

# SUS, Atenção Básica em Saúde e Estratégia de Saúde da Família

## Breve Histórico e diretrizes principais

Fátima Corrêa Oliver

**Disciplina Políticas de Saúde e Reabilitação no Brasil**

23 de novembro de 2021

# ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

## ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

No Brasil

- **Uso das expressões**
  - Sinônimos
  - Contraposição
- **Atenção Básica:** nos mecanismos de financiamento
- **Atenção Primária e Atenção Básica:** unidades locais ou níveis de assistência (OLIVER et al. 2012)

# Atenção Primária em Saúde

- O que é?
- Como se organiza?
- Onde se desenvolve?
- Que atividades assistenciais desenvolve?

# LINHA DO TEMPO ESTUDOS E PESQUISAS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

- <http://analisepoliticaemsau de.org/oaps/eixos/linha-do-tempo/?id=0ab58688308745ef02b2a21279aaf095>
- <https://redeaps.org.br/>
- <http://www.resbr.net.br/pesquisadores/#>

# Linha do tempo da APS

## Século passado (XX) – Cenário Internacional

- **Dec de 1920**

- Gra-Bretanha (Dawson): organização da atenção à saúde pelo Estado

- **Dec de 1930 e 1940**

- Saúde Pública e não atendimento clínico

- **Dec de 1960**

- Ações seletivas para doenças transmissíveis
- Medicina Comunitária: EUA
- Expansão do Centros de Saúde na Inglaterra (médicos e outros profissionais)

# A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE CENÁRIO INTERNACIONAL

(GIOVANELLA, MENDONÇA 2008  
GIOVANELLA, 2015)

## ● Década de 1970

- Blocos socialistas: CSE mais inclusivos e integrais
- Avaliações da APS: Canadá e na Áustria
- Libertação de países africanos
- Redemocratização
- 1978 Conferência de Alma Ata “Saúde para Todos no ano 2000” Atenção Primária em Saúde/Cuidados Primários em Saúde
  - Questão Ética de Princípios
  - Redução à **Primary - Primitivo ou Integral Health Care - Atenção ou Cuidado**
- 1979 APS seletiva (Fundação Rockefeller e UNICEF)

## ● Século (XXI)

- 2005 OMS e OPAS : Renovação da APS nas Américas

# Linha do tempo da APS

## Século passado (XX) – Cenário Nacional

- **Dec de 1920**
  - Prevenção e Campanha sanitária
- **Dec de 1940**
  - doenças específicas
- **Dec de 1950**
  - Ações coletivas
  - Criação do Ministério da Saúde em 1953
- **Dec de 1960**
  - Conferência de Saúde em 1963
  - Criação do INPS em 1966
- **Dec de 1970: crise**

# A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE CENÁRIO NACIONAL

(GIOVANELLA, MENDONÇA 2008 )

8

## ● Década de 1980

- AIS 1985
- Atenção Programática
- SUS 1988

## ● Década de 1990

- PACS 1991
- PSF 1993/4 (Banco Mundial) APS SELETIVA X APS INTEGRAL
- ESF 1996 (NOB/96)

## □ Década de 2000

- Especialidade em Medicina da Família e da Comunidade – 2002
- PROESF– 2003
- PNAB – 2006
- NASF – 2008
- PNAB – 2011
- PNAB – 2017
- Equipe AP - 2019

# **ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

## **ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

**Por que fazer?**

**Para que e para quem?**

**Quem realiza?**

**Onde?**

**Como se realiza?**

**Com que recursos conta?**

**Forte influência da  
Medicina de Família e  
Comunidade nos  
modelos  
assistenciais na APS**

# Atenção Básica em Saúde

Estratégia  
de Saúde da  
Família

E Equipes  
Tradicionais  
de APS



# **Estratégia Saúde da Família até 2017**

## **Estrutura da Política de Atenção Básica em Saúde**

# Estratégia Saúde da Família

- Médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde (4 até 6 ACS/equipe)
- Equipe multiprofissional (será?)
- **ESF** (Até setembro de 2011) (desde 2017 modificada para no. de horas de médico)
  - Cada ESF: máximo 4.000 pessoas/ média de 3000 pessoas
  - Cada ACS máximo de 750 pessoas (mais ou menos 250 famílias)

# Estratégia Saúde da Família

- Cadastramento e acompanhamento das Famílias
- Acompanhamento das condições de saúde das populações nos diferentes territórios de abrangência das equipes
- Importância das Equipes de Saúde da Família: Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde

# Estratégia Saúde da Família

- potencialidade e desafios/limites:
  - A reorganização do processo de trabalho tem o potencial de transformar ações médico-centradas?
  - Tensão constante entre ações focalizadas e universais
  - Capacitação de recursos humanos e fixação de profissionais
    - Médicos e ACS

### ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

#### Atributos Essenciais

**Acesso**

**Longitudinalidade**

**Coordenação**

**Integralidade**

#### Atributos Derivados

**Orientação  
Familiar**

**Orientação  
Comunitária**

**16 Competência  
Cultural**

# Atributos da APS

<b>Atributo da APS</b>	<b>Definição</b>	<b>Perguntas para avaliação</b>
<b>Primeiro contato</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Serviços procurados regularmente cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde</li><li>■ Porta de entrada do sistema de saúde: ponto de início da atenção e filtro para acesso aos serviços especializados</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ A equipe de APS é acessível aos usuários na maior parte do tempo?</li><li>■ As famílias percebem que têm acesso à atenção primária adequada?</li><li>■ Exige-se encaminhamento dos profissionais de atenção primária para acesso à atenção especializada?</li></ul>

# Atributos da APS

<b>Atributo da APS</b>	<b>Definição</b>	<b>Perguntas para avaliação</b>
<b>Longitudinalidade</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação clínico-paciente, ao longo da vida, independentemente da ausência ou da presença de doença.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Exige-se o cadastramento/registo de paciente com profissional ou equipe ou serviço?</li><li>■ As famílias são atendidas pela mesma equipe ao longo do tempo?</li><li>■ Há relação de mútua confiança e conhecimento entre famílias e profissionais das equipes APS?</li><li>■ Meu médico me vê para rotinas preventivas?</li></ul>

# Atributos da APS

<b>Atributo</b>	<b>Definição</b>	<b>Perguntas para avaliação</b>
<b>Integra- lidade</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Reconhecimento de amplo espectro de necessidades, considerando-se os âmbitos orgânicos, psíquicos e sociais da saúde, dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde.</li><li>■ Implica oferecer serviços preventivos e curativos e garantir acesso a todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias por meio de encaminhamento, quando necessário</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ A equipe de saúde é capaz de reconhecer os problemas de saúde dos indivíduos e da comunidade ?</li><li>■ Qual a abrangência do pacote de serviços oferecidos?</li><li>■ Os pacientes são referidos para o especialista quando apropriado?</li><li>■ Meu médico cuida da maioria de meus problemas de saúde ?</li></ul>

# Atributos da APS

<b>Atributo</b>	<b>Definição</b>	<b>Perguntas para avaliação</b>
<b>Coordenação</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Coordenação das diversas ações e serviços essenciais para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Se vários médicos estão envolvidos em meu tratamento, meu médico de APS organiza-o?</li><li>■ Há reconhecimento de problemas que demandam atenção constante?</li><li>■ Existem diretrizes formais (protocolos) para transferências de informações entre médicos de atenção primária e especialistas ? São utilizadas na prática?</li></ul>

# Atributos da APS

Atributo	Definição	Perguntas para avaliação
<b>Orientação Comunitária</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita em razão do contexto econômico e social em que vive</li><li>■ Conhecimento da distribuição dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis na comunidade</li><li>■ Participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ A equipe conhece os problemas da comunidade?</li><li>■ A equipe realiza diagnóstico de saúde da comunidade?</li><li>■ A equipe trabalha com outras organizações para realizar ações intersetoriais?</li><li>■ Representantes da comunidade participam do conselho da unidade de saúde?</li></ul>

# Atributos da APS

Atributo	Definição	Perguntas para avaliação
<b>Centralidade na família</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Considerações do contexto e dinâmica familiar para bem avaliar como responder às necessidades de cada membro</li><li>■ Conhecimento dos membros e de seus problemas de saúde</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Os prontuários são organizados por família?</li><li>■ Durante a consulta, os profissionais pedem informações sobre a saúde de outros membros da família?</li><li>■ Durante a consulta, os profissionais pedem informações sobre as condições socioeconômicas da família?</li><li>■ Os profissionais conhecem os membros da família?</li></ul>

# Atributos da APS

<b>Atributo</b>	<b>Definição</b>	<b>Perguntas para avaliação</b>
<b>Competência Cultural</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidade</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ A equipe reconhece necessidades culturais especiais?</li><li>■ A população percebe suas necessidades culturais específicas como sendo atendidas?</li></ul>

# Política Nacional de Atenção Básica

Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aperfeiçoamento da Proposta anterior 2006

Estabelece 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)

# Política Nacional de Atenção Básica

Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011.

## Das Funções na Rede de Atenção à Saúde

Decreto 7508, de 26 de junho de 2011.

Portaria 4279, de 30 de dezembro de 2011.

**I - Ser base:** ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado **grau de descentralização e capilaridade**, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária

**II - Ser resolutiva:** identificar **riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada** capaz de **construir vínculos positivos** e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais

# Política Nacional de Atenção Básica

Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011.

## Das Funções na Rede de Atenção à Saúde

Decreto 7508, de 26 de junho de 2011.

Portaria 4279, de 30 de dezembro de 2011.

**III - Coordenar o cuidado:** elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS.

**IV - Ordenar as redes:** reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde partadas necessidades de saúde dos usuários

# CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

**I – Território e população de referencia**

**II - Necessidades de saúde da população**

□ **Prioridade:** intervenções clínicas e sanitárias, com critérios (**frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência**).

- Planejamento, trabalho compartilhado (**Campo/Núcleo Saber**)
- Sem agenda por patologia/ciclo de vida

**III –Prioridade: grupos de risco e os fatores de risco**

- clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais

**IV – Escuta qualificada,**

- classificação de risco,
- avaliação de necessidade de saúde e
- análise de vulnerabilidade,
- assistência resolutiva à demanda espontânea e atendimento às urgências;

**V – Atenção integral, contínua e organizada à população local;**

**VI – Ações na Unidade, no domicílio, em locais do território e em outros espaços para ação planejada;**

**VII - Ações educativas:**

- processo de saúde-doença ,
- autonomia, individual e coletiva,
- qualidade de vida pelos usuários;

# CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA (cont)

## VIII - **Qualificação da atenção e gestão:**

- ✓ participação coletiva,
- ✓ **fomento à autonomia** para produção de saúde,
- ✓ **ambiência e condições de trabalho e cuidado,**
- ✓ **vínculos solidários,**

## IX - **Planejamento**

- local e monitoramento ,
- avaliação das ações (campo/núcleo) na equipe, unidade e município
- Revisão do processo de trabalho

## X – **Ações intersetoriais:**

- projetos e redes de apoio social para atenção integral;

## XI - **Fortalecimento da gestão local e controle social; e**

## XII - **Atenção domiciliar a**

- usuários com **problemas de saúde controlados /compensados** e com **problemas de mobilidade** para chegar à unidade de saúde,
- realizar o **cuidado compartilhado com equipes de atenção domiciliar nos casos mais graves**

# Política Nacional de Atenção Básica

Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011.

Equipes de Atenção Básica para populações específicas

- 1. Equipes do consultório na rua (populações em situação de rua)**
  - Atividades itinerantes (em serviços específicos, em unidades móveis) vinculadas aos NASF
  - Ações integradas às ESF, NASF CAPS, Rede de Urgência e ao SUAS
  - Carga horária mínima semanal: 30 horas (diurno ou noturno)
- 2. ESF para população Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal e UBS Fluviais**
- 3. Programa Saúde na Escola: intersetorial Educação e Saúde**
- 4. Núcleos de Apoio à Saúde da Família**
- 5. Atenção básica de saúde no sistema prisional**

# Política Nacional de Atenção Básica

Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011.

## Programa Saúde na Escola: intersetorial Educação e Saúde

### 1. Atenção Integral

- Promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde e formação)
- Saúde das crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico

### 2. Avaliação clínica e psicossocial

### 3. Promoção e prevenção

### 4. Educação permanente para qualificação da atuação dos profissionais da educação e formação de jovens

### 5. Gestão compartilhada: Saúde, educação e Grupos de Trabalho Intersetoriais – Federal, Estadual e Municipal

**A ATENÇÃO BÁSICA  
E O  
NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
E ATENÇÃO BÁSICA  
NASF AB**

# Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF

## Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

### NASF AB

? BRASIL. Portaria 154, de janeiro de 2008. Dispõe sobre a criação dos NASF. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

? BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Volume I: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014

? O que são?

? Quais seus objetivos?

? Quem compõe as ENASF?

? Onde atuam?

? Como?

# LINHA DO TEMPO DO NASF-AB

2008

- Portaria nº154/2008 – Cria o NASF-AB , sendo:
  - NASF-AB 1: 8 a 20 eSF e custeio de R\$ 20 mil;
  - NASF-AB 2: vinculado a 3 a 7 eSF e custeio de R\$ 6 mil;

2009

- Realização das Oficinas de Qualificação dos NASF-AB nos Estados e DF;

2010

- Publicação do Caderno de Atenção Básica nº 27 “Diretrizes do NASF”;

2011

- PNAB (Portaria nº2488/2011):
  - O parâmetro de vinculação para NASF-AB 1 é reduzido para 8 a 15 eSF;
  - O custeio do NASF-AB 2 sobe para R\$ 8 mil;
  - O número de profissões sobe de 13 para 19;

2012

- Portaria nº 3124/2012:
  - Cria o NASF-AB 3, assim, todo município com ESF pode ter NASF-AB;
  - O parâmetro de vinculação de NASF-AB 1 é reduzido para 5 a 9 eSF;
  - O parâmetro de vinculação de NASF-AB 2 é reduzido para 3 a 4 eSF;

# LINHA DO TEMPO DO NASF-AB

2013

- Portaria nº 548/2013: o **custeio do NASF-AB 2 sobe** para R\$ 12 mil e o do NASF-AB 3 para R\$ 8 mil;
- **Portaria nº 562/2013:**
  - Início da participação do NASF-AB **no PMAQ AB** (2º ciclo), sendo:
  - Incentivo de adesão: R\$ 400 p/ NASF-AB 3; R\$ 600 p/ NASF-AB 2 e R\$ 1000 p/ NASF-AB 1;
  - Maior desempenho: R\$ 2000 p/ NASF-AB 3; R\$ 3000 p/ NASF-AB 2 e R\$ 5000 p/ NASF-AB 1;

2014

- **Caderno da AB nº 39 volume I** "Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano";
- **Curso de Apoio Matricial** na AB com ênfase no NASF-AB;

2015

- **Boletim Nasf 01** contendo o diagnóstico das ações das SES para o NASF-AB;
- Pactuação da 2ª edição do Curso de Apoio Matricial e do I Encontro Nacional de Apoio Matricial na AB e do Congresso Rede Unida;

2016

- **Portaria 1171/2016:** Credencia equipes de NASF-AB em municípios com casos confirmados de microcefalia na 13ª semana epidemiológica de 2016.
- Publicação do guia para A Estimulação Precoce na AB

# LINHA DO TEMPO DO NASF-AB



- **Lançamento fascículo:**

- Contribuições dos NASF-AB para a Atenção Nutricional;

- **PNAB 2017:**

- Os NASF-AB passam a ser denominados Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB;

- **10 Anos da** Publicação da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, ou seja, da criação dos NASF-AB;

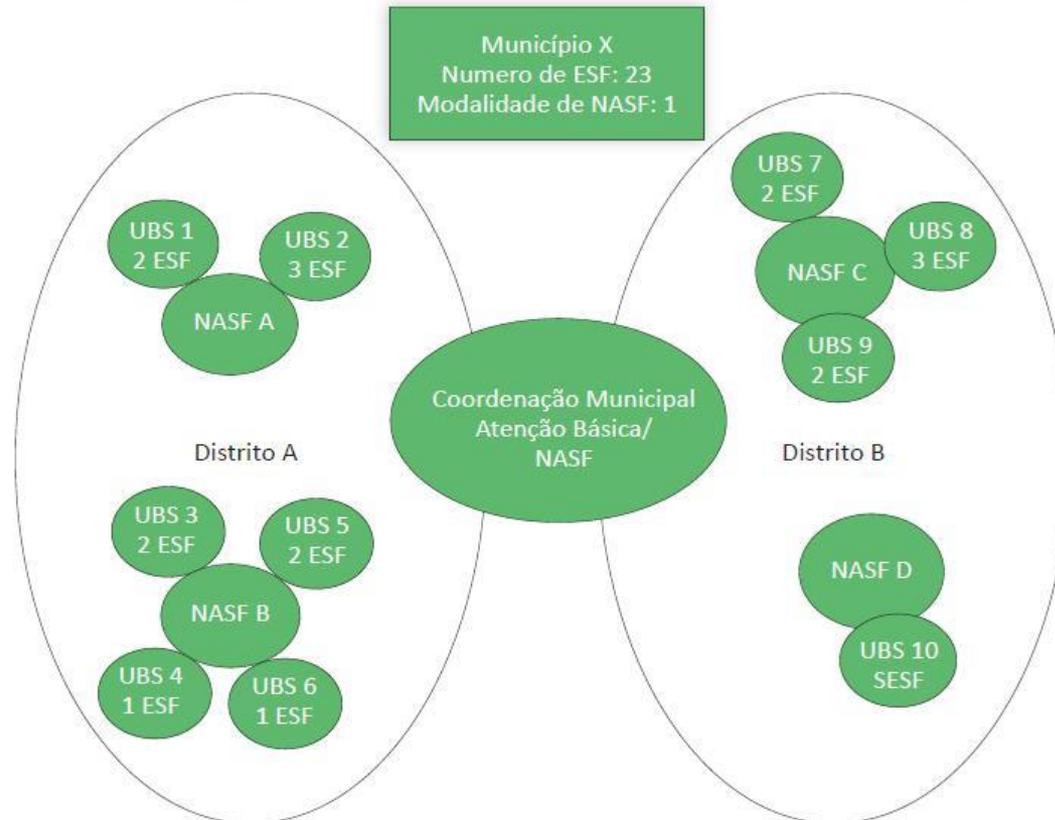
- **Previsão de lançamento fascículos (Assistência Farmacêutica, Reabilitação e Saúde Mental)**

- Nova Edição do **Curso de Apoio Matricial** na AB com ênfase no NASF-AB;

## Quadro 1 – Modalidades de Nasf, conforme a Portaria nº 3.124/2012

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

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



Fonte: (BELO HORIZONTE, 2010, adaptado).

# Profissionais que podem integrar Equipes NASF AB

1. Assistente Social
2. Professor de Educação Física
3. Farmacêutico
4. Fisioterapeuta
5. Fonoaudiólogo
6. Médico Acupunturista
7. Psiquiatra
8. Ginecologista
9. Homeopata
10. Pediatra

11. Médico Veterinário\*
12. Nutricionista
13. Terapeuta Ocupacional
14. Profissional de arte/educação\*
15. Sanitarista\*
16. Psicólogo
17. Médico Geriatra\*
18. Médico Internista (Clínica Médica)\*
19. Médico do trabalho\*

# Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica NASF AB

Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde – Portaria 154, de janeiro de 2008

## Objetivos:

- Ampliar a **abrangência, as ações e a resolubilidade e integralidade** da atenção básica,
- Apoiar a **inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede** de serviços
- Possibilitar o **processo de territorialização e regionalização** a partir da atenção básica.

- Atividade Física/ Práticas corporais
- Práticas integrativas e complementares
- Reabilitação
- Alimentação e nutrição
- Saúde mental
- Serviço social
- Saúde da criança
- Saúde da mulher
- Assistência farmacêutica

**Ações relacionadas a**

**Premissas  
do  
trabalho  
dos  
NASF  
  
na Atenção  
Básica**

- ❑ Territorialização e Educação Popular em Saúde
- ❑ Interdisciplinariedade
- ❑ Participação social
- ❑ Acesso
- ❑ Humanização
- ❑ Intersetorialidade
- ❑ Promoção da Saúde
- ❑ Acesso a recursos tecnológicos
- ❑ Inclusão social
- ❑ Educação permanente

## → **Coleta e Análise de Dados relacionados ao território**

- ❖ Sistemas oficiais de informação
- ❖ Cadastro de pessoas atendidas nas UBS
- ❖ Prontuários
- ❖ Atas de reuniões
- ❖ Registros de atividades individuais e coletivas
- ❖ Ações de territorialização e mapeamentos já realizados

## → **Percepções e expectativas sobre necessidades do território**

- ❖ Usuários
- ❖ Equipes de AB
- ❖ Gestores de saúde

**Para implantação dos NASF**



Figura. Componentes de um Projeto de Saúde 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.

## **Roteiro de análise do território**

## **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

# Roteiro de análise do território

- **Responsabilização compartilhada** entre
- eESF e eNASF
  - Revisão da prática de encaminhamento tradicional
  - Ampliação para processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família
- **Plena integralidade do cuidado** físico e mental aos usuários do SUS pela **qualificação e complementariedade** do trabalho das eESF e eAB
- **Apoiar as Equipes de Referência** para lidar com os problemas de saúde identificados pelas eESF e AB

**Possibilidades de construir**



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.

- Educação permanente;
- Atendimento individual específico;
- Atendimento individual compartilhado;
- Reunião de equipe, discussão de casos, construção de PTS;
- Atendimento em grupo;
- Atendimento domiciliar.

UBS

- Grupos educativos;
- Práticas corporais;
- Encontros comunitários;
- Ações para a promoção de modos de vida saudáveis.

Academia da Saúde

- Discussão de casos;
- Construção compartilhada de PTS;
- Atendimento compartilhado;
- Apoio matricial do Caps à AB;
- Grupos terapêuticos;
- Oficinas geração de renda.

Caps

- Apoio às ações do PSE;
- Ações de educação em Saúde.

Escola

- Discussão de casos;
- Construção compartilhada de PTS;
- Ações coletivas para produção de cidadania.

Cras

Figura 1. Síntese das atividades do NASF AB

- ❑ **Projeto Terapêutico Singular (PTS)**
- ❑ **Genograma**
- ❑ **Ecomapa**
- ❑ **Atendimento domiciliar compartilhado**
- ❑ **Atendimento individual compartilhado e Atendimento individual específico**

**Outras ferramentas para o processo de trabalho dos NASF AB**

# Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O Projeto Terapêutico Singular (PTS)

- ❑ instrumento de organização do cuidado em saúde **construído entre equipe e usuário, considerando as singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso.**
- ❑ 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,
- ❑ ampliação da comunicação traz o fortalecimento dos vínculos e o aumento do grau de corresponsabilização (BRASIL, 2009b, p. 42).

- 1) **Diagnóstico e análise:** avaliação ampla que considere a integralidade do sujeito.
- 2) **Definição de ações e metas** de curto, médio e longo prazo, discutidas e negociadas com o usuário e/ou familiar ou responsável.
- 3) **Divisão de responsabilidades:** definir as tarefas de cada um com clareza. Escolha de um profissional de referência com melhor vínculo com o usuário para gestão do caso.
- 4) **Reavaliação:** discute-se a evolução do caso e se farão as devidas correções de rumo, caso sejam necessárias.

# Genograma

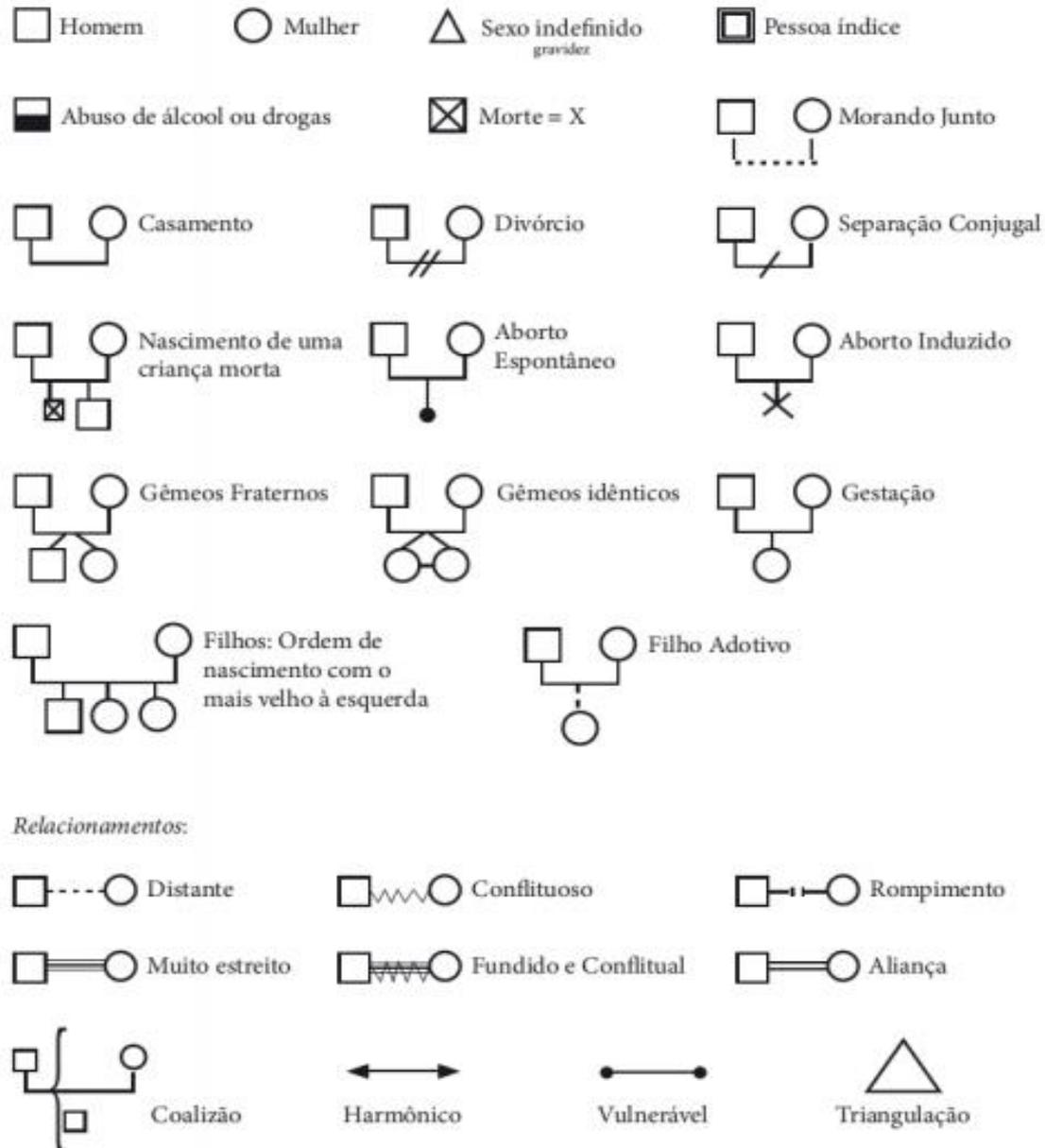
- ❑ Para visualização rápida e abrangente da organização familiar e suas principais características,
- ❑ Mapa relacional de registro onde são de dados relevantes ao caso.
- ❑ Para a analisar a estrutura da família, sua composição, problemas de saúde, situações de risco e padrões de vulnerabilidade.
- ❑ Retrata a história familiar, identificando sua estrutura, funcionamento, relações e conflitos entre os membros.
- ❑ NÃO É NEUTRO
- ❑ SEU USO NÃO É CONSENSUAL

Possíveis aplicações na Atenção Básica:

- 1) Favorecer a identificação dos fatores de estresse no contexto familiar.
- 2) Estabelecer correlações entre esses fatores e o processo saúde-doença.
- 3) Correlacionar graficamente informações biomédicas e psicossociais por meio símbolos convencionados.
- 4) Permitir identificação de padrões transgeracionais de doenças ou transtornos mentais. (CUIDADOS !!!)

ELABORAÇÃO CONJUNTA COM AS PESSOAS E SUAS FAMÍLIAS OU PESSOAS DE REFERÊNCIA

**Figura 4 – Símbolos e legendas usados no genograma**



# Ecomapa

- ▶ Possibilita mapeamento de redes, apoios sociais e ligações da família com a comunidade.
- ▶ utilizado em associação ao genograma tanto para fins diagnósticos, quanto em planejamento de ações em saúde
- ▶ Retrato gráfico da constituição e dinâmicas relacionais de um grupo social, com foco na família.
- ▶ Representa as interações da família com pessoas, instituições ou grupos sociais em determinado momento.
- ▶ Busca conectar as circunstâncias ao meio ambiente e auxilia na identificação dos padrões organizacionais familiares.

Não é consensual e pode revelar poder do serviço/profissionais sobre a interpretação das dinâmicas

Algumas áreas a serem representadas no ecomapa:

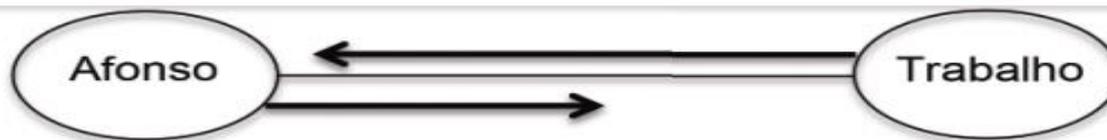
- Serviços de saúde.
- Grupos de convívio social (igreja; associação de pais; grupos de convívio etc.).
- Escola e serviços de educação.
- Relações pessoais significativas (amigos, vizinhos, família mais afastada etc.).
- Trabalho.
- Vizinhança (área física onde a casa está instalada).
- Outras (específicas da família e do território).

Quem e como será realizado determinam sua abrangência e finalidade

**Outras Ferramentas - Processo de Trabalhos nos Nasf AB**

- ❑ membros da família são representados no centro do círculo. Já a rede social da família aparece em círculos externos.
- ❑ ligações entre os diferentes círculos são desenhadas por linhas e setas (avaliar a força e a qualidade das relações (são de suporte ou não em relação à família?.))
- ❑ linhas indicam o tipo de conexão: as contínuas seriam ligações fortes; as pontilhadas ligações frágeis; as tortuosas demonstrariam aspectos estressantes.
- ❑ setas significam energia e fluxo de recursos.

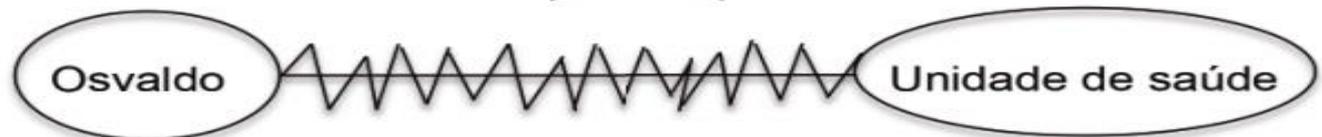
**Figura 5 – Representação das relações no ecomapa**



Afonso tem com seu trabalho uma relação forte, na qual ele dedica uma quantidade moderada de energia e percebe receber muito apoio.



Os filhos de uma família têm com a escola uma relação tênue ou incerta, dedicando pouco a ela e dela recebendo pouco apoio.



O relacionamento entre Osvaldo e a unidade de saúde é fraco e estressante (linha em ziguezague) e não há trocas de apoio e dedicação.

**Figura 6 – Exemplo de caso representado no ecomapa**



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

- Atendimento domiciliar compartilhado**
- Atendimento individual compartilhado**
- Atendimento individual específico**

**Outras ferramentas para o processo de trabalho dos NASF AB**

# Retrocessos do modelo assistencial da ESF nas políticas de atenção básica Equipe multiprofissional

- ▶ A PNAB 2017<sup>13</sup> permitiu equipes de Saúde da Família (SF) com apenas um ACS e equipes AP (eAP) sem ACS.
- ▶ **Ausência do ACS** afeta um dos pilares do modelo assistencial no **componente comunitário e de promoção da saúde**, pautado pela concepção da determinação social do processo saúde-doença e da clínica ampliada.
- ▶ Tende ainda a **fortalecer uma atuação profissional, sobretudo do médico**, orientada à atenção curativa e de controle de riscos individuais.
- ▶ Equipes com carga horária mínima de dez horas semanais
- ▶ Retorno do “bico” do médico do período pré e nos primórdios do SUS.
- ▶ A nova política de financiamento da APS regulamenta as eAP que poderão receber incentivos financeiros equivalentes aos das equipes ESF.
- ▶ Desestruturação progressiva das ESF

## Financiamento da Atenção Primária à Saúde - Portaria do Ministério da Saúde no 2.979, de 13 de novembro de 2019, modifica

- ▶ por completo os critérios de repasse de recursos federais da Atenção Primária
- ▶ para municípios brasileiros.

Modelo misto composto por 3 (três)

componentes:

- ▶ captação ponderada,
- ▶ pagamento por desempenho
- ▶ incentivo para ações estratégicas. (carteira de serviços)

- ▶ Anteriormente, financiamento pelo Piso de Atenção Básica: recursos por habitantes para o desenvolvimento de todas as ações
- ▶ Atualmente: indução a procedimentos centrados nas dimensões biológico individuais
- ▶ Afastamento da orientação comunitária e cultural dos atributos derivados da APS

# Um Cenário em novembro de 2020

## Atenção Primária em Saúde no Brasil e COVID 19

- ▶ rede de 47.725 Equipes de Saúde da Família (ESF),
- ▶ distribuídas em 42,8 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS), em todo o território nacional,
- ▶ com cobertura para aproximadamente 65% da população brasileira, em especial para as parcelas com menor renda.

- ▶ **85% dos casos** suspeitos têm manifestações clínicas leves: condições de serem identificadas e assistidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

ESF possuem **286.115 Agentes Comunitários de Saúde (ACS)**:

- ▶ visitar domicílios,
- ▶ dialogar com a população e
- ▶ fortalecer as medidas preventivas, (distanciamento social, lavagem de mãos, uso de máscaras protetoras, etiqueta respiratória e cuidados para evitar as aglomerações)
- ▶ **Têm feito muito poderiam fazer ainda mais**

# Observando: Cobertura Atensão Básica em Saúde Brasil ano de 2020

- ▶ <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>

# Decreto nº 10.283, de 20 de Março de 2020, Presidência da República - Início Pandemia

Conselho Deliberativo,  
basicamente entidades Médicas

- ▶ 6 repres Ministério Saúde
- ▶ 1 CONASS
- ▶ 1 CONASEMS
- ▶ 1 AMB
- ▶ 1 CFM
- ▶ 1 Fed Nac Médicos
- ▶ 1 CNS (que não indicou)

Diretoria Executiva

Conselho Fiscal

Contrato de Gestão entre ADAPS e  
Ministério Saúde

Discussões na Câmara Federal

- ▶ **Art. 1º** Fica instituído o serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde - Adaps, na forma de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública, nos termos do disposto na Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Ver tópico
- ▶ **Parágrafo único.** A Adaps tem como finalidade promover, em âmbito nacional, a execução de políticas de desenvolvimento da atenção primária à saúde em caráter complementar e colaborativo com a atuação dos entes federativos, de acordo com as competências previstas na Lei nº 13.958, de 2019, inclusive a execução do Programa Médicos pelo Brasil, sob a orientação técnica e a supervisão do Ministério da Saúde
- ▶ [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/decreto/D10283.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10283.htm)

# FORMALIZAÇÃO DA ADAPS

RESOLUÇÕES DO MS DE 15/10/2021

## CAMINHO PARA A PRIVATIZAÇÃO DO SUS?

- ▶ APS MAIOR PRESENÇA DO SETOR PÚBLICO
- ▶ Desde 2017 mudanças na PNAB: redução do número de ACS, jornada de trabalho de profissionais, financiamento
- ▶ Menos transferência de recursos (ex 10 de 11 municípios da baixada fluminense tiveram redução de recursos entre ago/set 2021)
- ▶ Remuneração por pessoas cadastradas: não mais pelo número de habitantes (impossibilidade de cadastramento de toda população)
- ▶ Disputa de recursos públicos pelo setor privado, sem participação da sociedade civil
- ▶ Liberdade da ADAPS para contratos de gestão
- ▶ Demonste do modelo assistencial: universal, de cunho comunitário não mais eSF, não mais recursos para os NASF AB
- ▶ Mercantilização dos cuidados, redução a uma carteira de serviços, sem previsão de trabalho em redes, focalização em determinados grupos da população (os muito muito pobres)
- ▶ Destituição de direitos é aprofundada desde 2016 (PEC 95, desfinanciamento da Saúde)
- ▶ Maior efetividade da pressão do setor privado sobre o SUS (desde 1988)

# Análise importante sobre as mudanças na Política Nacional de Atenção Básica, desde 2017, e suas repercussões para a universalização, equidade, acesso a direitos

- ▶ Giovanella, Ligia, Franco, Cassiano Mendes, & Almeida, Patty Fidelis de. (2020). Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1475-1482. Epub April 06, 2020. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>

ÁGORA – on line desde 2020 (Ágora foi um espaço público de fundamental para a constituição do espaço urbano da Atenas clássica)

ÁGORA DE 16 DE NOVEMBRO DE 2021 promovida pelas

- ▶ Associação Brasileira de pós graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)  
Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)

**TEMA: ADAPS: caminho para a privatização da APS no SUS? Transmitido ao vivo em 16 de nov. de 2021** <https://www.youtube.com/watch?v=oAy-BrhF8QM>

# HÁ CAMINHOS DE RESISTÊNCIA CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DO SUS?

- ▶ AMPLIAR O DEBATE E ESTUDO SOBRE A IMPORTÂNCIA DO SUS NA MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE NO PAÍS

- ▶ DEMONSTRAR A IMPORTÂNCIA DA APS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE, POR MEIO DE DEBATES NA UNIVERSIDADE, NA SOCIEDADE

- ▶ DENUNCIAR OS INTERESSES PRIVADOS NA APROPRIAÇÃO DOS RECURSOS PÚBLICOS

- ▶ CONSTRUIR ALIANÇAS SETORIAIS E GERAIS EM DEFESA DO SUS: MOVIMENTOS SOCIAIS, MOVIMENTO ESTUDANTIL, SOCIEDADE CIVIL

- ▶ TODOS RECONHECEM A IMPORTÂNCIA DO SUS DURANTE A EMERGÊNCIA SANITÁRIA EM CURSO

- ▶ O SUS É UM PATRIMÔNIO DA SOCIEDADE BRASILEIRA

# Referências APS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica à Saúde. Portaria 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012
- FIDELIS P. Mapeamento e Análise dos Modelos de Atenção Primária à Saúde nos Países da América do Sul. Atenção Primária no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno em Salud. 2014.**
- GIOVANELLA, L. MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et. al. (orgs) **Políticas e Sistema de Saúde.** RJ/SP: Fiocruz/ CEBES, 2009.
- STARFIELD B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

# Referências

Giovanella, Ligia, Franco, Cassiano Mendes, & Almeida, Patty Fidelis de. (2020). Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1475-1482. Epub April 06, 2020. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>

Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). *Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)* [Internet]. Brasília: SAPS; 2019 Disponível em

[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps\\_versao\\_profissionais\\_sau\\_de\\_gestores\\_resumida.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_sau_de_gestores_resumida.pdf)

Conselho Nacional de Saúde (CNS). *Recomendação nº 035, de 23 de agosto de 2019* [Internet]. 2019 [acessado 2021 Nov 18]. Disponível

em: [https://drive.google.com/file/d/1qpYmzHgGQKG7aqmlM\\_GM3u2y8d3s3ZFx/view](https://drive.google.com/file/d/1qpYmzHgGQKG7aqmlM_GM3u2y8d3s3ZFx/view)

Rede de Pesquisa em APS da Abrasco (Rede APS). *Contribuição dos pesquisadores da Rede APS ao debate sobre as recentes mudanças na política de atenção primária propostas pelo MS* [Internet]. João Pessoa: Rede APS; 2019. [acessado 2021 Nov 18]. Disponível

em: [https://redeaps.org.br/wp-](https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Contribuicoesdospesquisadores_REDEAPS.pdf)

[content/uploads/2019/10/Contribuicoesdospesquisadores\\_REDEAPS.pdf](https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Contribuicoesdospesquisadores_REDEAPS.pdf)

BRASIL. Presidência da República. Decreto no. 10283 de 20 de março de 2020. Institui o serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde - Adaps. DOU 20/03/2020. [acessado em 2021 19 nov]. Disponível em

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/decreto/D10283.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10283.htm)

ABRASCO ABEN SBMFC. ÁGORA. **ADAPS: caminho para a privatização da APS no SUS?**

Transmitido ao vivo em 16 de nov. de 2021 <https://www.youtube.com/watch?v=oAy-BrhF8QM>

# Anexo 1

## Ações e serviços no âmbito da Atenção Primária à Saúde (2012)

Proposta

**Lista de ações e serviços no âmbito da Atenção Primária à Saúde estabelecida pela Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde, Brasil, 2012. ( Fidelis, 2015 p. 22 -26)**

<http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/08/Mapeamento-APS-Brasil-Portugu%C3%AAs.pdf>

**ESSA LISTA FOI RESULTADO DE ESTUDOS E É MUITO DIFERENTE DA CARTEIRA DE AÇÕES PROPOSTA PARA A ADAPS (Anexo 2)**

## ANEXO 2.

Carteira de serviços

Abrangência do cuidado - as Pessoas no centro do cuidado em saúde (?????)

2019 p. 9-16

- ▶ [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps\\_versao\\_profissionais\\_saude\\_gestores\\_resumida.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_resumida.pdf)

# Referências bibliográficas NASF e NASF AB

- BRASIL. Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008, que dispõe sobre a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Disponível em [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria154\\_04\\_03\\_08\\_re.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria154_04_03_08_re.pdf) Acesso em junho de 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos da Atenção Básica: Diretrizes do NASF**. Brasília: DF; 2009, n. 27. Disponível em: [http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf) Acesso em set 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume I: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf) Acesso em set 2020
- BRASIL. Portaria 3124 de 28 de dezembro de 2012, que redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124\\_28\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html)

# Referências bibliográficas

- Brasil. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html) Acesso em set 2020
- Curso Apoio Matricial na Atenção Básica com Ênfase nos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (EaD). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) em parceria com o Ministério da Saúde (MS). Disponíveis em: <http://www.ead.fiocruz.br/cursos/2371>. Acesso em: 20 set. 2020.