

A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS

Elisabeth Niglio de Figueiredo

Sumário

Apresentação	2
Apresentando a Política Nacional de Atenção Básica – 2011.....	2
A Estratégia Saúde da Família	3
A Rede de Atenção à Saúde (RAS).....	5
Atribuições dos profissionais da Estratégia Saúde da Família	6
Profissionais que compõem as equipes da Estratégia Saúde da Família...6	
Diferentes arranjos da Atenção Básica em Saúde	8
Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF	8
Desafios a serem superados	9
A organização do NASF	9
Ferramentas utilizadas pelo NASF em sua organização	9
Finalizando a nossa conversa	10
Referências	10

A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS

Apresentação

Prezad@ colega,

Este texto foi escrito com a finalidade de convidá-l@ à reflexão sobre a correlação entre prevenção de doenças, vigilância e promoção da saúde e integralidade do cuidado, de forma a culminar no modelo de atenção da Estratégia Saúde da Família (ESF) e na sua articulação com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Partiremos do pressuposto de que a Atenção Básica constitui-se em um conjunto de ações que dão consistência prática ao conceito de Vigilância em Saúde, referencial que articula conhecimentos e técnicas provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde, redefinindo as práticas em saúde, articulando as bases de promoção, proteção e assistência, a fim de garantir a integralidade do cuidado (SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

Concomitante, a ESF é um modelo que procura reorganizar a Atenção Básica de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 1997) e com o apoio do NASF, estrutura vinculada à Atenção Básica de Saúde que busca ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na ESF, privilegiando a construção de redes de atenção e cuidado, constituindo-se em apoio às equipes de saúde da família e ampliando sua resolutividade e sua capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado (COSTA; CARBONE, 2009).



Destaque

Início nossa conversa perguntando: esses conceitos fazem sentido para você? Você tem conseguido participar de forma efetiva da promoção da saúde, da prevenção de doenças e/ou agravos e da assistência às pessoas, às famílias e à comunidade?

Espero realmente que, apesar de não nos conhecermos pessoalmente, possamos, neste espaço, nos relacionar e compartilhar vivências, esperanças e corações, para juntos darmos continuidade à construção do Sistema Único de Saúde.

Apresentando a Política Nacional de Atenção Básica – 2011

O governo federal, no decorrer dos anos, tem feito tentativas de adequar as normas nacionais da Atenção Básica, definindo parâmetros que estejam adaptados à atual realidade vivida pelo SUS. Com essa finalidade, o Ministério da Saúde, respeitando diversas leis, portarias e decretos presidenciais anteriormente deliberados – bem como o processo de integração das ações de vigilância em saúde e Atenção Básica, e a ESF como forma prioritária para reorganização da Atenção Básica no Brasil –, pactuou na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, realizada em setembro de 2011, o lançamento da Portaria MS/GM no. 2.488, de 21 de outubro de 2011, que revisava as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011).

As normas e resoluções das portarias anteriores permanecem em vigor desde que não conflitem com a atual. Além disso, a ESF e outras estratégias organizativas da Atenção Básica devem seguir as diretrizes da Atenção Básica e do SUS, considerando e incluindo as especificidades locais/regionais.

Vale lembrar que a Política Nacional de Atenção Básica, ora proposta, considera equivalentes os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde (BRASIL, 2011).



Destaque

Você percebe como é importante nos debruçarmos sobre essa atualização proposta pelo Ministério da Saúde? É a nossa vivência e a nossa crítica dessa nova proposta que permitirão o aperfeiçoamento gradual da Atenção Básica e posteriores mudanças que se fizerem necessárias.

A Estratégia Saúde da Família

A Atenção Básica – e de maneira especial, a ESF, para sua consecução – necessitam de diretrizes que apoiem as diferentes atividades a elas relacionadas. A definição de território adstrito, tão cara à sua organização, coloca-se como estratégia central, procurando reorganizar o processo de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005), permitindo a gestores, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica dos lugares e dos sujeitos (individual e coletivo), desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde (GONDIM, 2012). O território define em si a adstrição dos usuários, propiciando relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011).

A ideia de que os cuidados dispensados na Atenção Básica são simples há muito deixou de ser realidade, se é que algum dia o foi. Estes são complexos e precisam dar conta das necessidades de saúde da população, em nível individual e/ou coletivo, de forma que as ações influam na saúde e na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da comunidade.

Entretanto, fica o alerta de Schimith e Lima (2004) de que apenas a menção da sigla ESF não significa necessariamente mudança de paradigma, em que o modelo de vigilância à saúde, base desta estratégia, esteja apenas no território delimitado e na população adstrita.

Como você pode observar, a ação na Atenção Básica, principal porta de entrada do sistema de saúde, inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade (BRASIL, 2011). Para isso, é necessário que o trabalho seja realizado em equipe, de forma que os saberes se somem e possam se concretizar em cuidados efetivos dirigidos a populações de territórios definidos, pelos quais essa equipe assume a responsabilidade sanitária.

Você provavelmente vivencia no seu dia a dia a dificuldade de se trabalhar de forma compartilhada, ampliando a integração dos profissionais em um trabalho conjunto que busque a integralidade da Atenção à Saúde (PEDUZZI, 1998).

Perceba que muitos profissionais presenciam ainda hoje a hegemonia dos saberes e a separação dos fazeres. Muitos de nós fomos instados, durante o tempo de universidade, ao trabalho isolado, no qual apenas nossos pares faziam parte da cadeia de discussão e de tomadas de decisões, o que dificultou, em muito, a ideia do trabalho compartilhado.

Entretanto, essas relações muitas vezes são conflituosas, acarretando a seus membros competitividade, conflitos e hostilidade, situações que podem ser superadas com a construção de um projeto comum em que seja definida a res-



Destaque

Na ESF o trabalho em equipe é considerado um dos pilares para a mudança do atual modelo hegemônico em saúde, com interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias e com diversidade de conhecimentos e habilidades que interajam entre si para que o cuidado do usuário seja o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica.

ponsabilidade de cada membro, assim como a disposição em ouvir e considerar as experiências uns dos outros, sendo a comunicação a principal ferramenta para que esses conflitos sejam convertidos em crescimento para a equipe e em um trabalho multiprofissional e interdisciplinar que redunde na gestão do cuidado integral do usuário (FRANCISCHINI; MOURA; CHINELATTO, 2008; BRASIL, 2011).

Observe que o desenvolvimento do trabalho em equipe não se constitui em um processo simples. As mudanças ocorridas na modernidade, a globalização das doenças, das práticas em saúde e dos hábitos de vida exigem que cada profissional se atualize constantemente para que possa efetivamente atuar em um projeto que envolva a equipe. Assim, os Ministérios da Saúde, da Educação e da Ciência e Tecnologia lançaram mão de estratégias que dessem conta desses desafios.



Saiba Mais

A proposta da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnA-SUS) (BRASIL, 2008) e a do Telesaúde (<http://rute.rnp.br/>) são algumas das ações que procuram levar em conta a difusão do conhecimento com equidade e atender às necessidades de educação permanente do SUS, com ênfase no trabalho conjunto. Além dessas, propostas como o Programa de incentivo às mudanças curriculares das escolas médicas (Promed) (BRASIL, 2001) e, posteriormente, o Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde (Pró-saúde) (BRASIL, 2005), que paulatinamente incorporou as demais profissões da área de saúde, buscam também reorientar a formação profissional, abordando de forma integral o processo saúde-doença, com ênfase na Atenção Básica. Como investimento tanto nos profissionais que já desempenham atividades nesse nível de atenção quanto em professores e estudantes, espera-se que, num futuro próximo, profissionais de diferentes formações acadêmicas estejam preparados para desempenhar um papel agregador e um trabalho multiprofissional coeso.



Como você pode observar, o processo pedagógico proposto é dinâmico e contínuo, não se esgotando com a aquisição de informação ou habilidade, uma vez que leva em conta a construção do conhecimento, da consciência crítica-reflexiva e de compromisso pessoal e profissional, exigindo dos trabalhadores, gestores e usuários tomadas de decisão que criem condições para o estabelecimento de mudanças que superem os nós críticos existentes, por meio de experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde com o objetivo de transformar a realidade (BRASIL, 2011).

Essas transformações só virão a ocorrer com a responsabilização de cada um pela organização e pela consecução de atividades de educação permanente que capacitem cada membro da equipe de forma que se apropriem dos conhecimentos necessários para exercer suas atividades de forma resolutiva (CECCIM, 2005). Outro ponto fundamental é desenvolver a cultura de avaliação, na qual todo processo de gestão e cuidado desenvolvido pela equipe multiprofissional, de forma compartilhada, possa ser avaliado com o objetivo de aprimoramento e adequação de rumo.

Com esse intuito, o Ministério da Saúde lançou em 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), que agora apresenta uma síntese (Portaria no. 1.654, de 19 de julho de 2011) Seu objetivo é ampliar o acesso e a qualidade do cuidado na Atenção Básica. É organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização.

1	Na primeira fase do PMAQ ocorre a adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de Atenção Básica e os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde, num processo que envolve a participação do controle social. Os municípios receberão inicialmente, no momento da adesão ao PMAQ-AB, 20% do valor integral do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável por equipe contratualizada.
2	Na segunda fase será desenvolvido um conjunto de ações pelas equipes de Atenção Básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover mudanças da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado, a fim de produzir a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Está organizada em quatro dimensões: Autoavaliação; Monitoramento; Educação Permanente; e Apoio Institucional.
3	Na terceira fase ocorre a avaliação externa, quando são averiguadas as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da Atenção Básica, participantes do programa.
4	Finalmente, a quarta fase é constituída por um processo de pactuação das equipes e dos municípios, estabelecendo-se novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados nas fases 2 e 3 do PMAQ.

A partir de então, dependendo do desempenho alcançado e dos critérios estabelecidos, ocorrerá a classificação das equipes contratualizadas por meio do processo de certificação, que definirá os valores a serem transferidos aos municípios, com base nos resultados verificados nas fases 2, 3 e 4 do PMAQ-AB.

A partir da segunda certificação, o desempenho de cada equipe será comparado em relação às outras equipes do seu estado, bem como quanto à evolução do seu próprio desempenho ao longo da implantação do PMAQ-AB.

Após a classificação alcançada no processo de certificação, respeitando-se as categorias de desempenho, os municípios receberão, por equipe de saúde contratualizada, os percentuais do valor integral do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável e contratualizarão novas metas e compromissos.



Destaque

Você observou que, apesar de termos discutido que o trabalho multiprofissional e interdisciplinar deve redundar na gestão do cuidado integral do usuário, este poucas vezes foi mencionado na dinâmica da composição das equipes e da educação permanente e do planejamento das ações? (FRANCISCHINI; MOURA. CHINELATTO, 2008)

Gohn (2004) nos lembra que apenas por meio da participação dos indivíduos e grupos sociais é que se garante uma sociedade democrática e solidária capaz de gerar coesão social, criando laços de pertencimento e identidade sociocultural e política. Assim, torna-se fundamental a participação dos indivíduos e grupos sociais da área adstrita nas decisões tomadas em relação à gestão do cuidado, não com o objetivo de perverter a ordem, mas como forma de participar das decisões que dizem respeito a si e a suas famílias.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS)

Para que toda essa estrutura possa funcionar, dando respostas adequadas às necessidades dos usuários, de forma coordenada, é necessário estabelecer estratégias que permitam criar múltiplas respostas para o enfrentamento da produção saúde-doença. A **Rede de Atenção à Saúde (RAS)** é o arranjo organizativo formado pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde, num determinado território geográfico, responsável não apenas pela oferta de serviços, mas ocupando-se também de como estes estão se relacionando, assegurando dessa forma que a ampliação da cobertura em saúde seja acompanhada de uma ampliação da comunicação entre os serviços, a fim de garantir a integralidade da atenção (BRASIL, 2009b; 2011). Os fluxos de atendimento das demandas de saúde nos diversos níveis de atenção devem ser definidos na RAS, com o intuito de obter a integralidade do cuidado.

A principal porta de entrada e de comunicação entre os diversos pontos da RAS é a Atenção Básica, constituída de equipe multidisciplinar, responsável pelo atendimento de forma resolutiva da população da área adstrita e pela construção de vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitárias efetivas (BRASIL, 2011).

Para seu funcionamento, esta, personificada na Unidade Básica de Saúde (UBS), deve estar cadastrada no sistema de Cadastro Nacional e ser construída segundo normas sanitárias e de infraestrutura definidas pelo Departamento de Atenção Básica/SAS/MS, devendo possuir: consultórios médicos e de enfermagem e, caso possuam profissionais de saúde bucal, consultório odontológico; salas de acolhimento, procedimento, vacina, inalação, coleta de material biológico, curativo, observação, administração e gerência, além de áreas de recepção, arquivos, dispensação e armazenagem de medicamentos (BRASIL, 2011).

Distintas maneiras de organização das UBS e realidades socioepidemiológicas, além de facilidade de acesso, construção de vínculos positivos e responsabilização dos profissionais pela continuidade do cuidado dos usuários, foram determinantes decisivos para a determinação do número de habitantes da área adstrita; assim, cada UBS localizada em grandes centros urbanos e que não adota a ESF deve acolher no máximo 18 mil habitantes (BRASIL, 2011).

Àquelas com ESF recomenda-se, no máximo, 12 mil habitantes, em que cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4 mil pessoas, sendo a média recomendada de 3 mil pessoas ou menos quanto maior o grau de vulnerabilidade (BRASIL, 2011).

Cada equipe deve ser constituída por

no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal. (BRASIL, 2011)

Estes devem estar vinculados a uma equipe de saúde da família, mantendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território que a ESF.

Cada um desses profissionais, exceção feita ao médico, deve cadastrar-se em apenas uma equipe, com carga horária de 40 horas semanais, sendo 32 horas dedicadas a atividades na equipe de saúde da família, podendo,

conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até 08 (oito) horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial. (BRASIL, 2011)

Atribuições dos profissionais da Estratégia Saúde da Família

Observe que, para um número grande de pessoas, distribuído em um território, às vezes de forma dispersa e outras tão concentradas, é preciso desenvolver tanto um trabalho colaborativo e conjunto, envolvendo todos os membros da equipe, quanto trabalhos específicos, seguindo as disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões.

Discutiremos, num primeiro momento, as atribuições de todos os profissionais, do ponto de vista organizacional: participar do processo de territorialização, identificando situações de risco e vulnerabilidade, realizando busca ativa e notificando doenças e agravos de notificação compulsória; cadastrar famílias e indivíduos, garantindo a qualidade dos dados coletados e a fidedignidade do diagnóstico de saúde do grupo populacional da área adstrita de maneira interdisciplinar, com reuniões sistemáticas, organizadas de forma compartilhada, para planejamento e avaliação das ações.

Associadas a estas, outras ações devem ser desenvolvidas, a fim de promover atenção integral, contínua e organizada da população adstrita. O acolhimento dos usuários deve garantir escuta qualificada e encaminhamentos resolutivos para que o vínculo, uma das peças-chave da ESF, ocorra de forma efetiva. Importante lembrar que a atenção ao usuário deve ser realizada não apenas no âmbito da Unidade de Saúde, mas em domicílio, em locais do território, quando as visitas se tornarem essenciais para o andamento do cuidado (BRASIL, 2011).

Entretanto, é necessário que esse mesmo sujeito, que hoje necessita de cuidados, seja capaz, em um momento posterior, de gerir sua forma de conduzir sua vida e a de sua família, de forma autônoma e saudável. Ações educativas, que interfiram no processo de saúde-doença, devem ser incrementadas, bem como o incentivo à mobilização e à participação da comunidade, com o intuito de efetivar o controle social (BRASIL, 2011).

Profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família

A par das atividades comuns a todos os profissionais envolvidos na ESF, cada um deles tem função específica, que apresentaremos a seguir. Tal função não se basta em si mesma, e um aprofundamento é necessário para que cada um se reconheça e reconheça também a atividade do outro e não se perca de vista o trabalho compartilhado.

Iniciaremos comentando sobre as prerrogativas do enfermeiro (BRASIL, 2011), profissional que exerce privativamente a direção dos órgãos de enfermagem e integra a estrutura básica de instituições de saúde, pública ou privada, e a chefia de serviço de enfermagem, coordenando a atuação do auxiliar e do técnico.

Ao **enfermeiro** cabe atender a saúde dos indivíduos e famílias cadastradas, realizando consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos, solicitar exames complementares, prescrever medicações e gerenciar insumos e encaminhar usuários a outros serviços. Cabem a ele também as atividades de educação permanente da equipe de enfermagem, bem como o gerenciamento e a avaliação das atividades da equipe, de maneira particular do agente comunitário de saúde (ACS), que ocupa na ESF papel fundamental para a manutenção do vínculo entre os usuários e a Unidade de Saúde.

O **médico** (BRASIL, 2011) é um profissional que se ocupa da saúde humana, promovendo saúde, prevenindo, diagnosticando e tratando doenças, com competência e resolutividade, responsabilizando-se pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário. Para que possa atender à demanda dos indivíduos sob sua responsabilidade, deve realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, de forma compartilhada, consultas clínicas e pequenos procedimentos cirúrgicos, quando indicado na Unidade de Saúde, no domicílio ou em espaços comunitários, responsabilizando-se pela internação hospitalar ou domiciliar e pelo acompanhamento do usuário.

Além disso, o **médico** deve, em um trabalho conjunto com o enfermeiro, realizar e fazer parte das atividades de educação permanente dos membros da equipe e participar do gerenciamento dos insumos.

O **agente comunitário de saúde (ACS)** exerce o papel de “elo” entre a equipe e a comunidade, devendo residir na área de atuação da equipe, vivenciando o cotidiano das famílias/indivíduo/comunidade com mais intensidade em relação aos outros profissionais (FORTES; SPINETTI, 2004). É capacitado para reunir informações de saúde sobre a comunidade e deve ter condição de dedicar oito horas por dia ao seu trabalho. Realiza visitas domiciliares na área adscrita, produzindo dados capazes de dimensionar os principais problemas de saúde de sua comunidade. Estudos identificam que o **ACS**, no seu dia a dia, apresenta dificuldade de lidar com o tempo, o excesso de trabalho, a preservação do espaço familiar, o tempo de descanso, a desqualificação do seu trabalho e o cansaço físico (MARTINES; CHAVES, 2007). A esses profissionais cabe cadastrar todas as pessoas do território, mantendo esses cadastros sempre atualizados, orientando as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis. Devem acompanhá-las, por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas, buscando sempre a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS. Devem desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês ou, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade, em número maior. A eles cabe “o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe” (BRASIL, 2011).

O **ACS** também é responsável por cobrir toda a população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2011).

Ao **técnico e auxiliar de enfermagem** cabe, sob a supervisão do enfermeiro, realizar procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão tanto na Unidade de Saúde quanto em domicílio e outros espaços da comunidade, educação em saúde e educação permanente (BRASIL, 2011).

O **cirurgião-dentista** é o profissional de saúde capacitado na área de odontologia, devendo desenvolver com os demais membros da equipe atividades referentes à saúde bucal, integrando ações de saúde de forma multidisciplinar. A ele cabe, em ação conjunta com o técnico em saúde bucal (TSB), definir o perfil epidemiológico da população para o planejamento e a programação em saúde bucal, a fim de oferecer atenção individual e atenção coletiva voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais, de forma integral e resolutiva. Sempre que necessário, deve realizar os procedimentos clínicos, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares, além de realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea e ao controle de insumos (BRASIL, 2011).

É responsável ainda pela supervisão técnica do Técnico (TSB) e do Auxiliar (ASB) em Saúde Bucal e por participar com os demais profissionais da Unidade de Saúde do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS (BRASIL, 2011).

Ao **técnico em saúde bucal (TSB)** cabe, sob a supervisão do cirurgião-dentista, o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal, a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos, a remoção do biofilme e as fotografias e tomadas de uso odontológicos a limpeza e a antisepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, e as medidas de biossegurança de produtos e resíduos odontológicos.

É importante que esse profissional integre ações de saúde de forma multidisciplinar, oferecendo apoio e educação permanente aos ASB, ACS e agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal.

O **auxiliar em saúde bucal (ASB)** realiza procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão, como limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho, processa filme radiográfico, seleciona moldeiras, prepara modelos em gesso, além das demais atividades atribuídas ao TSB (BRASIL, 2011).



Destaque

Perceba que todos esses profissionais devem ter o compromisso com o acesso, o vínculo entre usuários e profissionais e a continuidade e a longitudinalidade do cuidado, trabalho árduo que só possível com muito diálogo.

Diferentes arranjos da Atenção Básica em Saúde

Em um país tão diverso quanto o nosso, diferentes realidades compõem o cenário da Atenção Básica, entre elas as equipes de consultório de rua, a população Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul-mato-grossense e a fluvial.

Discutiremos inicialmente a população em situação de rua, que à semelhança dos demais cidadãos, deve receber atenção e cuidado por parte de todos os profissionais do SUS. Entretanto, com o objetivo de maior acesso e oferta de cuidado integral, foram criadas, vinculadas à Atenção Básica, as equipes dos consultórios na rua.

Estas desenvolvem ações na rua, de forma itinerante, em instalações específicas, na unidade móvel e/ou nas UBS do território, devendo cumprir carga horária semanal de 30 horas, sendo que o atendimento pode ocorrer no período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana.

A complexidade do cuidado exige articulação dessas equipes com outras do território, como a Unidade Básica de Saúde, o núcleo de apoio à Saúde da Família, os Centros de Atenção Psicossocial à Rede de Urgência e outras instituições ligadas ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Naqueles municípios ou áreas, sem consultórios de rua, o cuidado integral das pessoas nessa situação deve ser de responsabilidade das equipes da UBS e dos NASF do território onde elas estão concentradas (BRASIL, 2011).

Abordaremos agora as Equipes de Saúde da Família responsáveis pelo atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul-mato-grossense. Os municípios responsáveis por essa população, dependendo das especificidades locais, podem optar entre dois arranjos organizacionais para Equipes Saúde da Família, além daqueles existentes para o restante do país. Um deles é a Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR), cujas atividades são desenvolvidas em Unidades de Saúde em localidades cuja comunidade pertence à área adscrita e o acesso se dá por meio fluvial. Outras são as Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF), cujas equipes desenvolvem sua atividade laboral em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) (BRASIL, 2011).

Ambas devem apresentar composição semelhante à estrutura já discutida anteriormente, sendo que as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas devem contar ainda com um microscopista, nas regiões endêmicas.

Já as Equipes de Saúde da Família Fluviais devem levar em conta um técnico de laboratório e/ou bioquímico na constituição da equipe multiprofissional, além dos profissionais de saúde bucal, à semelhança do que foi descrito anteriormente, sempre associada à realidade epidemiológica e às necessidades de saúde da população.

A participação do usuário nos conselhos gestores, em parceria com gestores locais e profissionais de saúde, é essencial para a gestão do cuidado e a resolutividade da demanda.

Para implantação de Equipes de Saúde da Família Fluviais e Equipes de Saúde da Família para Populações Ribeirinhas, os municípios deverão seguir o fluxo previsto para a implantação de Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2011).



Destaque

Você percebe como o trabalho em equipe multiprofissional tem sido um marco importante na Estratégia Saúde da Família?

Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF

As situações de saúde e adoecimento nesse nosso país continental são díspares e, assim, a par das doenças definidas pelo perfil epidemiológico da população e outras que, frente à globalização, emergem e reemergem fazendo com que a população apresente uma pluralidade de agravos à saúde, surgem os problemas de violência, de saúde mental, pobreza, uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, acidentes externos, entre outros.

Essa realidade tão complexa necessita de um olhar multifacetado, em que diferentes profissionais possam apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços, garantindo a continuidade e a integralidade da atenção.

Dentro desse escopo foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, compostos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira integrada com as Equipes de Saúde da Família, com as equipes de Atenção Básica para populações específicas e com o Programa Academia da Saúde, sendo o objetivo deste último a implantação de polos para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudável (BRASIL, 2011).



Destaque

É importante lembrar que o NASF, apesar de estar vinculado à Atenção Básica, não se constitui em porta de entrada do sistema para os usuários, e sua função é oferecer apoio ao trabalho das Equipes de Saúde da Família. Ele, à semelhança desta, leva em conta a territorialização, a educação permanente em saúde, a participação social, a promoção da saúde e a integralidade – esta última, a principal diretriz do SUS a ser praticada por esse núcleo (BRASIL, 2009).

A integralidade se materializa principalmente pelo aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde – tanto clínicos quanto sanitários –, por meio da responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as Equipes de Saúde da Família e de populações específicas, garantindo-lhes encaminhamento, com base nos processos de referência e contrarreferência, e atuando no fortalecimento do seu papel de coordenação do cuidado nas redes de Atenção à Saúde.

Inúmeras e complexas são as responsabilidades atribuídas aos profissionais do NASF, entre elas: a definição de indicadores e metas que avaliem suas ações; a definição de uma agenda de trabalho que privilegie as atividades pedagógicas e assistenciais; e ações diretas e conjuntas com a ESF no território (BRASIL, 2011).

É importante refletir que cada ação ou todas elas, analisadas no conjunto da obra, pressupõem ações a serem desenvolvidas em parceria com as Equipes de Saúde da Família e a comunidade, com vista à vigilância à saúde.

Desafios a serem superados

Como discutido anteriormente, um dos desafios que se colocam para os profissionais do NASF e da ESF é o trabalho em equipe, uma vez que a maior parte dos profissionais de saúde não tem formação básica que valorize esse tipo de atividade. Esse trabalho deve ser realizado em espaços coletivos e com contratos bem definidos de funcionamento, com garantia de sigilo, tendo em vista que, nesses encontros, todos os assuntos devem ser tratados, e as críticas devem ser feitas e recebidas de forma adequada, num aprendizado contínuo de gerenciamento de conflitos de forma positiva (BRASIL, 2011).

A organização do NASF

O NASF está organizado em duas modalidades: NASF 1 e NASF 2, e a composição de cada uma delas deverá ser definida pelos gestores municipais, a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas.

Os profissionais que compõem o NASF 1 e 2, segundo o Código Brasileiro de Ocupações – CBO, são:

Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica); Médico do Trabalho; Médico Veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte-educador); e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas. (BRASIL, 2011).

É importante observar que não há diferença entre o NASF 1 e 2 quanto aos profissionais que os compõem, diferindo apenas na carga horária semanal e no número de equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas. Esses núcleos devem funcionar em horário de trabalho coincidente com o das referidas equipes que apoiam, além de estar vinculados aos polos do Programa Academia da Saúde de seu território de abrangência.

Ferramentas utilizadas pelo NASF em sua organização

A organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF dependem de algumas ferramentas já amplamente testadas na realidade brasileira, como é o caso do Apoio Matricial, da Clínica Ampliada, do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e do Projeto de Saúde no Território (PST) (MARTINES; CHAVES, 2007).

- **Apoio Matricial:** a expressão “apoio” constitui-se como central na proposta do NASF e remete à compreensão de uma tecnologia de gestão denominada “apoio matricial” (NASF), que se complementa com o processo de trabalho em “equipes de referência” (equipe SF), que buscam mudar o padrão dominante de responsabilidade nas organizações: em vez de as pessoas se responsabilizarem por atividades e procedimentos, caracterizados como tecnologia dura e leve-dura, o que se pretende é construir a responsabilidade de pessoas para pessoas, caracterizada pelas tecnologias leves. Dessa forma, o apoio matricial agrega tanto a dimensão leve-dura, caracterizada pela assistência, responsável por produzir ação clínica direta com os usuários, quanto da tecnologia leve, caracterizada pela ação técnico-pedagógica, que produz apoio educativo com e para a equipe.
- **Clínica Ampliada:** a proposta de Clínica Ampliada se direciona a todos os profissionais que fazem clínica, ou seja, os profissionais de saúde na sua prática de atenção aos usuários. Toda profissão faz um recorte, um destaque de sintomas e informações, cada uma de acordo com seu núcleo profissional. Ampliar a clínica significa ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários. A discussão em equipe de casos clínicos, principalmente os mais complexos, é um recurso clínico e gerencial importantíssimo. A existência desse espaço de construção da clínica é privilegiada para o apoio matricial e, portanto, para o trabalho dos profissionais do NASF.
- **Projeto Terapêutico Singular (PTS):** constitui-se em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. É uma variação da discussão de “caso clínico”. Representa um momento em que toda a equipe compartilha opiniões e saberes na

tentativa de ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para a definição de propostas de ações.

- **Projeto de Saúde no Território (PST):** pretende ser uma estratégia das equipes de SF e do NASF para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território, articulando os serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia das comunidades. Deve iniciar-se pela identificação de uma área e/ou população vulnerável ou em risco. Tal identificação pode acontecer a partir de um “caso clínico” que chame a atenção da equipe, como uma idosa com “marcas de queda” e que pode ser vítima de violência. Deve ainda ter foco na promoção da saúde, na participação social e na intersetorialidade, com a criação de espaços coletivos de discussão, nos quais sejam analisadas a priorização das necessidades de saúde, os seus determinantes sociais, as estratégias e os objetivos propostos para a sua abordagem. É no espaço coletivo que a comunidade, suas lideranças e membros de outras políticas e/ou serviços públicos, presentes no território, poderão se apropriar, reformular, estabelecer responsabilidades, pactuar e avaliar o projeto de saúde para a comunidade. O PST auxilia ainda o fortalecimento da integralidade do cuidado à medida que trabalha com ações vinculadas à clínica, à vigilância e à promoção da saúde.

Até esse momento de nossa apresentação, discutimos a saúde como fulcro da atenção integral, entretanto vários são os parâmetros a serem explorados para que as pessoas possam alcançar o pleno bem-estar biopsicossocial. Com esse olhar, os Ministérios da Saúde e da Educação conceberam o Programa Saúde na Escola, que apresentaremos brevemente a seguir.

Programa Saúde na Escola (PSE)

É um programa que tem por objetivo a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e Unidades Básicas de Saúde, realizada pelas equipes de saúde da Atenção Básica e educação de forma integrada. Tem entre suas funções a avaliação clínica e psicossocial, a promoção e a prevenção, visando à promoção da saúde ambiental e do desenvolvimento sustentável, da cultura de paz e prevenção das violências, da alimentação saudável e de práticas corporais e atividades físicas nas escolas, além da educação para a saúde sexual e reprodutiva, a prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas. Dessa forma, está lançado mais um desafio que nos estimula a um trabalho intersetorial, nem sempre fácil de ser realizado.

Finalizando a nossa conversa

Caro colega, como você pode observar no decorrer de nossa conversa, o assunto é extenso e não para de se criar e recriar, pois não apenas de leis, portarias e editais é construída a Atenção em Saúde, mas de muito trabalho e empenho.

Gostaria de alertá-lo que muitas vezes nos perdemos em números de atendimento, em visitas domiciliares, grupos educativos ou matriciamento, sempre ligados na produtividade a ser alcançada, moeda de troca com que somos, inadequadamente, avaliados. Entretanto, nos esquecemos de que de nada adianta a prática sem reflexão. Espero que, no decorrer deste módulo, você acesse alguns trabalhos que possam lhe acrescentar um olhar ampliado de todas essas situações discutidas neste texto (ARAÚJO; ROCHA, 2007; MENDONÇA, 2009; CAMPOS; AMARAL, 2007).

Agradeço a possibilidade de ter dividido leituras e reflexões e creio que, para mim, foi muito importante conseguir elaborar um diálogo com você. Sucesso no seu trabalho na Atenção Básica.

Referências

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

BRASIL. Ministério da **Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997.

_____. Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Organização Panamericana. **Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas** – Promed, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Nacional de Reorientação de formação profissional em saúde** – Prosaúde – Edital n. 1, nov. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnA-SUS)**, 8 de junho de 2008.

- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 44 p.
- _____. 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 República Federativa do Brasil]**, Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1.
- CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção com referenciais teóricos operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.
- CECCIM, R. B. Réplica. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 175-177, fev. 2005.
- COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.
- FORTES, P. A. C.; SPINETTI, S. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1328-1333, 2004.
- FRANCISCHINI, A. C.; MOURA, S. D. R. P.; CHINELATTO, M. A importância do trabalho em equipe no PSF. **Investigação**, v. 8, n. 1-3, p. 25-32, jan./dez. 2008.
- GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 2, p. 20-31, mai./ago. 2004.
- GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. **Territorialização em Saúde**. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, p. 32. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/25.pdf>>. Acesso em: jan. 2013.
- MARTINES, W. R.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 3, p. 426-433, 2007.
- MENDONÇA, C. S. Saúde da família, agora mais do que nunca. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, Supl. 1, p. 1493-1497, 2009.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, mai./jun. 2005.
- PEDUZZI, M. Trabalho e equipe. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, p. 271-276. 1998.
- SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 1, p. 33-53, 2001.
- SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004.