma de indicar um direcionamento das ações para o alcance de resultados esperados. Quando feito de forma sistemática, torna-se ferramenta útil para auxiliar gestores e trabalhadores das equipes de saúde a tomarem decisões de forma rápida, garantindo a intervenção e a correção dos rumos em tempo oportuno (CONTANDRIOPOULOS et al., apud HARTZ, 1997).

Portanto, o monitoramento está intimamente relacionado com as atividades da rotina dos serviços. Mas quais ações precisam ser monitoradas? E quando e em que momento deve ser realizado o monitoramento? A definição das ações que devem ou precisam ser monitoradas tem relação direta com o planejamento realizado e com as atividades e metas definidas e/ou pactuadas. Ressalta-se aqui a necessidade de serem determinadas as prioridades para o monitoramento, uma vez que não é necessário acompanhar todas as ações desenvolvidas, mas sim alguns marcadores que sirvam de alerta, indicando que o desenvolvimento das ações está de acordo com o esperado ou que algo está errado no processo. É importante que também sejam identificados responsáveis e periodicidade para levantamento e análises das informações. No quadro a seguir, estão pontuadas informações que podem embasar a escolha das prioridades de monitoramento:

Informações importantes para o monitoramento das ações de saúde:

- Situação de saúde da população adscrita às equipes de AB de referência.
- Resultados de pactuações realizadas no âmbito municipal, estadual e/ou nacional.
- Marcadores para o monitoramento do trabalho da(s) equipe(s) de Atenção Básica (a exemplo do grau de autonomia para manejar determinadas condições ou ferramentas).
- Marcadores para o monitoramento das ações do Nasf no território, a exemplo das ações prioritárias para o início das atividades do Nasf.

Nas situações em que, a partir da prática do monitoramento, se identifica a necessidade de modificar os rumos daquilo que tem sido desenvolvido pela equipe, é fundamental que sejam estabelecidas estratégias concretas e em tempo oportuno para a superação do(s) problema(s) identificado(s). Essas estratégias devem ter efeito direto sobre o problema, ponderando-se também quanto ao envolvimento e à governabilidade dos atores que irão implementá-las, bem como suas capacidades individuais e desejo de mudança.

Para além de identificar mudanças rápidas na direção e estratégia das ações, a prática da avaliação pode ser encarada como processos que visam a atribuir um juízo de valor, ou seja, a mensurar e atribuir um julgamento sobre o valor e o mérito de determinada intervenção, seja ela um programa, uma ação, um serviço ou mesmo um componente da estrutura organizacional desses. Os julgamentos podem ser obtidos por meio de: (a) avaliações normativas, que procuram identificar os resultados produzidos, tendo como parâmetros de julgamento critérios, normas ou legislação previamente estabelecidas; (b) pesquisas avaliativas, que visam a identificar e julgar os resultados alcançados por determinada intervenção a partir da aplicação de procedimentos mais rigorosos do ponto de vista científico; ou (c) pela aplicação de critérios baseados em saberes individuais ou coletivos, experiências vividas, percepções ou outras avaliações já realizadas (CONTANDRIOPOULOS et al., apud HARTZ, 1997).

O processo de avaliação é comumente associado a desdobramentos negativos como punição, constrangimentos, revelação de incapacidades, podendo causar frustrações aos envolvidos com a ação avaliada. Por isso, trata-se de um desafio a inserção de práticas avaliativas no cotidiano dos serviços de saúde. O monitoramento, apesar de ser mais permeável à rotina do trabalho, é identificado por muitos como um trabalho adicional, que atribui sobrecarga aos trabalhadores, ficando, muitas vezes, fora das atividades diárias.

Nesse sentido, promover a discussão com as equipes a respeito da importância da avaliação e do monitoramento pode ajudar a romper com a visão punitiva e de “supervisão” que historicamente serviços de saúde e trabalhadores trazem desses conceitos. Além disso, é fundamental que as equipes tenham acesso às informações que elas ajudam a produzir e às avaliações sobre seu trabalho, pois a experiência vivida, concreta, muitas vezes ajuda mais a construir uma cultura avaliativa que o discurso sobre a importância da avaliação.

A avaliação pode nos ajudar a escolher ou formular a melhor decisão a ser adotada a partir do julgamento das características e das atividades do objeto avaliado em relação aos seus objetivos.

A avaliação como atividade específica, realizada pelas equipes ou gestores, pode ser encarada como processo de crítica e reflexão, com potencial de promover a reorientação de práticas, julgando o sucesso das atividades desenvolvidas, subsidiando a negociação para melhorias de aspectos críticos identificados ou para sustentabilidade de aspectos positivos.

Para ilustrar o que foi dito, pode-se citar que a decisão do gestor municipal de implantar o Nasf passa por reflexões e julgamentos acerca das necessidades de qualificação da Atenção Básica no município e aumento da resolutividade dos serviços. Dessa forma, agrega-se a essa reflexão o levantamento de informações sobre o território, as equipes de AB e a rede para subsidiar a decisão.

5.2 Como avaliar o conjunto de atividades do Nasf

As ações desenvolvidas pelo Nasf podem ser avaliadas em suas dimensões clínico-assistencial ou técnico-pedagógica, resultando na definição sobre o que deve ser considerado adequado para a sua prática. Para isso, a demarcação de parâmetros é fundamental para avaliar se os resultados esperados estão sendo alcançados. Com isso, é possível ampliar a compreensão sobre a finalidade da avaliação em função da melhoria da qualidade do serviço ofertado, agindo de forma consciente sobre as suas ações e provendo uma avaliação construtiva/incremental (BRASIL, 2012).

Como já foi abordada anteriormente, a avaliação é um julgamento acerca de um objeto, uma situação. Nesse sentido, alguns questionamentos podem nos auxiliar a direcionar os interesses e as questões que devem ser trazidos à tona no processo da avaliação. No quadro a seguir, estão listadas algumas questões que podem orientar o processo avaliativo:

Possibilidades de perguntas avaliativas para a análise do processo de trabalho do Nasf:

- Este programa ou ação atende às necessidades das pessoas?
- Os usuários conseguem identificar quais ações são desenvolvidas pelo Nasf?
- Os usuários estão satisfeitos?
- As atividades são realizadas conforme planejadas?
- Por que os objetivos não foram alcançados?
- Devemos mantê-lo como está ou há aspectos a serem aprimorados?

Seguindo o exemplo já citado neste capítulo sobre a decisão do gestor municipal de implantar o Nasf, algumas perguntas que podem auxiliar no processo de implantação e avaliação do Nasf seriam:

- Qual o perfil sociodemográfico e epidemiológico das áreas das equipes de AB?
- Quais as principais necessidades de apoio identificadas pelas equipes de AB?
- Qual a composição de profissionais mais adequada para a formação do Nasf?
- Como as equipes de Nasf serão distribuídas no território?
- Qual a infraestrutura necessária para o trabalho do Nasf?
- Quais as ações prioritárias para o início do trabalho do Nasf?
- O que é melhor ou possível ser feito pelo Nasf ou em outros serviços da rede?

No processo de realização de avaliações, é importante que gestores, coordenadores e profissionais do Nasf discutam/definam critérios ou instrumentos orientadores para a avaliação e elaborem instrumentos de intervenção (plano, matriz ou algo nessa linha) de forma integrada com o planejamento de ações.

A partir dos critérios ou instrumentos orientadores da avaliação, devem ser observadas as seguintes ações:

- Identificação dos principais problemas.
- Reflexão sobre as causas dos problemas escolhidos e seleção dos nós críticos.
- Determinação dos problemas prioritários a serem enfrentados.
- Elaboração de estratégias de intervenção para superação dos problemas prioritários.
- Pactuação com os sujeitos envolvidos das ações a serem implementadas.

Outro elemento que deve ser considerado no processo avaliativo é o resultado de avaliações anteriores, pois é um rico objeto de análise para que a equipe possa monitorar a execução

do plano de intervenção, bem como analisar os avanços alcançados. Portanto, é essencial que avaliações consideradas negativas não sejam negligenciadas, mas sim objetos de análise e discussão (BRASIL, 2012).

Diante dos resultados da avaliação, deverão ser identificadas as situações que precisam ser revistas e/ou modificadas com base em ações orientadas para a melhoria da organização e qualidade dos serviços (BRASIL, 2012).

Como exemplo prático do uso de resultados de avaliações realizadas, podemos citar a análise que acontece no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq). Os Nasfs que participam do programa passam por avaliações periódicas e devem fazer uso dos resultados da avaliação para o aprimoramento do seu trabalho (resultados da avaliação externa, da autoavaliação e dos indicadores específicos considerados).

Integra-se aos processos avaliativos a utilização de métodos e instrumentos para o desenvolvimento de propostas de intervenção/planos de ação. São citadas, a seguir, algumas técnicas e ferramentas práticas que podem auxiliar nesta construção:

5.2.1 Evento sentinela e traçadores

Pode ser que uma situação ou problema não seja representativo do ponto de vista do território em questão, mas influencia nos resultados observados no monitoramento e na avaliação. É o caso de eventos-sentinelas e casos traçadores ou marcadores. Essas técnicas são adequadas quando lidamos com situações do cotidiano em nossos serviços de saúde, ou seja, para os momentos em que não necessitamos de amplos diagnósticos, mas sim de um instrumental que aponte caminhos e nos ajude a monitorar e retroalimentar as nossas práticas.

Segundo Penna (apud SANTANA, 1995), o conceito de evento-sentinela foi introduzido, por Rutstein et al. (1976), como a ocorrência de doença, invalidez ou morte desnecessária. A partir do conhecimento de um evento ocorrido, procede-se à investigação e tenta-se detectar suas determinações, para assim poder intervir na situação. É uma técnica com baixo custo operacional e de resultados significativos. A respeito do uso dos eventos sentinelas, a autora afirma que não tem a intenção de desvalorizar técnicas quantitativas advindas da epidemiologia, e ressalta que a compreensão que pode ser aprendida por meio da análise de uma situação pode ser muito valiosa.

Já o uso de condições marcadoras ou traçadoras como técnica para avaliação da saúde foi proposto em 1973, por Kessner, Kalk e Singer (apud PENNA, 1995). Segundo Penna (1995), é possível inferir a qualidade da atenção à saúde em geral a partir da avaliação da assistência prestada a determinadas condições ou patologias, incluindo, por exemplo, oportunidade das ações e uso adequado de exames complementares.

Os traçadores são mais adequados para a utilização com agravos para os quais temos uma definição mais clara na forma de atenção ou protocolos definidos. Como exemplo, qual

o projeto de intervenção definido para um idoso com fratura de fêmur? Esta pergunta ajuda na identificação de ações não realizadas e/ou "situações-problema" na linha de cuidado ou de situações indesejadas que ocorreram.

5.2.2 Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Amaq)

Visa a induzir a implementação de processos autoavaliativos para as equipes de Atenção Básica. Esse instrumento estabelece padrões de qualidade em conformidade com normativas e documentos técnicos e científicos atuais e expressa os resultados almejados. Destaca-se que os processos autoavaliativos devem ser constituídos não apenas pela identificação de problemas, mas também pela realização de intervenções no sentido de superá-los (BRASIL, 2012). Essa ferramenta sugere a utilização de um método para a construção de uma matriz de intervenção na qual será traçado um plano de ação, contendo:

1. Identificação de estratégias para alcançar os objetivos/metlas.
2. Atividades a serem desenvolvidas.
3. Recursos.
4. Resultados esperados.
5. Responsáveis e prazos de execução.
6. Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados.

Saiba mais:

O instrumento Amaq pode ser acessado nos documentos disponíveis na página do Pmaq, em <www.dab.saude.gov.br/portaldab>

5.2.3 Modelo lógico ou modelo teórico (desenho do programa)

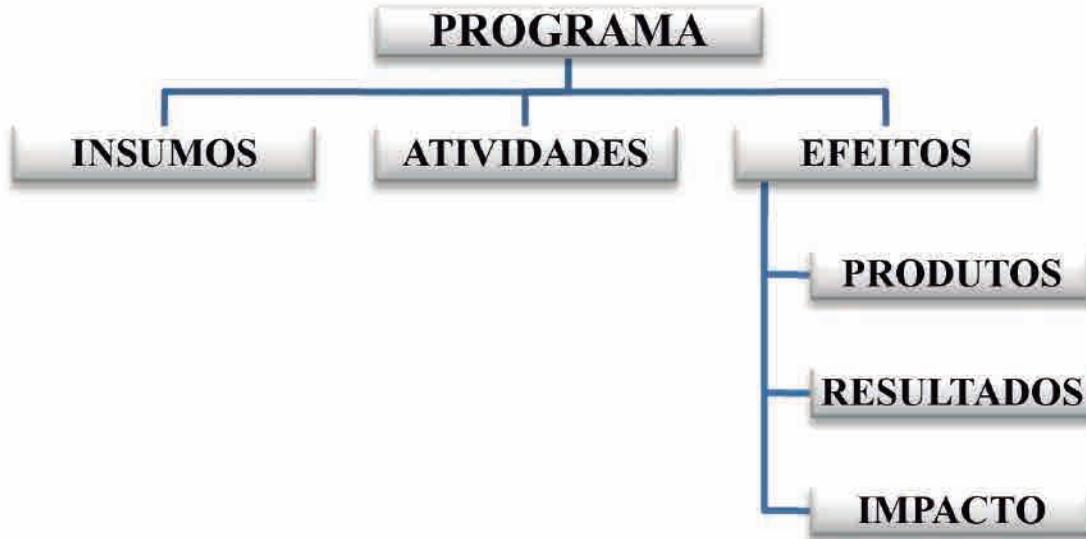
O modelo lógico é um esquema que mostra a teoria de um programa ou intervenção ao demonstrar a relação causal entre as atividades preconizadas e os efeitos esperados para o alcance dos objetivos previamente pactuados.

Os modelos devem ser apresentados de forma visualmente clara, que permita o entendimento das relações entre as intervenções e os efeitos esperados que se pretenda alcançar. Esse instrumento possibilita visualizar o desenho do funcionamento do programa e seus principais componentes, permitindo a checagem sistemática da organização do programa para alcançar os

resultados esperados (BEZERRA; CAZARIN; ALVES apud SAMICO 2010; FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2007).

O modelo expõe, geralmente em forma de figura, tabela, fluxograma ou mapa, a sequência de passos e as relações que conduzem aos efeitos esperados. Os componentes dos programas podem ser representados por diferentes formas, sendo muito utilizada a divisão representada por processos (composto por insumos e atividades preconizadas) e efeitos esperados (produtos, resultados e impacto) (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2007).

Figura 7 – Componentes do modelo lógico



Fonte: (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2007, adaptado).

É importante ressaltar que os processos avaliativos construídos de forma democrática e pactuados entre os diversos atores do Nasf e outros (gestores, coordenadores, equipes de Saúde da Família, profissionais e usuários) são mais efetivos, pois possuem maior alinhamento com as necessidades e as realidades locais. Favorecem também a construção de consciência coletiva, de responsabilização dos envolvidos e maior comunicação entre os atores, aumentando a capacidade de tomada de decisões (BRASIL, 2012; CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010; UCHIMURA, 2002).

5.3 Como avaliar a efetividade das ações do Nasf?

Para avaliar a efetividade, é importante observar os resultados alcançados em relação a objetivos definidos de uma ação ou programa implantado. Assim, para que as equipes e os gestores tenham clareza sobre os resultados e os objetivos esperados, é importante definir previamente e pactuar mecanismos de registro das ações e atividades prioritárias.

Destaca-se que é preciso monitorar e avaliar o conjunto das atividades do Nasf para que seja assegurada a efetividade das ações implementadas. Como exemplo, retomamos aqui o caso apresentado no Capítulo 3: aumento do número de idosos acamados por fratura de fêmur após queda no ambiente domiciliar. Ao pensar nas atividades planejadas para resolver o problema, é possível relacionar efeitos observados a partir da execução das atividades. Alguns efeitos, referenciados no modelo lógico como “produtos”, são verificados de forma mais imediata após a realização das ações e são importantes para monitorar o cumprimento de metas de execução das atividades.

Já os efeitos considerados como “resultados” podem ser observados após maior tempo de execução das ações, e o conjunto desses resultados acumulados ao longo do tempo favorecerá o alcance do impacto ligado ao objetivo principal das ações: a diminuição da frequência de pessoas sofrendo com as sequelas da fratura de fêmur.

Existem diversas formas de realizar a análise dos resultados e de atribuir a ligação com maior ou menor grau de precisão entre ações e seus efeitos. Assim, as equipes Nasf podem se organizar para acompanhar suas ações e avaliar a efetividade, respondendo se os objetivos definidos foram alcançados e, ainda, qual a influência de fatores de contexto, tais como o aumento de prática de atividade física pelos idosos do território, melhoria de condições de mobilidade urbana, entre outras ações preventivas que acontecem para além do setor Saúde (CRUZ; ABREU, 2011).

Por fim, a partir da comparação ao longo do tempo de resultados evidenciados por processos avaliativos continuados, pode-se julgar se os objetivos definidos para o Nasf estão sendo alcançados. Ressalta-se que o registro adequado e o acompanhamento das ações desenvolvidas são fundamentais para a viabilidade da avaliação da efetividade.

Descrição de alguns efeitos para mensuração das ações realizadas:

EFEITOS IMEDIATOS (medem a adequação do desenvolvimento das ações):

1 – Maior número de idosos sendo consultados pelos profissionais do Nasf, isto é, as demandas que deveriam ser atendidas no âmbito da Atenção Básica não estão sendo encaminhadas para outros pontos da rede de atenção; 2 – aumento da frequência de reuniões entre equipes; 3 – aumento de visitas domiciliares compartilhadas entre profissionais do Nasf e equipes de AB; e 4 – aumento de ações de educação permanente realizadas com a equipe de AB.

EFEITOS A MÉDIO E LONGO PRAZO (medem resultados e efetividade das ações):

1 – Aumento na proporção de idosos na comunidade com conhecimento e adotando formas de prevenção de quedas; 2 – aumento da frequência de idosos utilizando os centros de convivência; 3 – maior conhecimento dos profissionais sobre medidas de prevenção e tratamento domiciliar de sequelas; 4 – diminuição do percentual de casos de fratura de fêmur na população do território; e 5 – redução da morbimortalidade associada por fratura de fêmur no município.

5.4 O registo e uso das informações pelas equipes de Nasf

O registro adequado das ações desenvolvidas pelos profissionais do Nasf, nos sistemas de informação disponíveis, auxilia na continuidade do cuidado aos indivíduos, possibilita o compartilhamento das condutas entre os profissionais e permite a melhoria constante do processo de trabalho e dos serviços ofertados, por meio do monitoramento e da avaliação dos dados coletados.

Para isso, é fundamental que a gestão municipal e as equipes da AB, com o suporte dos Nasf, elaborem estratégias para a ampliação da cultura informacional, a fim de criar significado para as equipes sobre a importância do registro adequado e o estímulo para o uso das informações disponíveis. Essas informações auxiliam no reconhecimento das demandas do território, apoio clínico, definição de ações prioritárias, desenvolvimento de educação permanente de acordo com as necessidades etc. A ampliação da cultura informacional contribui para a superação da ideia de que o registro das informações é um trabalho meramente formal, burocrático e pouco útil para os trabalhadores.

Nesse sentido, têm-se como desafios para os profissionais, além do registro adequado dos dados, a organização de momentos em equipe para discussão dos resultados e o planejamento das ações a partir dessas informações. Para os gestores, é fundamental a disponibilização dessas informações em tempo oportuno, a qualificação e a pertinência das informações requisitadas, a integração dos diversos sistemas de informação de saúde e a melhoria da infraestrutura de tecnologia da informação nos municípios, como a aquisição de computadores e existência de conectividade nas UBS.

Algumas medidas que podem contribuir para o registro e o uso da informação:

- Pactuação de indicadores mais próximos da realidade e de necessidades do território de atuação das equipes.
- Meios de divulgação periódicos das informações registradas pelas equipes, tais como: relatórios, boletins, informativos e outros.
- Espaços para discussão dos resultados obtidos.
- Sistemas de informação que dialoguem com as especificidades locais.
- Melhoria da infraestrutura da tecnologia da informação das UBS.

As ações elencadas acima são essenciais para permitir um retorno das informações para as equipes, de modo que elas vejam o registro não apenas como um processo burocrático para satisfazer as necessidades do sistema, mas como algo de aplicação prática no cotidiano de trabalho.

Entre as informações essenciais sobre as ações do Nasf a serem registradas, pode-se elencar o número de atividades coletivas realizadas, atendimentos em grupo, participação em reuniões com os profissionais matriciados e do próprio Nasf, reuniões com outros setores, além da identificação de atividades e dos temas abordados (planejamento, monitoramento e avaliação, discussão de casos, educação permanente, processo de trabalho). Destacam-se, também, os registros das consultas individuais e compartilhadas realizadas, além das visitas domiciliares.

Outras fontes de dados, oriundas de sistemas de registro e informação da própria equipe de AB ou de dados produzidos em outros pontos de atenção, também podem ser úteis para as equipes Nasf no monitoramento e na avaliação das ações, conforme citado no quadro a seguir:

- Sistema de Informação da Atenção Básica vigente e/ou outros registros realizados pelas equipes de AB referentes ao cadastro dos domicílios e indivíduos, aos motivos de consulta na UBS, aos encaminhamentos realizados, aos agravos mais prevalentes, à dispensação de medicamentos e outros. Essas informações possibilitam a definição do perfil sociodemográfico e territorial epidemiológico da população adscrita.
- Sistema de Informação sobre Mortalidade e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SIM e Sinan, respectivamente): permitem a análise de dados sobre mortalidade e de informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória.
- Sistema de Informações Hospitalares (SIH): dados sobre as causas de internação. Permite relacionar as causas de internação às principais condições sensíveis à AB.
- Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde: apresenta informações sobre os programas de saúde, perfil sociodemográfico e situação de saúde dos municípios.

Ressaltamos que as demandas apresentadas pelas equipes de AB, pelos indivíduos participantes das instâncias de controle social e pela própria gestão municipal também devem ser observadas para o planejamento das ações em saúde do Nasf.

Sabe-se que a implantação de instrumentos de coleta de dados específicos para a captação do processo de trabalho das equipes Nasf consiste em um grande passo para o aprimoramento e a consolidação do trabalho dessas equipes na Atenção Básica. O uso de ferramentas informatizadas, como o prontuário eletrônico, potencializa esse processo, na medida em que integra as avaliações e condutas dos profissionais que atuam na Atenção Básica e os profissionais de outros pontos de atenção, auxiliando na tomada de decisões clínicas, reduzindo tempo de atendimento e custos.

Com o e-SUS Atenção Básica, os profissionais do Nasf passam a ter um sistema de informação nacional para alimentar e utilizar, com preenchimento e uso integrado com as equipes apoiadas (os mesmos instrumentos são utilizados por ambos).

Saiba mais:

Obtenha mais informações sobre o novo Sistema de Informação da Atenção Básica e-SUS por meio do Portal do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, pelo link: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>.

Com isso, compreende-se que a ampliação da cultura informacional das equipes, a responsabilidade pelo registro adequado das informações, a elaboração de instrumentos para coleta de dados e a geração de relatórios são essenciais para a avaliação e o monitoramento das ações realizadas e para o planejamento e melhoria constante dos serviços ofertados.

Em alguns momentos e situações, a prática do monitoramento e avaliação é espontaneamente feita por um ator (profissional ou gestor, por exemplo), porque faz sentido, de modo mais ou menos sistemático, mais ou menos consciente. Em outras situações, o uso da informação ou análise de fatos/acontecimentos, quando provocado, também pode ser produtivo (isso acontece, por exemplo, quando o Nasf, ou quando alguém externo ao Nasf, provoca uma equipe apoiada, com dados referentes a ela). De um modo ou de outro, o uso dessas ferramentas de monitoramento pode fazer a diferença tanto para reorientar as práticas, quanto para conferir segurança de que as ações realizadas têm atingido os objetivos esperados.

Referências

ALVES, Cintia Kalyne de Almeida et al. Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO, I. et al (Orgs.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Ed. MedBook, 2010, p. 89-107.

BEZERRA, L. C. de A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. de A. Modelagem de Programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, I. et al (Orgs.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook; 2010, p. 65-78.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica – AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série B. Textos básicos de saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica: Sistema com Coleta de Dados Simplificada**: CDS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.

CRUZ, M.; ABREU, D. **Fontes de evidências para os estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EAD, 2011. (texto de apoio ao Curso de Especialização de Avaliação em Saúde)

FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALEZ, R. **Como elaborar modelo lógico de programa: um roteiro básico**. Brasília (DF): 2007. Disponível em: <http://agencia.ipea.gov.br/images/stories/PDFs/TDs/td_1369.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2014.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I. et al (Orgs.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010, p. 1-13.

JUNIOR, R. B. F. **Informação em saúde e epidemiologia como coadjuvantes das práticas em saúde, na intimidade da área e microárea – como usar mesmo?** Campinas, 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2004.

PENNA, M. L. F. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. (Orgs.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde do distrito sanitário**. Brasília: OPAS, 1995. (PROJETO GERUS).

RUTSTEIN, D. D. et al. Measuring the quality of medical care: a clinical method. **N. Engl. J. Med.**, v. 294, n. 1, p. 582-588, 1976.

UCHIMURA, Kátia Yumi; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública** [online], v.18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

Governo
Federal