

Série Cadernos da Saúde Coletiva

**O NASF EM CENA: TECNOLOGIAS E
FERRAMENTAS DE TRABALHO NO
COTIDIANO DAS EQUIPES**

Edição Temática NASF

Mara Lisiane de Moraes dos Santos

Vera Lúcia Kodjaoglanian

Fernando Pierette Ferrari

Organizadores

editora



redeunida

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Ángel Martínez-Hernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Steffani – Universidade de Bolonha, Itália

Ardigó Martino – Universidade de Bolonha, Itália

Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart – Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Julio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico – Universidade de Lanus, Argentina

Lisiane Böer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil

Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rossana Staevie Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Sueli Goi Barrios – Ministério da Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil

Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

Projeto gráfica Capa e Miolo

Editores Rede UNIDA

Diagramação

Luciane de Almeida Collar

Revisão de Português

Mônica Ballejo Canto

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S237n

Santos, Mara Lisiane de Moraes

O NASF em cena: tecnologias e ferramentas de trabalho no cotidiano das equipes/

Mara Lisiane de Moraes Santos, Vera Lúcia

Kodjaoglanian, Fernando Pierette Ferrari, organizadores. – Porto Alegre: Rede Unida,

2016. – 178 p. – (Cadernos de Saúde Coletiva ; 7)

Edição Temática NASF

ISBN 978-85-66659-53-5

DOI 10.18310/9788566659535

1. Saúde da Família. 2. Redes de Atenção em Saúde. 3. Educação Popular em Saúde. 4. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). 5. Tecnologias do cuidado em Saúde. I. Kodjaoglanian, Vera Lúcia. II. Ferrari, Fernando Pierette. III. Título. IV. Série.

CDU: 614

NLM: WA308

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Aliriane Ferreira Almeida CRB 10/2369

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS Fone: (51) 3391-1252
www.redeunida.org.br

Série Cadernos da Saúde Coletiva

Mara Lisiane de Moraes dos Santos

Vera Lúcia Kodjaoglanian

Fernando Pierette Ferrari

Organizadores

**O NASF EM CENA: TECNOLOGIAS E
FERRAMENTAS DE TRABALHO NO
COTIDIANO DAS EQUIPES**

Edição Temática NASF

1ª Edição
Porto Alegre/RS, 2016
Rede UNIDA

APRESENTAÇÃO

Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir. (Michel Foucault)

O movimento de construção das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para todos os cursos de saúde, deflagrado no final dos anos 1990, mobilizou estudantes, professores, trabalhadores e gestores em saúde, associações de ensino e conselhos de classe, articulados pela Rede Unida em comunicação com o Ministério da Educação e Ministério da Saúde, culminando com a publicação das mesmas nos primeiros anos do século XXI.

As DCNs apresentaram, de forma contextualizada, o conceito de campo e núcleo, tão caro à saúde coletiva e ao processo de consolidação da atenção primária como ordenadora da rede de saúde e como estratégia prioritária do SUS. A apresentação de **competências específicas** para cada profissão e **competências gerais** comuns a todas foi potente o suficiente para produzir iniciativas de mudanças na formação em saúde e na educação permanente em saúde. Uma das competências gerais, que as DCNs apresenta, é a garantia que todas as profissões devam estar preparadas para o modelo de saúde proposto pelo SUS e que sejam capazes de responder às necessidades dos diferentes serviços de saúde que compõem a rede de atenção, sempre com prioridade para a atenção primária à saúde.

Assim, profissões que até então tinham o seu fazer direcionado especialmente para as especialidades intensificaram a busca por alternativas do processo de trabalho, pelo desenvolvimento de novas tecnologias de cuidado, mais articuladas a diretrizes, como a promoção de saúde e a prevenção de doenças, o trabalho em equipe, a gestão da clínica e do cuidado, entre outros, que antes se encontravam apenas em iniciativas pontuais e hoje são tidas como vanguarda deste processo.

Porém, a concretização do espaço formal para esses profissionais na atenção primária à saúde, exceto médicos, enfermeiros e odontólogos, só é oportunizada de maneira uniforme no território nacional a partir da publicação da Portaria GM 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de apoiar as equipes de saúde da família e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolutividade, territorialização e regionalização. Apesar dos bons resultados alcançados com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), verifica-se que para alcançar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações, é necessária a ação conjunta de outros profissionais de saúde apoiando e integrando as equipes da ESF. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009) Finalmente, em 2012, a revisão da Política Nacional de Atenção Básica é publicada pela Portaria 3.124 incorporando o NASF definitivamente à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

A inserção de um maior número de categorias profissionais nas equipes mínimas da ESF, mesmo que respeitadas as características de cada território, mostra-se como uma possibilidade ímpar de ampliação das práticas profissionais, bem como oportuniza o compartilhamento de conhecimentos e novas práticas.

Neste sentido, a equipe NASF propõe romper com a lógica hegemônica dos conhecimentos fragmentados, presentes no modelo biomédico com vistas a um exercício continuado de colaboração, reformulação e qualificação de ações e estratégias

de intervenção capazes de responder com maior resolubilidade aos desafios cotidianos das equipes de atenção primária em saúde.

Tal proposta não acontece de forma espontânea e natural. Para o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar nos moldes em que o NASF está posto, é necessária uma revisão crítica acerca dos processos formativos e de qualificação profissional que vêm sendo desenvolvidos durante a graduação e dos profissionais da saúde, com vistas a mudanças de práticas. Assim, as iniciativas pioneiras servem de inspiração e as profissões intensificam a articulação desse processo de mudança.

Para colaborar nesse redirecionamento, este livro se propõe a deflagrar processos potencializadores e dialógicos, por meio de exemplos do cotidiano das equipes, que visam refletir o uso das ferramentas do trabalho no dia a dia das equipes NASF. Pretende-se que este material instrumentalize e qualifique a prática das equipes a alçarem novos voos entre si, com as equipes matriciadas, com a gestão e os usuários e que possam ressignificar e reconstruir o fazer em saúde na atenção primária.

O livro apresenta a distribuição de assuntos de forma a seguir uma lógica problematizadora por complexidades crescentes, assim dispostos em cinco capítulos:

O Cuidado como Prática Reflexiva

Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Criar e Recriar as Possibilidades do seu Fazer no Cotidiano da Saúde

A Educação Popular em Saúde e o Fazer/Aprender-Interagir/ Agir do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a construção das Redes de Atenção à Saúde

Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde

Não temos a pretensão de um aprofundamento teórico ou metodológico acerca do NASF e de suas ferramentas ou de um material de natureza acadêmica. Nossa principal expectativa é que este livro tenha valor de uso no cotidiano das equipes, como dispositivo de reflexão e de busca de novos modos de operar as ações em saúde. Pretende também fortalecer os espaços de gestão e de clínica compartilhada, aproximando o fazer das equipes NASF ao proposto na PNAB a fim de produzir respostas mais eficazes às demandas dos profissionais do NASF para uma ação efetiva no escopo de suas práticas na Estratégia de Saúde da Família.

Mara Lisiane de Moraes dos Santos
Vera Lúcia Kodjaoglanian
Fernando Pierete Ferrari
Os Organizadores.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - O CUIDADO COMO PRÁTICA REFLEXIVA <i>Michele Peixoto Quevedo e Fernanda Rocco Oliveira.....</i>	13
CAPÍTULO 2 - EQUIPE DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: CRIAR E RECRIAR AS POSSIBILIDADES DO SEU FAZER NO COTIDIANO DA SAÚDE <i>Rosani Pagani e Débora Dupas G. do Nascimento.....</i>	51
CAPÍTULO 3 - A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E O FAZER/APRENDER - INTERAGIR/AGIR DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA <i>Rosani Pagani.....</i>	85
CAPÍTULO 4 - NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) E A CONSTRUÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE <i>Fernanda Rocco Oliveira e Michele Peixoto Quevedo.....</i>	113
CAPÍTULO 5- PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE <i>Débora Dupas G. do Nascimento.....</i>	145
SOBRE OS ORGANIZADORES.....	175
SOBRE OS AUTORES.....	177

CAPÍTULO 1

O CUIDADO COMO PRÁTICA REFLEXIVA

CAPÍTULO 1

O CUIDADO COMO PRÁTICA REFLEXIVA

*Michele Peixoto Quevedo
Fernanda Rocco Oliveira*

Cenas do cotidiano das equipes NASF - a vida como ela é ou como deveria ser?

CENA 1 - Apresentação de caso na reunião de equipe da UBS Santa Filomena

Manhã de segunda-feira iniciava-se mais uma reunião de equipe na UBS Santa Filomena. Participavam dessa reunião, os integrantes da equipe 2: Dr. Maurício – médico de família, recém-contratado pela unidade; Fabíola – enfermeira com oito anos de experiência na ESF; as agentes comunitárias: Maria Gersilane, Maria Aparecida, Rosalvina, Clara, Irismar e, a mais antiga das agentes deste posto, Lucineide. Há três anos, a unidade recebeu uma equipe NASF e nessa segunda-feira, também participavam da reunião três dos cinco profissionais que compunham a equipe: a psicóloga Madeleine, a fisioterapeuta da manhã Clarice e a assistente social Maria Lúcia. Sala pequena e todos se acomodam da melhor forma possível. A agente comunitária, Maria Aparecida, mostra-se agitada nessa manhã, e pede para falar de um caso novo. Trata-se de uma família que se mudou há pouco mais de dois meses para a microárea de sua responsabilidade. Ela inicia o relato:

- Pessoal, ontem de manhã fui visitar a família 02/97. É a família que mudou pra aquela casinha que morou o Sr. Raimundo e a esposa. Vocês lembram? Pertinho da pracinha da escola. É daquelas viu?

A assistente social pergunta:

- Daquelas como, Maria? – E ela responde:

- Daquelas famílias que vocês dizem que é de complexidade. Deixa eu falar que vocês vão entender. Fiquei com dó! Ainda bem que tem gente do NASF por aqui, aí eu aproveito e compartilho o caso pra vê o que a gente pode fazer, porque é muita coisa junta e coisa pesada! Tristeza meu Pai do céu!

Os profissionais do NASF se olham nesse momento. Depois de três anos trabalhando junto às equipes da ESF, era muito bom escutar: “compartilhar” ao invés de “passar” o caso. Após muitas lutas, o NASF estava conseguindo mudar a ótica da produção do cuidado em algumas unidades que apoiava. E a UBS Santa Filomena era uma delas.

Maria Aparecida apresenta o caso.

- Trata-se de uma família constituída por D. Augusta, 55 anos, alcoolista, tem diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II, tentou o suicídio há dois dias, em decorrência da perda do filho caçula de 19 anos (a quem ela tinha clara predileção), assassinado por traficantes, a quem devia dinheiro. Antônio, esposo de D. Augusta, tem 58 anos, também é alcoolista, tabagista, está hipertenso (resistente à adesão ao tratamento) e encontra-se desempregado há dois anos. A filha mais velha, Liane, de 33 anos, voltou a morar na casa dos pais desde a morte do marido (em consequência do uso de crack). Esta filha, juntamente com os dois filhos, de cinco e oito anos, descobriu-se portadora do vírus HIV e mostra-se extremamente revoltada com a descoberta. Teme que descubram em seu emprego que ela é portadora e que por isso possa perder o emprego, uma vez que é a única que trabalha na casa. O filho do meio de D. Augusta, de 27 anos, chamado Francisco, é portador de paralisia cerebral com grande espasticidade, encontrando-se desnutrido e com forte resfriado. Desde a tentativa de suicídio da mãe, o mesmo encontra-se sem cuidados adequados.

CENA 2 – Discussão do caso da Família Ferreira durante reunião de equipe

Após a exposição do caso, silêncio total no local de reunião. Maria Aparecida inicia falando:

- Não falei que era de complexidade, que nem vocês dizem? Esse a gente vai fazer Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Madeleine, a psicóloga da equipe NASF, pede a palavra e pergunta:

- E, então, pessoal? O que podemos fazer para ajudar essa família?

Dr. Maurício toma a palavra e diz:

- Acho que o melhor é a psicóloga marcar horário de terapia pra mãe; depois a Clarice faz visita domiciliar pra atender o rapaz com paralisia cerebral. Aliás, eu acho que é melhor eu ir antes pra ver esse resfriado dele porque isso é meu papel, né?

Após a proposta do Dr. Maurício, a assistente social, retoma a discussão e diz:

- Creio que seja interessante, já que o Dr. Maurício está há pouco tempo conosco, que possamos discutir novamente o processo de trabalho do NASF junto às equipes da ESF. Não somos um grupo de especialistas que atende de forma individualizada. Trabalhamos utilizando tecnologias e ferramentas como a Clínica Ampliada, o PTS, o Apoio Matricial e sempre compartilhando os casos com todos os profissionais de saúde, utilizando a lógica da corresponsabilização. A proposta do NASF é evitar a fragmentação do cuidado, ou seja, não dividir pessoa em pedaços, por conta dos problemas apresentados, e entregar cada problema a um determinando profissional. Nossa proposta é trabalhar conjuntamente com vocês.

Neste momento, Lucineide, a agente mais antiga do posto, cochicha com a colega do lado:

- Eu acho que esse pessoal enrola. Tanta coisa pra fazer, gente pra atender e eles ficam aqui só conversando. Tem é que atender! Se não é pra atender, não sei o que eles tão fazendo aqui.

Fabiola, a enfermeira da equipe e grande apoiadora da equipe NASF, fala:

- Bem, vamos ver se eu estou boa de discussão de caso. Eu creio que temos que investigar onde a filha fez o exame para detectar a soro positividade e também é importante saber das crianças, né?

Maria Aparecida relata que a mãe se queixou da “bebedeira” do marido e a psicóloga Madeleine lembra à equipe sobre a reunião da Rede de Saúde Mental que será realizada dentro de quatro dias e onde o caso do Sr. Antônio será discutido. A assistente social, Maria Lúcia trouxe a possibilidade de convidar o Sr. Antonio para participar do grupo de homens, grupo considerado de promoção à saúde masculina.

Madeleine também ressalta a importância do cuidado à família como um todo e não apenas o cuidado aos componentes da família de forma individualizada.

Neste sentido, a enfermeira Fabíola propõe uma visita domiciliar a fim de se aproximar do contexto singular do qual a família faz parte, estabelecer um vínculo de confiança e principalmente escutá-la em suas necessidades.

Lucineide se manifesta e diz:

- Esse povo todo precisa de remédio e agora eu quero ver como vocês do NASF vão fazer, porque me disseram que essa D. Augusta não acredita em remédios. Ela é filha de índios e acredita que as “garrafadas” é que curam as pessoas.

Neste momento a fisioterapeuta Clarice, responde:

- Lu, nós fazemos parte da equipe e não é só o que o NASF vai fazer, mas o que todos nós, que nos dispusemos a cuidar dessa família, vamos poder fazer. Nós não temos respostas prontas. Mas vamos utilizar a conversa, a escuta, pra compreender o que se passa com essa família e então poderemos avaliar conjuntamente o que vamos fazer. Mas respeitar a cultura das pessoas e suas formas de cuidado é um bom começo.

A assistente social Maria Lúcia, dirige-se à agente comunitária Maria Aparecida e pergunta:

- Cida, você sabe informar se os netos da Augusta estão na escola? Pensar em saúde é algo que vai além do corpo, né?

Maria Aparecida diz que sim, mas que Liane, a mãe dos garotos, tem receio que a escola descubra que ela é soropositiva.

Maria Lúcia e Madeleine discutem no grupo a necessidade de um acolhimento para Liane, a fim de compreender melhor esses medos e angústias. Nesse momento, a enfermeira Fabíola solicita que a agente comunitária leve a Liane o agendamento de uma consulta, uma vez que Maria Aparecida trouxe a informação que Liane não gosta de médicos. Assim como a mãe, acredita em ervas e benzeduras para cuidar da saúde.

Ao final da reunião, as seguintes pactuações para o caso foram realizadas: Organização de visita domiciliar com a presença do médico, da enfermeira e da psicóloga Madeleine; Discussão do caso de Antonio com o CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas) em reunião de Rede de Saúde Mental; Agendamento de consulta de enfermagem para Liane e rediscussão do caso dentro de quinze dias para a elaboração de projetos terapêuticos singulares para a família.

CENA 3- A equipe NASF e o projeto de intervenção às usuárias poliqueixosas

É final de tarde e Dr. Érico entra na sala da gerente da UBS Raio de Sol, para conversar a respeito das demandas que está atendendo nos últimos meses. Ele está percebendo que tem chegado à unidade uma quantidade muito grande de mulheres denominadas na clínica médica de poliqueixosas e, na gíria popular, como “piripaquentas”. Dr. Érico vem percebendo os resultados terapêuticos precários em relação ao tratamento que vem dispensando a essas mulheres e não sabe como fazer. Apesar da presença da equipe NASF na UBS, Dr. Érico, assim como os demais médicos da UBS, apresenta muita resistência em aceitar o processo e o trabalho do NASF.

Nesta UBS, a equipe NASF é formada por: Madeleine (psicóloga); Maria Lúcia (assistente social); Paloma (nutricionista); Ludmila (fonoaudióloga); Clarice (fisioterapeuta, manhã) e Rogério (fisioterapeuta, tarde). Ao contrário da UBS Santa Filomena, nesta realidade a equipe tem bastante dificuldade em desenvolver seu trabalho.

A gerente Maria Cecília, enfermeira da UBSF matriciada, acredita e investe nas potencialidades do trabalho realizado pelo NASF e percebe, nessa demanda, uma oportunidade de realizar um trabalho conjunto envolvendo ESF e NASF, por isso propõe uma reunião com a equipe NASF e os médicos do serviço. O objetivo é

mapear em outras equipes como anda o panorama de atendimentos às políqueixosas.

Na data proposta, a reunião acontece, os profissionais começam a falar e, em pouco tempo de reunião, percebe-se que o número de usuárias políqueixosas é bastante significativo nesse território. Inicia-se, então, uma discussão de como fazer para atender o grande número de usuárias. Maria Cecília pede a palavra e fala de uma experiência vivenciada por ela na época em que foi enfermeira de uma Unidade com ESF. Há cinco anos, ela viveu experiência semelhante, e a forma como a equipe se organizou foi a seguinte: Todos os dias da semana as agendas de médicos e enfermeiros da unidade em que ela trabalhava eram organizadas para disponibilizar duas consultas diárias para as usuárias políqueixosas. O atendimento era realizado em conjunto (médico e enfermeiro), e tinha como principal finalidade a escuta.

Maria Cecília também apontou o quanto esta experiência pôde proporcionar à equipe de saúde envolvida no acolhimento desta população, o significado do termo vínculo na prática. Para ela, foi importante que os profissionais pudessem entrar em contato com as dores, as angústias e a forma de vida dessas mulheres e, sem dúvida, o acolhimento com escuta qualificada foi a ferramenta potencializadora para isso.

Segundo o relato de Maria Cecília, no início, a população políqueixosa estranhou um pouco o fato de estarem sendo ouvidas, mas após essa fase de estranhamento, tanto os profissionais de saúde envolvidos na experiência quanto às usuárias, encontraram uma nova forma de trabalhar e receber cuidados. Apesar das dificuldades iniciais, com o passar dos meses, tanto equipe como usuárias políqueixosas passaram a aderir à nova ideia e cada vez mais os resultados foram aparecendo: O número de consultas eventuais para esses casos diminuiu; os profissionais se aproximaram das questões psicossociais do processo de adoecimento dessa população; o número de encaminhamentos para outras especialidades foi qualificado e as equipes de saúde tornaram-se mais próximas em decorrência do trabalho e dos atendimentos conjuntos. Outro aspecto bastante encontrado foi o aumento da participação dessa população em grupos de promoção de saúde ofertados pela Unidade de Saúde.

Dois anos se passaram e a experiência trouxe excelentes resultados, por isso os profissionais envolvidos foram chamados a apresentá-los em um encontro da prefeitura e do governo do

estado que tinha como principal objetivo mostrar experiências exitosas na área de saúde coletiva, envolvendo ações criativas e resolutivas a determinados grupos populacionais. A ideia dos órgãos governamentais era acompanhar estas ações de forma mais sistemática e avaliá-las a fim de reproduzir essas experiências/intervenções em termos de possíveis programas de saúde em outros serviços de saúde.

Após o relato, a gerente aproveita e diz:

- Se naquela época nós não tínhamos equipes NASF, imagina agora vocês podendo contar com o apoio desses profissionais.

Após a discussão teórica a respeito do quadro clínico das políqueixosas, a equipe de médicos e equipe NASF organiza as agendas para que se iniciem os atendimentos a esta população.

A Integralidade do Cuidado: Um pouco do passado para se compreender o presente – Brevíssimo histórico

Foi a partir da década de 1970 que o campo da saúde no Brasil obteve um significativo avanço, pois ocorreu nesse período o movimento da Reforma Sanitária, responsável por introduzir uma nova consciência social no tocante ao saber e ao fazer na área da saúde.

Por meio da participação das áreas cíveis, políticas e jurídicas, o movimento da Reforma Sanitária buscou problematizar a necessidade de reestruturação da atenção à saúde, enfatizando a descentralização das ações, principalmente para as populações com maiores níveis de vulnerabilidade social, para que as mesmas pudessem ser assistidas em seu território, nos diversos níveis de complexidade. (SILVA JÚNIOR, 1988)

Foi por meio da Constituição de 1988, considerada um marco para a consolidação de uma nova consciência social de promoção da saúde, que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado, tornando-se uma das maiores conquistas do Movimento Sanitário Brasileiro.

Esta constituição traz a cidadania como bandeira de luta, ao reconhecer a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, mediante políticas sociais e econômicas, que, sem detrimento das atividades assistenciais, priorizam atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, conforme exposto no art. 196:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL. CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, p. 41)

E é exatamente nesse texto constitucional que temos um dos primeiros contatos com a concepção de integralidade, segunda diretriz do SUS, expressa no art. 198 como **atendimento integral**:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes. I- Descentralização, com direção única em cada esfera do governo; II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III- Participação da comunidade. (BRASIL. CONSTITUIÇÃO FEDERAL 1988, p. 41)

Para a construção do SUS tornou-se fundamental a reorientação do modelo assistencial vigente e hegemônico no país, onde havia clara dicotomia entre assistência e prevenção. Então, na década de 1990, teve início a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), que, tendo em suas bases os pressupostos do SUS, traz como proposta central a reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997)

A integralidade no presente – sentidos utilizados para se estruturar o cuidado

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.192), a integralidade é entendida como:

[...] um princípio fundamental do SUS. Garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis e complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades.

Com isso, chegamos ao sentido utilizado correntemente quando se fala do termo integralidade – O de ser uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988.

Mas a integralidade não pode ser definida apenas como uma diretriz básica do SUS e, neste aspecto, a revisão de literatura traz reflexões sobre a integralidade pautadas em três grandes conjuntos de sentidos: o primeiro se referindo a atributos das práticas dos profissionais de saúde; o segundo referindo-se a atributos da organização dos serviços e finalmente o terceiro relacionando-se às respostas governamentais aos problemas de saúde. (CAMPOS, 2003a)

No tocante aos **atributos das práticas dos profissionais de saúde**, verifica-se que a integralidade propõe (CECIM; FEUERWERKER, 2004; MATTOS, 2001; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; MATTOS, 2004; ARAÚJO et al. 2007):

a) O foco da atenção passa a ser o indivíduo, a família e a comunidade e não simplesmente as doenças.

Como se sabe, o ser humano adoece em sua totalidade, uma vez que os determinantes que levam o homem a adoecer e morrer encontram-se relacionados a dimensões que vão além do eixo biológico, envolvendo também dimensões psicológicas, sociais, espirituais, culturais, econômicas, etc.

Neste sentido, a visão sistêmica compreende o indivíduo inserido num contexto, seja ele estabelecido pela configuração de uma família e as dinâmicas, laços e relações que elas estabelecem, seja numa comunidade e num território, que contem uma carga social histórica de criação, de organização, de valores e condutas coletivas.

A implantação da proposta NASF traduz por meio de seu processo de trabalho numa perspectiva interdisciplinar e de sua organização em equipes multiprofissionais, a importância da complementaridade do saber para um olhar ampliado às questões do indivíduo.

Ao lembrar as cenas do cotidiano dos serviços, pode-se verificar este sentido da integralidade, quando a assistente social pontua:

- Cida, você sabe informar se os netos da Augusta estão na escola? Pensar em saúde é algo que vai além do corpo, né?

Veja, no caso da família Ferreira, a importância de se lançar um olhar para além das questões orgânicas, para além dos processos de adoecimento, sejam eles individuais ou grupais, considerando o contexto também como um determinante do processo saúde-doença.

b) Necessidade de olhar o indivíduo de forma integral, não o enfocando como um conjunto de partes (pulmão, coração, fígado, rim) que adoecem.

O cuidado em saúde deve contrapor-se à abordagem fragmentada e reducionista dos indivíduos, para isso os

profissionais de saúde têm a necessidade de apreender este usuário em sua dimensão biopsicossocial.

No trabalho do NASF, existe a necessidade de se atentar para o risco da fragmentação da atenção. Ao se incorporar outras abordagens disciplinares com o intuito de adicionar maior qualidade aos atendimentos, corre-se o risco de cada categoria profissional assumir aquilo que corresponde ao seu núcleo específico de saber, deixando de atender de forma integral o usuário. Esta postura também pode gerar a não responsabilização, tanto em termos individuais como coletivos, além da focalização de aspectos individuais dos usuários.

Aponta-se uma questão importante para a qual as equipes de saúde devem estar atentas em relação ao cuidado.

A fala a seguir diz respeito à visão do médico da equipe sobre o cuidado à família:

- Acho que o melhor é a psicóloga marcar horário de terapia pra mãe; depois a Clarice faz visita domiciliar pra atender o rapaz com paralisia cerebral. Aliás, eu acho que é melhor eu ir antes pra ver esse resfriado dele porque isso é meu papel, né?

c) Importância da valorização dos aspectos cotidianos da vida dos sujeitos, minimizando as práticas centradas apenas nas doenças.

O cuidado integral se faz presente desde o olhar para aquilo que faz o sujeito adoecer, até os componentes de saúde (saudáveis) que permanecem mesmo na condição de estar doente. Em todo processo de adoecimento dos sujeitos, faz-se necessário avaliar tanto os aspectos de risco como os aspectos de proteção. Os aspectos de proteção estão relacionados aos mecanismos de enfrentamento que o sujeito se utiliza para adaptar-se a uma situação de limitação, quer sejam agudas ou crônicas.

Na atitude do profissional do NASF com seus usuários, a abordagem não deve se restringir à assistência curativa, mas, sim, por meio das avaliações iniciais, conhecer os fatores de proteção

existentes e, então, buscar incorporar ações de promoção, prevenção e também curativas e reabilitadoras.

Voltando à CENA 2, pode-se perceber a necessidade de se investir em ações de prevenção e promoção, por meio dessa percepção da profissional de saúde: A assistente social, Maria Lúcia trouxe a possibilidade de convidar o Sr. Antônio para participar do grupo de homens, grupo considerado de promoção à saúde masculina.

d) Valorização dos contextos familiares, sociais e culturais em que cada indivíduo encontra-se inserido.

Torna-se relevante que o profissional possa constituir uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos que serão acompanhados por ele e os contextos onde os sujeitos estão inseridos e onde os mesmos constroem suas histórias de vida (família e comunidade).

É importante que o profissional do NASF explore os territórios onde os sujeitos vivem, considerando a variedade de significados e valores existentes em cada contexto. Observar as possíveis relações que se estabelecem entre os diferentes grupos de uma comunidade, observando também as parcerias que se formam, bem como, os sentidos que são dados às diferentes situações.

Para ilustrar este aspecto da integralidade, segue fala que traz informação sobre a cultura de cuidados de D. Augusta:

- Esse povo todo precisa de remédio e agora eu quero ver como vocês do NASF vão fazer, porque me disseram que essa D. Augusta não acredita em remédios. Ela é filha de índios e acredita que as “garrafadas” é que curam as pessoas.

e) Valorização e reconhecimento do diálogo como potencial instrumento para dar voz aos diversos atores envolvidos, possibilitando-os serem ouvidos em suas necessidades.

Para os profissionais de saúde, torna-se imprescindível a estruturação de uma prática de cuidado que possa ir além das dimensões técnico-científicas, com a necessidade de estabelecimento de uma relação dialógica entre os atores envolvidos nesse processo de cuidar e ser cuidado, contornada pelo acolhimento, a humanização, o respeito e o vínculo.

Nesse sentido, as tecnologias relacionais fazem parte das ferramentas do NASF para implementar cuidados junto às equipes de saúde da família. Tecnologias essas (da escuta e do diálogo) que podem ser visualizadas na CENA 2:

- (...) Nós não temos respostas prontas. Mas vamos utilizar a conversa, a escuta, pra compreender o que se passa com essa família e então poderemos avaliar conjuntamente o que vamos fazer. Mas respeitar a cultura das pessoas e suas formas de cuidado é um bom começo.

f) Necessidade de reconhecer o usuário a quem o cuidado é dirigido como um sujeito e não como um objeto.

Muitos profissionais têm tornado mecanicista a assistência, afastando-se dos usuários e das famílias, descaracterizando o cuidado enquanto ação humanista.

Desta forma, a melhor expressão que traduz a necessidade anteriormente descrita vem de Camargo Jr. (2005, p.42), demonstrando que o atendimento integral potencializado pelas equipes NASF deve compreender a “prática de sujeitos que cuidam de outros sujeitos (...).”

Olhando para a CENA 2, pode-se visualizar o foco do cuidado enquanto ação humanista:

(...) a enfermeira Fabíola propõe uma visita domiciliar a fim de se aproximar do contexto singular do qual a família faz parte, estabelecer um vínculo de confiança e principalmente escutá-la em suas necessidades.

No tocante aos sentidos pertinentes à **organização dos serviços, bem como às respostas governamentais**, verifica-se que a integralidade propõe. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; ARAÚJO et al. 2007)

g) Proporcionar maior satisfação das necessidades de saúde da população, por meio da organização do processo de trabalho em saúde.

A maneira como as práticas de saúde são articuladas no cotidiano de trabalho impacta diretamente a integralidade da atenção ofertada aos usuários. O NASF deve trabalhar no sentido de discutir junto aos serviços a forma como os mesmos devem ser organizados, para poderem apreender de forma ampliada as necessidades da população a ser cuidada, sejam essas necessidades explícitas ou não.

O NASF deve organizar o seu processo de trabalho para garantir o acesso da população a cuidados de saúde de acordo com a rede de serviços disponíveis no território, considerando ações de caráter assistencial e curativo, bem como atividades de promoção e prevenção, de modo individual e coletivo, por meio de ações locais, intersetoriais e clínicas.

Este aspecto pode ser claramente observado no fragmento encontrado na CENA 3:

(...) Maria Cecília pede a palavra e fala de uma experiência vivenciada por ela na época em que foi enfermeira de uma Unidade com ESF. Há cinco anos, ela viveu experiência semelhante, e a forma como a equipe se organizou foi a seguinte: Todos os dias da semana as agendas de médicos e enfermeiros da unidade em que ela trabalhava eram organizadas para disponibilizar duas consultas diárias para as usuárias políquelixosas. O atendimento era realizado em conjunto (médico e enfermeiro), e tinha como principal finalidade a escuta (...).

h) Proporcionar acesso às técnicas de diagnóstico e tratamento quando necessários, a fim de promover maior resolutividade da atenção.

Neste aspecto, a amplitude da prática da integralidade caracteriza-se pela necessidade de articulação de cada serviço com outros serviços, a fim de oferecer uma rede de cuidados em diferentes níveis de complexidade, na qual a integração entre ações de diferentes níveis satisfaz o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo ou por um grupo populacional.

Para isso, o NASF deve conhecer seu território e a oferta de serviços existentes. Reconhecer os limites da prática em um serviço de Atenção Primária à Saúde e entender os demais como complementares.

A articulação desta rede pode ser encontrada nesta parte da CENA 2:

Maria Aparecida relata que a mãe se queixou da “bebedeira” do marido e a psicóloga Madeleine lembra à equipe sobre a reunião da Rede de Saúde Mental que será realizada dentro de quatro dias e onde o caso do Sr. Antônio será discutido.

i) Dar respostas a problemas de saúde, por meio da construção de políticas especificamente programadas.

Essas respostas governamentais aos problemas de saúde da população devem incorporar ao tratamento e à reabilitação outras possibilidades de promoção e prevenção em todas as esferas da atenção, ou seja, nos âmbitos municipais, estaduais ou federais.

Assim, o NASF é um elemento essencial na construção de articulações potentes entre os diferentes setores da sociedade. Sua organização em forma de acompanhamento de um número definido de equipes de saúde da família (conforme Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, que redefine parâmetros de vinculação do NASF com a ESF) permite que sua relação de trabalho seja de outra ordem. Sua dinâmica de atuação também permite ao profissional incluir em sua agenda ações

intersetoriais, participação em conselhos gestores, formação de redes de atenção à saúde por meio da participação de reuniões clínicas e elaboração de protocolos assistenciais, etc., com maior capilaridade do que as equipes de saúde da família conseguem desenvolver atualmente.

Na CENA 3, pode-se encontrar um esboço da organização de respostas neste fragmento:

(...) Apesar das dificuldades iniciais, com o passar dos meses, tanto equipe como usuárias poliqueixosas passaram a aderir à nova ideia e cada vez mais os resultados foram aparecendo: O número de consultas eventuais para esses casos diminuiu; os profissionais se aproximaram das questões psicossociais do processo de adoecimento dessa população; o número de encaminhamentos para outras especialidades foi qualificado e as equipes de saúde tornaram-se mais próximas em decorrência do trabalho e dos atendimentos conjuntos. Outro aspecto bastante encontrado foi o aumento da participação dessa população em grupos de promoção de saúde ofertados pela Unidade de Saúde.

Ao final desta breve reflexão a respeito dos sentidos da integralidade, podemos perceber que a mesma pode ser significada a partir de vários ângulos não excludentes entre si, mas que podem trazer uma diversidade de aspectos da mesma questão.

Trabalho em equipe

Para Mishima (2003), o trabalho em si é sempre intencional e encontra-se pautado em um contexto social e histórico. O trabalho em saúde apresenta como principal objetivo, o atendimento das necessidades de saúde. Ou seja, a intenção é sempre buscar caminhos possíveis para a melhora das condições de saúde de uma determinada população. Para isso, este trabalho é orientado tanto por uma concepção de homem quanto por uma concepção de saúde-doença-cuidado, delimitando um processo ligado ao atendimento das necessidades individuais e/ou coletivas, em conformidade com os processos político e econômico.

Pensar no trabalho em saúde é pensar em trabalho coletivo, portanto não deveria, nem poderia ser realizado de forma compartimentalizada, no qual cada grupo profissional se organiza e presta parte dos cuidados à saúde separado dos demais.

Percebe-se no cotidiano dos serviços de saúde, posturas e processos de trabalho que reforçam a fragmentação do cuidado. Na CENA 2, essa visão fragmentada fica muito clara:

Acho que o melhor é a psicóloga marcar horário de terapia pra mãe; depois a Clarice faz visita domiciliar pra atender o rapaz com paralisia cerebral. Aliás, eu acho que é melhor eu ir antes pra ver esse resfriado dele porque isso é meu papel, né?

Em relação à equipe NASF, apesar dos diferentes profissionais, faz-se necessária articulação e comprometimento de ações no âmbito dos serviços de saúde, sendo justificado pela complexidade do trabalho de assistência à saúde. Além disso, o aspecto da interdisciplinaridade no processo de trabalho deve ser contemplado, bem como a capacidade de cuidado de toda a equipe, a fim de garantir a integralidade do cuidado.

A complexidade do trabalho de assistência à saúde requer uma refinada e bem organizada articulação entre os membros da equipe de saúde, a fim de garantir a integralidade do cuidado em saúde.

Peduzzi (1998) mostra que o termo equipe deriva do francês *esquif*. Seu significado encontra-se relacionado às filas de barcos amarrados uns aos outros e rebocados por cavalos ou homens. Como os homens que se encarregavam de puxar os barcos trabalhavam coletivamente em busca de um objetivo comum – rebocar filas de barcos amarrados –, compartilhando sua tarefa, acabou-se por utilizar o termo equipe de trabalhadores para designar o trabalho coletivo, compartilhado, de vários trabalhadores no desenvolvimento de uma tarefa, significada como a meta comum do grupo.

Ainda segundo Peduzzi (2001), o “trabalho em equipe consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura

na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes desta equipe.” (p.103) Dessa forma, o trabalho em equipe na saúde traz em sua essência uma real possibilidade de alcançar a integração de diferentes áreas profissionais e também disciplinares.

Cada equipe é estruturada a partir de arranjos organizativos possíveis, considerando aspectos conceituais do modelo assistencial proposto, da necessidade assistencial que emergem do processo de cuidado dos sujeitos, das possibilidades financeiras e estruturais do próprio serviço e da disposição das pessoas que compõem o trabalho. A partir disso, surgem inúmeras composições possíveis de equipes profissionais e, delas, diferentes modos de produzir saúde.

Como uma maneira de responder às necessidades de recomposição dos trabalhos especializados, aparece a multidisciplinaridade, a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade. (PEDUZZI, 1998)

Considera-se a equipe como multidisciplinar quando existe um conjunto de profissionais com formação em diferentes disciplinas, envolvido em um mesmo projeto, porém o desenvolvimento do trabalho ocorre de forma independente, isolada. Na multidisciplinaridade, observam-se as diferentes disciplinas tratando da mesma questão, sem apresentar, no entanto, relação entre os profissionais envolvidos. Observa-se a justaposição das disciplinas, numa situação de trabalho onde a **cooperação é ausente**. (ALMEIDA FILHO, 1997)

Rosenfield apud Perini et al. (2001) define a interdisciplinaridade como a possibilidade do trabalho conjunto na busca de soluções, respeitando-se as bases disciplinares específicas.

Uma das características da equipe interdisciplinar é o planejamento da assistência que é realizado com a participação de todos os profissionais da equipe de forma ativa.

A proposta do NASF tem como diretriz o trabalho conjunto com as equipes ESF e seus dispositivos operativos

são os atendimentos compartilhados, as discussões de caso e a construção conjunta de projetos terapêuticos singulares.

Este trabalho conjunto na busca de soluções pode ser visualizado por meio desse diálogo na CENA 2:

Madeleine, a psicóloga da equipe NASF, pede a palavra e pergunta:

- E, então, pessoal? O que podemos fazer para ajudar essa família?

Esse arranjo organizativo apresenta maior facilidade para a solução de problemas, uma vez que se pode contar com diversas disciplinas e pontos de vista específicos.

Sabe-se que, historicamente, as especialidades conformaram-se em torno de um saber biomédico, produzindo profissionais parciais e especializados, que por sua vez organizam trabalhos especializados. Nessa lógica, o trabalho em saúde tem na especialização, a fragmentação da produção de ações de saúde.

Para que a proposta da interdisciplinaridade seja alcançada pelas equipes NASF, deve existir a disponibilidade de diálogo, pois essa troca dialógica torna-se fundamental para as práticas de saúde, uma vez que ninguém é detentor de todo o saber necessário para os cuidados em saúde.

E são essas trocas dialógicas, na CENA 2, que acabam por organizar o planejamento da assistência:

Ao final da reunião, as seguintes pactuações para o caso foram realizadas: Organização de visita domiciliar com a presença do médico, da enfermeira e da psicóloga Madeleine; Discussão do caso de Antonio com o CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas) em reunião de Rede de Saúde Mental; Agendamento de consulta de enfermagem para Liane e rediscussão do caso dentro de quinze dias para a elaboração de projetos terapêuticos singulares para a família.

A necessidade dessa integração tornou-se mais forte, a partir da década de 1990, com a busca pelo cuidado integral em saúde. No Brasil, é com a implantação do Sistema Único de Saúde, mais especificamente com a implantação do Programa de Saúde da Família, que o trabalho em equipe torna-se diretriz operacional para a reorganização do processo de trabalho em saúde. Os conceitos de trabalho em equipe assim como sua importância tornam-se elementos fundamentais para se atingir o sucesso na área da saúde. (PEDUZZI, 2007)

Entre as proposições de trabalho da Estratégia Saúde da Família estão: equipes de saúde trabalhando em tempo integral; delimitação territorial para atuação das equipes; formação de vínculo dos profissionais com comunidade, família e sujeito; incorporação da comunidade no trabalho em equipe e a grande e importante necessidade da inclusão de outros saberes e conhecimentos em saúde somados ao saber clínico. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998)

Toda organização de trabalho na saúde da família está voltada para um trabalho integrado e em equipe. O desenvolvimento dos trabalhos, pelas equipes de Saúde da Família, deve ser realizado de forma dinâmica, com a constante reavaliação das ações realizadas, principalmente por meio do acompanhamento dos indicadores de saúde de sua área de atuação.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998), as equipes de saúde da família deverão ser capazes de:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, enfatizando suas características sociais, epidemiológicas e demográficas;
- identificar tanto os problemas de saúde mais prevalentes quanto situações de risco aos quais a população está exposta;
- elaborar, juntamente com a comunidade, um planejamento local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença;

- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde;
- resolver os principais problemas detectados, por meio da utilização do sistema de referência e contrarreferência;
- desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos;
- promover ações intersetoriais a fim de enfrentar os problemas identificados nos indivíduos, nas famílias e em seu entorno;
- a partir de critérios epidemiológicos e situações de risco, realizar visitas domiciliares programadas ou pontuais, com a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias e dos indivíduos;
- promover internação domiciliar, quando as condições clínicas e familiares permitirem, com o intuito de humanizar e garantir conforto ao paciente, mas sem substituir a hospitalização sempre que houver necessidade;
- participar e estimular reuniões de grupo, com a discussão de temas relativos ao diagnóstico e alternativas para a resolução dos problemas identificados como prioritários pelas comunidades.

Com a mudança de paradigma do processo saúde-doença, como foco biologicista para um modelo de atenção integral, a equipe de saúde passa a ser o eixo central para se pensar a prestação de cuidados, uma vez que esta equipe busca pela integralidade da saúde com ações de ação, prevenção, recuperação e reabilitação. Este trabalho vem propor uma nova articulação e organização entre os integrantes da equipe, bem como a introdução de uma concepção de cuidado que considere o sujeito em todas as suas esferas. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998)

Para Peduzzi (2007), trabalho em equipe também exige o reconhecimento e o entendimento das práticas dos demais

profissionais. A ideia de integralidade à saúde converge com o reconhecimento de que o conhecimento do outro é útil e indispensável à compreensão das demandas apresentadas pelas populações, uma vez que o processo saúde-doença é apreendido em suas diversas dimensões. A integralidade, então, torna-se fator motivador preponderante para o trabalho em equipe.

Na prática, para se atender os princípios da integralidade, deve-se trabalhar sob a ótica do conceito ampliado de saúde, e cada vez mais, nos contextos da Atenção Primária à Saúde, necessita-se de equipes interdisciplinares capazes de interagir com as diversidades apresentadas pelos indivíduos atendidos. O NASF surgiu com o desafio de organizar o processo de trabalho de forma ampliada, em equipe e entre equipes (NASF e ESF).

O NASF tem como fundamento ideológico a integralidade do cuidado aos usuários, como uma visão ampliada da clínica, ou seja, a saúde depende de fatores além dos biológicos. Assim, a atuação das equipes profissionais deve levar em conta essa pluralidade de fatores para intervir, como o observado na CENA 1:

Trata-se de uma família constituída por D. Augusta, 55 anos, alcoolista, tem diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II, tentou o suicídio há dois dias, em decorrência da perda do filho caçula de 19 anos (a quem ela tinha clara predileção), assassinado por traficantes, a quem devia dinheiro. Antônio, esposo de D. Augusta, tem 58 anos, também é alcoolista, tabagista, está hipertenso (resistente à adesão ao tratamento) e encontra-se desempregado há dois anos. A filha mais velha, Liane, de 33 anos, voltou a morar na casa dos pais desde a morte do marido (em consequência do uso de crack). Esta filha, juntamente com os dois filhos, de cinco e oito anos, descobriu-se portadora do vírus HIV e mostra-se extremamente revoltada com a descoberta. Teme que descubram em seu emprego que ela é portadora e que por isso possa perder o emprego, uma vez que é a única que trabalha na casa. O filho do meio de D. Augusta, de 27 anos, chamado Francisco, é portador de paralisia cerebral com grande espasticidade, encontrando-se desnutrido e com forte resfriado. Desde a tentativa de suicídio da mãe, o mesmo encontra-se sem cuidados adequados.

De acordo com Mattos:

o que caracteriza a integralidade é obviamente a apreensão ampliada das necessidades, mas principalmente essa habilidade de reconhecer a adequação de nossas ofertas ao contexto específico da situação no qual se dá o encontro com a equipe de saúde. (MATTOS, 2004, p. 1414)

A partir desses encontros dinâmicos, espera-se que surjam respostas que possam superar a prática clínica tradicional, uma vez que a mesma demonstra claramente a falta de potencial para a condução de situações complexas que requerem a pluralidade de saberes para lidar com a diversidade da atenção à saúde.

O trabalho em equipe no NASF propõe encontros para a articulação de saberes e práticas que acontecem mediante uma organização horizontal do processo de trabalho na tentativa de priorizar interdisciplinaridade, proporcionando a superação da alienação, da fragmentação e do tecnicismo biologicista, conforme se pode verificar no fragmento da CENA 2 a seguir:

- Creio que seja interessante, já que o Dr. Maurício está há pouco tempo conosco, que possamos discutir novamente o processo de trabalho do NASF junto às equipes da ESF. Não somos um grupo de especialistas que atende de forma individualizada. Trabalhamos utilizando tecnologias e ferramentas como a Clínica Ampliada, o PTS, o Apoio Matricial e sempre compartilhando os casos com todos os profissionais de saúde, utilizando a lógica da corresponsabilização. A proposta do NASF é evitar a fragmentação do cuidado, ou seja, não dividir pessoa em pedaços, por conta dos problemas apresentados, e entregar cada problema a um determinando profissional. Nossa proposta é trabalhar conjuntamente com vocês.

Essa maneira de compreender a atenção em saúde implica na construção, a partir da relação dialógica entre a equipe de saúde e os usuários, de projetos terapêuticos singulares para cada usuário, bem como projetos comuns de trabalho para as equipes.

O NASF investe nessa dimensão dialógica como um modo de operar novos processos de trabalho em saúde. Essa dimensão dispara reflexões sobre a integralidade do cuidado que vai estar presente na atitude dos profissionais, nos encontros, nas conversas, buscando reconhecer as necessidades dos usuários em relação às necessidades de saúde:

- Lu, nós fazemos parte da equipe e não é só o que o NASF vai fazer, mas o que todos nós, que nos dispusemos a cuidar dessa família, vamos poder fazer. Nós não temos respostas prontas. Mas vamos utilizar a conversa, a escuta, pra compreender o que se passa com essa família e então poderemos avaliar conjuntamente o que vamos fazer. Mas respeitar a cultura das pessoas e suas formas de cuidado é um bom começo.

O ambiente propício para a socialização de saberes e experiências é aquele onde a comunicação é clara e frequente. A comunicação entre os membros de uma equipe de trabalho, e mais especificamente em equipes de saúde, constitui-se como dimensão essencial para a discussão dos valores, da filosofia e dos objetivos da equipe, bem como planejamento de ações e recursos necessários à execução do trabalho em saúde.

Para Peduzzi (2001/2007), é a partir da comunicação que a interação entre os agentes torna-se possível, bem como a articulação dos trabalhos. Sem interação não se pode falar em trabalho em equipe.

Desta forma, a dimensão comunicativa pode ser considerada intrínseca ao trabalho em equipe, podendo ser considerada seu denominador-comum. A mediação da linguagem articula as atividades, a integração dos saberes técnicos, tornando possível a interação entre os membros da equipe. (PEDUZZI, 1998/2001)

Para finalizar, faz-se necessário pontuar que o trabalho em equipe também convida seus integrantes a avaliarem sua disponibilidade para o novo, para o inesperado, elementos constitutivos das relações humanas.

Tecnologias do Cuidado em Saúde

Uma vez que o trabalho do NASF vem propor uma nova articulação e organização entre os integrantes das equipes, bem como a introdução de uma concepção mais ampliada de cuidado, considerando o sujeito em todas as suas esferas, as tecnologias do cuidado tornam-se um campo necessário de análise, uma vez que as maneiras de cuidar passam a ser um conceito organizador das formas de trabalho em saúde.

Como pensamos frequentemente:

*“Qual a primeira imagem mental que vem à sua cabeça quando se fala a palavra **tecnologia**? Não sei vocês, mas na primeira vez que me fizeram esta pergunta, imagens de equipamentos tecnológicos invadiram meu campo visual.*

Somente quando me tornei profissional de saúde e, mais precisamente, profissional atuando na Atenção Primária, foi que consegui vincular a ideia de tecnologia com o “saber”, o “fazer” e o “saber fazer”. E fiquei pensando o quanto a palavra tecnologia pode estar distante da palavra cuidado (pelo menos em princípio até se descobrir que tecnologia está para além de equipamento tecnológico).”

É legítimo iniciarmos nossas discussões a respeito das tecnologias do cuidado, desmembrando os dois conceitos, para depois retomá-los conjuntamente. O termo tecnologia apresenta como definição etimológica “tecno”, vindo da palavra *techné*, que pode ser traduzida como o **saber fazer** e “logia”, que vem de *logos* (razão) e significa a razão do saber fazer. (RODRIGUES apud ROCHA et al., 2008)

Por tecnologia, entende-se o conjunto de conhecimentos que são aplicados a uma determinada atividade, ou seja, conhecimento aplicado ou saber que se utiliza para executar algo. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

A referência das tecnologias é sempre o trabalho e este se revela como ação intencional sobre a realidade, buscando a produção de bens/produtos que podem não ser necessariamente materiais, duros, palpáveis, e sim simbólicos.

Portanto, discutir tecnologia não é discutir apenas equipamentos, e sim discutir a construção de procedimentos de intervenção eficazes nos processos saúde-doença.

O cuidado, por sua vez, compõe-se de tentativas intersubjetivas e transpessoais para proteger, melhorar e preservar a vida humana, em todas as esferas que conformam o ser, o indivíduo.

De forma simples e objetiva, então, podemos definir **tecnologia do cuidado** como todas as técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados pelos profissionais de saúde para cuidar de um determinado indivíduo ou população.

Segundo Cecílio, a perspectiva do cuidar em saúde, traz implícitas necessidades que podem ser organizadas em quatro grandes grupos, ligadas aos eixos da prevenção, promoção, reabilitação e cura, conforme podemos observar por meio da seguinte citação:

O primeiro diz respeito a ter boas condições de vida [...]; o outro conjunto fala da necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida [...]; o terceiro diz respeito à insubstituível criação e vínculo (a) efetivo entre cada usuário e uma equipe e /ou profissional [...]; um quarto diz respeito à necessidade crescente de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida. (CECÍLIO, 2001, p.114-115)

Desta forma, as práticas de cuidado na ESF devem ser ampliadas para além do diagnóstico e da terapêutica, a fim de responder a toda complexidade na produção de cuidado, e o profissional de saúde deve alçar mão de um leque de possibilidades de tecnologias de trabalho para a produção do cuidado. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

Merhy et al. (1997) descrevem três categorias de tecnologias de trabalho em saúde: as **tecnologias duras**, que se

referem a máquinas e instrumentos, por serem programadas *a priori* para a produção de certos produtos; as **tecnologias leveduras**, inscritas nos conhecimentos técnicos, referindo-se às técnicas/procedimentos incorporados aos saberes científicos, gerando, entre outros conhecimentos, os protocolos clínicos; e as **tecnologias leves**, que representam o modo de o trabalhador aplicá-las, dependentes de como cada um trabalha e cuida de pessoas adoecidas. Estão implícitos aí, os valores, as relações humanas de vínculo e acolhimento.

A Política Nacional de Humanização (PNH) e as tecnologias leves no cotidiano do trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

No campo da saúde, todos os profissionais devem produzir saúde e, desse modo, interagem com sujeitos que podem ter ou não algum grau de adoecimento. E essa é uma das principais características do trabalho em saúde – a característica relacional. Dessa forma, na cadeia produtiva de saúde, além das tecnologias inscritas nos equipamentos e no conhecimento técnico, há a tecnologia das relações humanas. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

O ser humano necessita das tecnologias relacionais, de produção de comunicação, de vínculos, o que se denominou anteriormente de tecnologias leves. Tais tecnologias têm como premissa a produção de relações de reciprocidade e de interação, tornando-se indispensáveis ao cuidado.

A ação integral deve considerar as relações interpessoais, por meio das interações entre usuários, profissionais e serviços de saúde que são traduzidos em atitudes, como tratamento com qualidade, respeito, vínculo e acolhimento. O NASF investe nessas relações interpessoais ao produzir encontros entre os profissionais e usuários.

Vamos observar estes aspectos nas CENAS 2 e 3:

(...) Não somos um grupo de especialistas que atende de forma individualizada. Trabalhamos utilizando tecnologias e ferramentas como a Clínica Ampliada, o PTS, o Apoio Matricial e sempre compartilhando os casos com todos os profissionais de saúde, utilizando a lógica da corresponsabilização...

(...) Nossa proposta é trabalhar conjuntamente com vocês.

(...) as equipes de saúde tornaram-se mais próximas em decorrência do trabalho e dos atendimentos conjuntos.

Em 2000, após a identificação de inúmeras queixas de usuários relacionadas a maus-tratos no ambiente hospitalar, o Ministério da Saúde desenvolveu um projeto-piloto de humanização em hospitais que foi denominado: Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

Na PNHAH, humanização era representada por meio da organização do serviço de saúde a partir de dois ângulos interdependentes: humanização do atendimento ao público (cuidado ao usuário) e humanização das condições de trabalho para os profissionais de saúde (cuidado para quem cuida). (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

O programa apresentava os principais objetivos: Desenvolvimento de uma nova cultura de atendimento, por meio da sensibilização dos profissionais de saúde; Reconhecimento de uma série de vantagens advinda de um trabalho que valorizaria a interação profissional/usuário; Capacitação dos profissionais de saúde para novos conceitos de atenção à saúde, com a valorização não somente da integralidade dos processos, mas também de outros aspectos, tais como: crenças, estilo de vida dos usuários, subjetividade e cidadania; Implantação de outras iniciativas de humanização, com benefícios para administradores, profissionais de saúde e usuários (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

Em 2003, é lançada a Política Nacional de Humanização (PNH) denominada Humaniza-SUS, com a proposta de tornar-se mais do que um programa ministerial, e sim uma política que

operaria transversalmente toda a rede SUS. (BRASIL. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2007)

O enfrentamento dos desafios enunciados pela sociedade brasileira no tocante à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; a articulação de iniciativas de humanização no SUS e o enfrentamento de problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde são considerados os três objetivos centrais da PNH. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

Puccini e Cecílio (2004) colocam que o movimento trazido pela PNH representa uma busca pela melhoria da qualidade da produção e da prestação dos serviços de saúde. Para esses autores, a intenção humanizadora, apesar de se traduzir em diferentes caminhos, apregoa uma crescente valorização das inter-relações e da dignidade humana.

Ao se voltar para o campo das inter-relações, a PNH se constitui enquanto um investimento em aspectos do processo de trabalho que se dão nos espaços micropolíticos,¹ no trabalho em equipe, nas rotinas, nos atendimentos, no convívio, revelando, assim, a importância dos elementos sociais, subjetivos e afetivos deste contexto. (CAMPOS, 2011)

Esta política tem como característica fomentar a conectividade entre os profissionais, gestores e cidadãos, favorecendo a construção de uma rede solidária em defesa da vida, em prol da produção de saúde e de sujeitos. Ou seja, busca-se a construção de uma rede de apoio, com um mesmo objetivo, que considere a diversidade de interesses e seja capaz de entender os conflitos e consensos como parte do processo de construção da cidadania e da conquista por um maior compromisso social na produção de saúde.

Trabalhar nessa perspectiva requer, acima de tudo, disponibilidade para o encontro com o outro, com suas histórias

¹ A micropolítica é entendida como espaço do agir cotidiano, de produção dos processos de subjetivação através das relações estabelecidas com o *sociuse* onde a realidade se apresenta em um movimento contínuo de construção, desconstrução e criação do real social. Nesse espaço-tempo, dão-se as disputas, os conflitos, as pactuações e consensos possíveis para produção de certo tipo de cuidado. (FERREIRA, 2008)

de vida e modos de agir sobre o mundo. Requer disponibilidade para assumir uma nova forma de produzir saúde, que seja centrado no sujeito, na construção coletiva, na corresponsabilização e na maior implicação dos profissionais com os processos de gestão e participação social.

A CENA 3 traz a existência de trocas relacionais produzidas por meio de conflitos e resistências que também fazem parte do processo de produção do cuidado:

Apesar da presença da equipe NASF na UBS, Dr. Érico, assim como os demais médicos da UBS, apresenta muita resistência em aceitar o processo e o trabalho do NASF. Uma das formas de edificar novos modos de fazer saúde seria a potencialização do **acolhimento**, articulado ao estabelecimento de vínculo entre os usuários, trabalhadores de saúde e gestores do sistema de saúde, em busca da humanização do atendimento. O acolhimento permeia toda terapêutica e, desse modo, propicia um cuidado integral ao usuário de saúde. (CAMPOS, 2003b)

[...] Embora alguns profissionais possam realizar predominantemente as intervenções no corpo biológico e outros, aquelas de acolhimento afetual, necessariamente a equipe técnica precisa desenvolver de forma coletiva pensamentos e práticas que estejam voltados à inteireza do ser. (FERRAZ, 2002, p.121)

Ferraz (2002) ao falar a respeito da atuação do profissional de saúde ao ofertar atendimento com acolhimento sugere mudanças na condução das ações de saúde, de forma que as mesmas possam ser organizadas na lógica da coprodução, o que pressupõe profissionais afinados em sensibilidade humana.

A PNH se apropria da Clínica Ampliada como uma de suas diretrizes, construindo processos dialógicos, onde usuários e profissionais de saúde se relacionam de forma a construir processos de corresponsabilização, para que aconteça a reconstrução das relações clínicas, exigindo, com isso, alterações na dinâmica de gestão do trabalho. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

A CENA 2 ilustra a reconstrução dos processos de trabalho para se atingir a prática da Clínica Ampliada:

Ainda bem que tem gente do NASF por aqui, aí eu aproveito e compartilho o caso pra vê o que a gente pode fazer, porque é muita coisa junta e coisa pesada! Tristeza meu Pai do céu! Os profissionais do NASF se olham nesse momento. Depois de três anos trabalhando junto às equipes da ESF, era muito bom escutar: “compartilhar” ao invés de “passar” o caso. Após muitas lutas, o NASF estava conseguindo mudar a ótica da produção do cuidado em algumas unidades que apoiava (...).

Neste trabalho, a tecnologia leve é referenciada como ferramenta relevante para produzir ações de saúde sob a perspectiva da integralidade do cuidado, pois evidencia relações de interação, de parceria, de vínculo, de escuta e intersubjetividade. Esta tecnologia encontra-se relacionada aos processos de comunicação entre profissionais e usuários que buscam os cuidados de saúde e constitui o veículo pelos quais os profissionais articulam as ações e interagem.

Para Santos et al. (2007), acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia, considerados dispositivos relacionais, representam possibilidades de se construir uma nova prática de saúde.

O **vínculo** pode ser uma ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos produzidos a partir das singularidades de cada coletivo e de cada indivíduo. Ele favorece outros sentidos da integralidade da atenção à saúde. (SANTOS et al., 2008)

Etimologicamente, vínculo é um vocábulo de origem latina e significa algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromisso dos profissionais com os pacientes e vice-versa. A constituição do vínculo depende do movimento tanto dos usuários quanto da equipe. (CAMPOS, 2003b)

A organização das práticas de saúde e das relações terapêuticas na produção do cuidado com ênfase nas tecnologias leves possibilita a forma efetiva e criativa de manifestação da subjetividade do outro. (AYRES, 2004) A PNH nos oferece possíveis dispositivos para alcançar este trabalho (como o acolhimento, vínculo, autonomia e corresponsabilização já abordados), e o NASF reforça tais dispositivos por meio de suas ferramentas de trabalho: Projeto Terapêutico Singular (PTS), Apoio Matricial e Pactuação do Apoio.

Portanto, em qualquer que seja a organização do trabalho, ante a importância da utilização de tecnologias leves em saúde na procura da integralidade do cuidado, deve-se ter sempre em vista o sentido final do trabalho em saúde, qual seja, defender a vida dos usuários, por meio da produção do cuidado.

Referências

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, II(1/2): 5-20, 1997.

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M. C. G. de; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, supl. 1, p.20-31, jun. 2007.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface (Botucatu)**, 8(14): 73-92, set./fev. 2004.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Secretária Especial de Informática. **Texto promulgado em 05 de outubro 1988**. Brasília, DF: Senado, 2013. Disponível em <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_04.02.2010/CON1988.pdf> Acesso em 06 de maio de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: MS, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. 2.ed. Brasília: MS, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem-trabalho e relações na produção do cuidado em saúde**. Brasília: MS; Rio de Janeiro: Fiocruz., p.104, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/curso%20facilitadores_unidades%20trabalho.pdf>. Acesso em: 06 de maio. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde**. Documento Base. 4.ed. Brasília: MS, 2007.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da Integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciências e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.569-584, 2003a.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família. In: _____ (Org.). **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003b. p.68.

CAMPOS, L.V.O de. **A estratégia saúde da família em sua micropolítica: um estudo de caso sobre a humanização nos processos de trabalho**. 2011. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. p.131.

CAMARGO, K.R. Jr. de. Um Ensaio sobre a (In) definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 3 ed., Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005. p. 35-44.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1400-10, set./out. 2004.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde com o conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO, 2001. p.113-126.

FERRAZ, C.A. **Ensaio sobre a reforma político-administrativa hospitalar**: análise sociológica da transição de modelos de gestão. 2002. Tese (Livre-docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2002.

FERREIRA, V.S.C. **A Micropolítica do Processo de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS)**: território de produção de cuidado e subjetividades. 2008. Tese [doutorado] – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2008.

MATTOS, R.A. de. **Os sentidos da integralidade**: algumas reflexões acerca de valores quemerecem ser defendidos. 2001. Disponível em: <http://www.uefs.br/pepscentroeste/arquivos/artigos/os_sentidos_integralidade.pdf>. Acesso em: 06 de maio. 2013.

MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1411-16, set./out. 2004.

MERHY, E.E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO, M.E.; SANTOS, C.M.; RODRIGUES, R.A.; OLIVEIRA, P.C.P. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p.113-150.

MISHIMA, S.M. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde**: o caso do Programa de Saúde da Família. 2003. Tese (Livre-docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2003. p.153.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: as interfaces entre o trabalho e interação. 1998. Tese [doutorado] – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 1998.

_____. Equipe Multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p.103-09, 2001.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPES/ABRASCO, 2007. p.161-177.

PERINI, E.; PAIXÃO, H. H.; MODENA, C. M.; RODRIGUES, R. N. O indivíduo e o coletivo: alguns desafios da epidemiologia e da medicina social. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, São Paulo, v. 5, n. 8, p.101-18, 2001.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Caderno de Saúde Pública (Rio de Janeiro)**, v. 20, n. 5, p.1342-1353, set./out. 2004.

ROCHA, P. K.; PRADO, M. L. do.; WAL, M. L.; CARRARO, T. E. Cuidado e tecnologia: aproximações através do modelo de cuidado. **Rev. Bras. Enferm. (Brasília)**, v. 61, n. 1, p.113-116, jan./fev. 2008.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A.; RODRIGUES, A. A. A. O.; NASCIMENTO, M. A. A.; JORGE, M. S. B. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p.75-85, 2007.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A.; JORGE, M. S. B. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p.464-470, 2008.

SILVA, A. G. Jr. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

CAPÍTULO 2

EQUIPE DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: CRIAR E RECRIAR AS POSSIBILIDADES DO SEU FAZER NO COTIDIANO DA SAÚDE

CAPÍTULO 2

EQUIPE DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: CRIAR E RECRIAR AS POSSIBILIDADES DO SEU FAZER NO COTIDIANO DA SAÚDE

Rosani Pagani

Débora Dupas G. do Nascimento

Ao iniciar a discussão sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é importante refletir sobre o contexto em que esta equipe se insere, ou seja, compreender de maneira ampliada o Sistema Único de Saúde (SUS), assim como sua configuração em um sistema organizado em Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo a Atenção Básica (AB) como ordenadora do cuidado deste Sistema.

A AB apresenta um alto grau de complexidade, por se caracterizar em um conjunto de ações de saúde – no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Tem como foco ainda a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

Estas ações são desenvolvidas por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações em territórios definidos – pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Utiliza em sua prática diária variadas tecnologias de cuidado que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior prevalência e magnitude no território, observando critérios de risco, vulnerabilidade e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. A AB deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, na perspectiva da descentralização, hierarquização e regionalização. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

Orienta-se também pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-econômica-cultural e histórica, buscando produzir atenção integral mais próxima das necessidades dos indivíduos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), republicada na Portaria 2.488, de 21/10/2011, foi revista e ampliada, incorporando novas configurações de equipes multiprofissionais e com incremento em sua capacidade de atuação no território.

Além da revisão da PNAB, a AB também é definida como um dos componentes fundamentais das Redes prioritárias de Saúde da gestão federal:

- Rede de Atenção Psicossocial – ênfase no plano crack;
- Rede de Atenção às Urgências;
- Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência;
- Rede Cegonha;
- Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas – ênfase na Atenção ao Câncer;
- Rede de Atenção Básica.

E também amplia a potencialidade de suas ações, na medida em que implementa novos Projetos e Programas, como:

- Academia da Saúde;
- Programa Saúde na Escola;
- Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade / PMAQ;
- Critérios de equidade para o Piso da Atenção Básica (critérios diferenciados para os Municípios);
- Modificação da carga horária dos médicos (Portaria 2.027/11, com 5 novas configurações);
- Saúde para Todos em Todos os Lugares (fixação de profissionais em áreas e regiões prioritárias - Lei 12.871, de 2013, do Programa Mais Médicos para o Brasil);
- Brasil sem Miséria (voltado à população em extrema pobreza);
- Consultório na Rua;
- Melhor em Casa/ Atenção Domiciliar e;
- Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Para o desenvolvimento das ações da Atenção Básica em Saúde, outros projetos vêm para fortalecer sua capacidade de atuação, tanto técnica quanto relativa à estrutura física dos serviços e da qualidade dos equipamentos, são elas:

- Programa de Requalificação das UBS (construção reforma, ampliação);
- Telessaúde em Redes;
- Comunidade de Práticas;
- Ampliação das Publicações e Comunicação do Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde.

A nova PNAB propõe novas modalidades para as de Equipes de Atenção Básica, a fim de ampliar sua possibilidade de atuação nos diferentes territórios brasileiros, são elas:

- Equipes Saúde da Família;
- Equipes Saúde Bucal;
- Equipes de Agente Comunitário de Saúde;
- Equipes de Consultório na Rua;
- Equipes de Saúde da Família para o Atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-grossense;
- Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF);
- Equipes de Melhor em Casa/ Atenção Domiciliar (publicação em portaria específica);
- Equipes de Atenção Básica parametrizada (PMAQ);
- Equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

É possível observar que o NASF se insere nesse contexto ampliado, configurando-se como componente estratégico no desafio de apoiar e fortalecer a AB, fomentando a intersecção com as redes, projetos e programas do SUS.

Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) surgem para potencializar e fortalecer a AB no Brasil através da ampliação, da abrangência e do escopo das ações da AB, aumentando assim sua resolubilidade. Foram criados por meio da Portaria GM 154, de 24 de Janeiro de 2008, Republicada em 04 de Março de 2008. Sua inclusão na PNAB, conforme apontado anteriormente no texto, reforça o papel do NASF como componente estratégico da AB e ainda traz mudanças em relação ao funcionamento e a composição desta equipe.

Com a ampliação da proposta, e no contexto de novas modalidades de equipes da AB, outras profissões, de diferentes áreas de conhecimento, passam a compor os NASF. Sua atuação deve ocorrer de maneira integrada e apoiando os profissionais, não somente os das Equipes Saúde da Família, mas também, os das Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e academias da saúde, compartilhando práticas e saberes em saúde nos territórios onde atuam.

Vale ressaltar que os NASFs fazem parte da AB, mas não se constituem como serviços, com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes da AB). Destaca-se aqui, que é também função do NASF, realizar uma atenção específica individual para o usuário, quando identificada essa demanda junto com a equipe de saúde, de maneira pontual e com objetivos terapêuticos condizentes com as características da AB.

Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (ex.: CAPS, CEREST, Ambulatórios Especializados, etc.), além de outras redes sociais e comunitárias presentes no território.

A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de saúde da família/equipes de atenção básica para populações específicas, provoca a revisão de uma prática comum e historicamente construída nos processos de cuidado em saúde, que se refere à lógica do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência. A corresponsabilização e atuação compartilhada de casos entre as equipes propicia a ampliação do olhar, aumenta as possibilidades de intervenção e promove um acompanhamento longitudinal mais resolutivo e de qualidade no âmbito da AB.

As atividades das equipes do NASF podem ser desenvolvidas nas unidades básicas de saúde, academias da saúde e em outros pontos do território da AB.

Com a publicação da portaria 3.124, de 28 de Dezembro de 2012, os NASFs passam a ser organizados em três modalidades, NASF 1, NASF 2 e NASF 3, e têm novas definições dos parâmetros populacionais e de vinculação com as equipes da AB.

Sendo definido nesta portaria que: O NASF 1 deve estar vinculado a no mínimo cinco e no máximo nove Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, Equipes Ribeirinhas e Fluviais), enquanto o NASF 2 deve estar vinculado a no mínimo três e no máximo quatro Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, Equipes Ribeirinhas e Fluviais). O NASF 3 deverá estar vinculado a no mínimo um e no máximo duas Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada.

Podem compor os NASFs as seguintes profissões: 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.

A composição da equipe de cada um dos NASFs deve ser definida pelos gestores municipais, se possível em parceria com os profissionais das equipes de AB, e seguindo os critérios de necessidades e demandas de saúde, identificadas a partir dos dados epidemiológicos e necessidades locais das equipes de saúde que serão apoiadas.

Cada NASF poderá ser vinculado a no máximo três polos do Programa Academia da Saúde em seu território de abrangência, independente do tipo de NASF e da modalidade do polo implantado.

O programa academia da saúde amplia a capacidade de intervenção da AB para as ações de promoção, prevenção e reabilitação, além de possibilitar o fortalecimento do protagonismo dos grupos sociais. As equipes NASF devem se apropriar destes espaços como um local de potencialização do seu trabalho em prol da qualidade de vida da população.

Diretrizes e princípios do NASF

O processo de trabalho do NASF atende e está configurado de acordo com as diretrizes e princípios do SUS e da AB, agregando também em seu alicerce estrutural outros conceitos teórico-metodológicos, como: Interdisciplinaridade, Intersetorialidade, Educação Permanente em Saúde (EPS), Humanização, Clínica ampliada e o Apoio matricial.

Os princípios e diretrizes devem orientar a organização das práticas dos serviços de saúde de forma a atender as necessidades da população, sejam estas explícitas ou não. Para isso, é importante equilibrar a demanda espontânea com a programada, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

As equipes dos NASF deverão atuar em conjunto com as Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, apoiando-as para que possam incrementar a implantação da atenção integral na prática cotidiana, com vistas à resolutividade e à qualidade do cuidado em saúde.

A busca pela atenção integral nos serviços de saúde é um processo em construção, que se efetiva na medida em que ações de promoção da saúde, acompanhamento e monitoramento dos indivíduos em seus diversos aspectos são considerados no processo do cuidado.

Neste sentido, a busca da integralidade deve ser uma diretriz fundamental a ser praticada pelos NASFs, podendo

ser compreendida em três sentidos: a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além de a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades da população. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010) Para melhor compreensão do cotidiano de trabalho do NASF faremos, a seguir, uma discussão sobre os princípios e diretrizes orientadores da organização do processo de trabalho dos NASFs de forma contextualizada, refletindo sobre a utilização de cada uma das ferramentas e tecnologias pertinentes ao trabalho desta equipe.

Processo de trabalho da equipe NASF

Os NASFs devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários.

No modelo tradicional, os profissionais vêm de uma formação baseada no atendimento individual, centrado nos aspectos biológicos, com intervenção realizada isoladamente e não articulados em equipe. Hoje, porém, a exigência é de uma atuação integrada dos profissionais, os quais devem trabalhar em equipes multiprofissionais, com ações conjuntas, com abordagens e intervenções mais coletivas.

Além desses aspectos, a epidemiologia, as vigilâncias em saúde e a análise das vulnerabilidades devem também fazer parte do leque de competências dos profissionais da saúde, uma vez que a atenção integral do ser humano é uma premissa e considera não só o aspecto biológico, mas o cultural, psicológico, social, econômico, familiar e suas influências no adoecimento.

Para que se alcance uma organização de serviço ampla na AB é necessário que os profissionais, inicialmente e ao longo do tempo, (re) definam o seu processo de trabalho e as tarefas através de pactuações entre o gestor, equipe do NASF e equipe de Atenção Básica. Esse processo deve ser feito de forma cuidadosa, detalhada e compartilhada, incluindo o diagnóstico, planejamento, construção de diretrizes clínicas e sanitárias, assim como os critérios para acionar o apoio.

Na relação entre gestor, Equipe de Atenção Básica e Equipe do NASF devem imperar a flexibilidade e a horizontalidade de papéis e responsabilidades, tanto para o estabelecimento de critérios como para o desenvolvimento das próprias atividades do apoiador, ou seja, tudo isso deve ser considerado de forma dinâmica, dialética e sempre sujeita a reavaliação e reprogramação.

Esse movimento de construção, pactuação, revisão e reorganização compartilhada, estimulado pelo NASF, é um de seus desafios, visando a potencialização e a reorganização dos processos de trabalho das equipes da ESF e o seu próprio. Assim, é desejável que uma nova proposta de organização de trabalho em equipe seja construída, com a proposição de espaços compartilhados, multiprofissionais e interdisciplinares.

Para tanto, conforme o *Caderno de Atenção Básica de Diretrizes do NASF* (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), o NASF organizará o seu processo de trabalho com foco nos territórios de sua responsabilidade, conjuntamente com as equipes de SF e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas que a ele se vinculam, de forma a priorizar as seguintes ações:

a. Ações clínicas compartilhadas para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos.

b. Tecnologias e ferramentas principais: Projeto Terapêutico Singular, Clínica Ampliada, Apoio Matricial e Educação Permanente em Saúde.

c. Intervenções específicas do profissional do NASF para com o usuário e/ou família, com discussão e negociação *a priori* com os profissionais da Equipe de Atenção Básica responsável pelo caso. Quando essas intervenções forem necessárias, a continuidade do contato e da coordenação deste cuidado deverá permanecer sob a responsabilidade da Equipe de SF e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, que não deve se descomprometer com o caso, ao contrário, procura redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo NASF diretamente ao usuário, ou à família ou à comunidade.

d. Tecnologia e ferramenta principal: Clínica Ampliada e Projeto Terapêutico Singular.

e. Ações compartilhadas nos territórios, desenvolvidas de forma articulada com as equipes, para desenvolver ações de produção da saúde no território.

f. Tecnologias e ferramentas principais: Projeto de Saúde do Território, Educação Permanente em Saúde, Educação Popular e Educação em Saúde.

Para que a organização do processo de trabalho do NASF ocorra e se estruture dentro dessas três dimensões, faz-se necessário fundamentalmente que se estabeleçam espaços rotineiros de discussões e de planejamento em equipe (NASF) e entre equipes (NASF e Equipe SF e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas). Esses espaços visam à definição de objetivos comuns, critérios de prioridades, critério de avaliação, resolução de conflitos, dentre outros. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

Devem-se explicitar e negociar atividades e prioridades, frente às demandas existentes em cada território, definindo claramente quem são os usuários mais vulneráveis, a fim de construir e acompanhar as atividades mediante indicadores de processo e de resultado, desenvolvendo a corresponsabilização e envolvendo parcerias se necessário.

Esse desafio contínuo de tencionar a reorganização dos serviços, potencializando um processo de trabalho compartilhado e interprofissional, estimula o desenvolvimento de uma atenção mais ampliada, interdisciplinar e integral ao usuário dos serviços.

TECNOLOGIAS (de gestão e cuidado) e as FERRAMENTAS de trabalho do NASF

Para desenvolvimento do processo de trabalho do NASF, algumas tecnologias de gestão e cuidado, como também as ferramentas podem ser enumeradas, como: Apoio Matricial, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde no Território (PST), Educação Permanente em Saúde e Educação em Saúde. Para facilitar a leitura, a seguir serão apresentadas cada uma dessas tecnologias de gestão e cuidado, as ferramentas e sua aplicabilidade nas atividades/ações desenvolvidas pelo NASF.

Apoio Matricial: conceito e aplicabilidade

O correto entendimento da expressão “apoio”, que é central na proposta dos NASFs, remete à compreensão de uma tecnologia de gestão denominada “apoio matricial”. Mas o que significa o apoio e o que é matricial?

O **apoio** – sugere uma maneira para operar a relação horizontal mediante a construção de várias linhas de transversalidade, que pode ser considerada como uma metodologia para ordenar a relação do apoiador matricial, não mais com base na autoridade/hierarquia, mas com base em procedimentos dialógicos. (CAMPOS, 2007)

Matricial – significa o lugar onde se geram e se criam coisas. Significa também, a possibilidade de sugerir que profissionais de distintas áreas/projetos/programas mantenham uma relação horizontal e não apenas vertical como indica a tradição na organização dos sistemas de saúde. Trata-se de uma tentativa de

romper com as diretrizes clássicas de hierarquização na Rede de Atenção à Saúde. (CAMPOS, 2007)

Para Campos (2007), o apoio matricial em saúde surge para assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas anteriores, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação.

Segundo esse autor, o apoio matricial depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais.

Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. (CAMPOS, 2007)

O apoio matricial, colocado pelo autor supracitado, apresenta as dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico.

A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe.

Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos. Portanto, fica claro que o conceito de apoio matricial tem uma dimensão sinérgica ao conceito de educação permanente em Saúde.

Um pressuposto fundamental da proposta do NASF é a compreensão do que é conhecimento nuclear e do que é conhecimento comum e compartilhável entre a equipe de AB e especialista. Tal conhecimento, todavia, é sempre situacional

e mutante. Por exemplo: uma equipe que lida com grande número de crianças com obesidade ou sobrepeso terá que incorporar uma grande quantidade de conhecimentos sobre o manejo dessa condição. Assim, um pediatra que fizesse apoio matricial a essa equipe, teria que investir grande energia na dimensão técnico-pedagógica, compartilhando conhecimentos com a equipe de referência, no caso a ESF, para que ela pudesse se aproximar da resolutividade desejada para esses casos. Isso vale para um psicólogo, para um nutricionista ou para qualquer outro especialista que preste apoio para esta equipe. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010) Entretanto, os mesmos especialistas, ao realizar apoio à outra equipe, em uma população diferente, terão que oferecer conhecimentos diferenciados para serem incorporados pela nova equipe. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

Na vivência prática do apoio matricial, o processo de trabalho (a relação entre sujeitos com saberes, valores e papéis distintos) pode ocorrer de maneira dialógica. O apoiador procura construir de maneira compartilhada com os outros interlocutores projetos de intervenção, valendo-se tanto de ofertas originárias de seu núcleo de conhecimento, de sua experiência e visão de mundo quanto incorporando demandas trazidas pelo outro também em função de seu conhecimento, desejo, interesses e visão de mundo. Procura-se criar espaços coletivos protegidos que permitam a interação dessas diferenças. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

A proposta de trabalhar na perspectiva do Apoio Matricial busca facilitar e incorporar na AB algumas questões, como:

- ampliação da clínica das equipes de saúde;
- aumento da capacidade de intervenção e resolutividade;
- estruturação de um processo de trabalho com corresponsabilização - construção dialogada, desviar a lógica do encaminhamento e fortalecer a lógica do compartilhamento dos casos;

- estímulo aos profissionais a trabalharem com outras racionalidades e visões de mundo além das próprias de seu núcleo (interdisciplinarmente);

- potencialização e estruturação de novos dispositivos de atenção em resposta às diferentes necessidades de saúde (como: grupos de convivência, artesanato, caminhada, dentre outros).

A produção de cuidados não é e não deve ser solitária. Um profissional ou uma equipe não são capazes de prover a totalidade dos cuidados necessários a um cidadão, uma família ou comunidade, e a tecnologia do Apoio Matricial permite que os profissionais compartilhem os seus saberes de forma solidária e sejam capazes de resolver juntos os problemas mais comuns, a partir da construção de momentos relacionais e de troca entre as diferentes áreas do conhecimento.

Este movimento deve acontecer, levando em consideração a efetivação dos mecanismos de coordenação do cuidado – que são de responsabilidade das equipes de referência, e esta deve se responsabilizar pelas ações desencadeadas, garantindo a integralidade da atenção em todas as Redes de Atenção à Saúde.

É fundamental na implantação, estruturação e desenvolvimento do Apoio Matricial, que se atue com ética, respeito à realidade local e territorial, respeito ao processo de trabalho existente nas Equipes de Saúde, respeito às diferenças profissionais, com habilidade de comunicação e de maneira interdisciplinar e dialógica na gestão de novos saberes e práticas.

O Apoio Matricial e suas principais atividades/ações:

A – O contato dialógico:

- estruturar uma agenda integrada para o Apoio Matricial;
- construir espaços rotineiros de encontros (reuniões) para pactuar e negociar o processo de trabalho para gestão do cuidado (critérios de prioridade, gestão dos atendimentos compartilhados, planejamentos, entre outros);

- criar mecanismos e espaços de compartilhamento dos casos/situações rompendo com a lógica do encaminhamento sem comunicação e discussão entre os profissionais;

- ter visitas pré-agendadas, seguindo uma rotina previsível. O encontro deve promover o compartilhamento de saberes e o estreitamento de laços entre as equipes;

- estudo cuidadoso do território e suas particularidades geográficas e epidemiológicas;

- criação de estratégias de abordagens comuns a todos, como, por exemplo, as questões de violência, abuso de álcool e outras drogas, dentre outras;

- formação permanente entre as equipes;

- fomento das ações intersetoriais;

- acionar o apoio mediante contato personalizado para discussão ou intervenção. Disponibilizando o telefone do matriciador para a equipe matriciada, ou outra forma rápida de comunicação (e-mail, comunidades de práticas, redes sociais, dentre outros);

- criação de estratégias de comunicação e divulgação das produções conjuntas.

B – O trabalho compartilhado:

- construir previamente um objetivo comum de trabalho entre os profissionais envolvidos no atendimento, considerando, para além dos protocolos clínicos do núcleo específico de atuação de cada profissional, um foco único de intervenção;

- realizar atendimento/interconsulta/consulta conjunta multiprofissionais e interdisciplinares;

- realizar conjuntamente a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS);

- acompanhar, avaliar, trocar conhecimentos e orientações sobre Projetos Terapêuticos Singular entre Apoio e Equipe de SF;

- realizar Visita Domiciliar conjunta;

- realizar Atendimento Domiciliar conjunto;
- realizar Atividade Educativa compartilhada;
- realizar Oficinas e grupos compartilhados.

Clínica Ampliada: conceito e aplicabilidade

A proposta de **Clínica Ampliada** está direcionada a todos os profissionais que fazem clínica, ou seja, os profissionais de saúde em sua prática de atenção aos usuários. (CUNHA, 2005) Desta forma, compreendemos que a clínica ampliada é uma tecnologia da assistência, uma forma diferenciada de se organizar e atuar na realização da clínica.

O NASF traz o desafio de refletir sobre a clínica que se faz no dia a dia da ESF e sua presença provoca, em certa medida, uma reorganização dos processos de trabalhos das equipes de saúde.

Porém, é fundamental destacar que toda profissão faz um recorte, um destaque de sintomas e informações, cada uma de acordo com seu núcleo profissional. Ampliar a clínica significa justamente ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários. A clínica ampliada busca evitar uma abordagem que privilegie excessivamente alguma matriz de conhecimento disciplinar. Vai buscar construir sínteses singulares tencionando os limites de cada matriz disciplinar e colocando em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde, vivida a cada instante por sujeitos reais. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

Cunha e Campos (2011), ao proporem a ampliação da clínica, fazem uma definição sobre a atuação dos profissionais em relação ao seu CAMPO e NÚCLEO de conhecimento, sendo o **Núcleo** identidade profissional, práticas e tarefas peculiares a cada profissão, e o **Campo** saberes, práticas e responsabilidades comuns a todos os profissionais de saúde, espaço de interseção entre as áreas, que permite o entrelaçamento das ações.

Tradicionalmente, o setor da saúde trabalha com a política de modo fragmentada: saúde coletiva separada da clínica, qualidade da clínica independente da qualidade da gestão, gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância, vigilância separada da proteção de agravos externos e cada um desses fragmentos divididos em tantas áreas técnicas quantos sejam os campos de saber especializados. Essa fragmentação também tem gerado especialistas, intelectuais e consultores (*expertises*) com uma noção de concentração de saberes que terminam por se impor sobre os profissionais, os serviços e a sociedade e cujo resultado é a expropriação dos demais saberes e a anulação das realidades locais em nome do conhecimento da *expertise*. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DA GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2005)

Anterior ao SUS tinha-se um modelo médico centrado, e a atenção era basicamente hospitalar. A atuação clínica dos profissionais era centrada na doença, com foco na remissão dos sintomas. O cuidado era realizado através de procedimentos específicos, com pouca ou nenhuma valorização da AB. Tinha-se como objetivo realizar uma atuação para que ocorresse a cura, realizava-se a avaliação diagnóstica reduzindo-a à objetividade clínica e definia-se a intervenção terapêutica considerando predominantemente ou exclusivamente os aspectos orgânicos de maneira fragmentada e especializada.

Atualmente muda-se o paradigma, da doença para o cuidado com a saúde, centrado em equipes multiprofissionais, com alta valorização da atenção básica e um sistema organizado em Redes de Atenção à Saúde com foco na cogestão do cuidado. O objeto é a saúde, considerando o risco do sujeito em seu contexto (social, cultural, subjetivo, etc.) e seu objetivo é produzir saúde e ampliar o grau de autonomia dos sujeitos. Busca realizar a avaliação diagnóstica considerando não só o saber clínico, como o contexto singular do sujeito e define a intervenção terapêutica considerando a complexidade biopsicossocial das demandas de saúde, com responsabilização de pessoas por pessoas. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a)

O cuidado compartilhado com troca de conhecimentos e experiências pode aumentar a capacidade resolutiva das equipes, ou seja, atuar com ampliação e um novo modo de se fazer a clínica. Este eixo da clínica ampliada traduz-se ao mesmo tempo em um modo de fazer a clínica diferente e na ampliação do objeto de trabalho, com a necessária inclusão de novos instrumentos e conhecimentos, e o reconhecimento de que esse modo de se pensar e fazer clínica é complexo.

Justamente, o reconhecimento da complexidade deve significar o reconhecimento da necessidade de compartilhar diagnósticos e problemas, assim como propostas de solução. Esse compartilhamento vai tanto na direção da equipe de saúde, dos serviços de saúde e da ação intersectorial como também do compartilhamento com os usuários. O que significa dizer que, ainda que frequentemente não sejam possíveis resultados ideais, se aposta que aprender a fazer algo em várias dimensões do problema, de forma compartilhada, é infinitamente mais potente do que insistir em uma abordagem pontual e unilateral. Ou seja, é evidente que as questões sociais e subjetivas não se “resolvem” de forma simples, mas desencadear alguma atuação sobre elas (mesmo que seja apenas falar sobre, ou adequar uma conduta), geralmente tem muito mais efeito do que tentar fingir que elas não existem. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

Evidentemente este eixo da clínica compartilhada nos obriga a um reconhecimento da singularidade de cada situação para ponderar o quanto é possível e necessário compartilhar diagnósticos e decisões. As doenças, as epidemias e os problemas sociais acontecem em pessoas, e, portanto, o objeto de trabalho de qualquer profissional de saúde deve ser a pessoa ou grupos de pessoas, por mais que o núcleo profissional ou especialidade sejam bem delimitados.

Para sua efetivação são necessários arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes (nas organizações e rede assistencial). Mas, principalmente, são necessárias técnicas relacionais que permitam uma clínica compartilhada. A capacidade de escuta

(do outro e de si mesmo), a capacidade de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com a família, a comunidade, entre outras pessoas e grupos sociais. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

Ao se discutir esta temática, surgem diversos questionamentos de como é “realizar” a Clínica Ampliada, e alguns pré-requisitos são apresentados a seguir:

- ter um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular;
- assumir a responsabilidade integral sobre os usuários dos serviços de saúde;
- buscar ajuda em outros setores, fortalecer a intersectorialidade;
- fomentar a corresponsabilidade entre os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (trabalhadores de saúde, usuários e rede social). (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

Ao pensar sobre como organizar e fazer um processo de trabalho em conjunto, surgem inúmeros entraves, e os profissionais têm que estar dispostos e motivados para superá-los. Faz-se necessário, fundamentalmente, a disposição para articular, para cada situação, um “cardápio de ofertas”, de saberes e tecnologias diferentes; assim como disposição para negociar projetos terapêuticos com os sujeitos envolvidos. Ainda é necessário ter grande capacidade de lidar com a incerteza que esses desafios trazem (para além da segurança dos protocolos e guias clínicos) e, finalmente, uma disposição para trabalhar em equipe, de forma a criar uma dinâmica solidária para estar disponível para uma clínica ampliada. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a)

Atualmente, percebe-se uma tendência de igualar os sujeitos e minimizar as diferenças, as singularidades. Ex: estabelecer uma mesma conduta para todos com diabetes.

Para uma mudança na forma de se fazer o diagnóstico, deve-se ampliar a forma de se coletar os dados, de interpretar e estabelecer uma conduta, considerando principalmente os seguintes aspectos:

- conhecimento da estrutura e dinâmica familiar: compreendendo a pessoa como um todo (no contexto social, cultural, econômico, moradia, etc.);
- a identificação de Redes de apoio do território e em qual o sujeito em questão se identifica e interage;
- valorização dos aspectos subjetivos (como a pessoa percebe o que esta sentindo, etc.).

Utilizar a Clínica Ampliada pode permitir uma maior participação do usuário nas tomadas de decisão relativas à sua saúde, com envolvimento da família no cuidado, oferecendo, assim, maior compreensão sobre seu acompanhamento, como melhora na participação e adesão aos tratamentos. A recuperação também é beneficiada devido ao maior vínculo entre profissional e usuário.

Uma importante reflexão deve ser feita, portanto, sobre os principais desafios que os profissionais da Atenção Básica enfrentam na aplicação da matriz teórica da clínica ampliada:

- pouca capacitação para utilizarem essa tecnologia, gerando dificuldade em realizar a atenção integral com olhar para o sujeito e não mais só para a doença;
- dificuldade em lidar com a diversidade e a complexidade que é atuar no território da Atenção Básica;
- mudança da cultura popular, ainda bastante imediatista, querendo o médico, exames e remédio, e com dificuldades em compreender o trabalho e a atuação em equipe. Este imediatismo pode dificultar a elaboração e a condução compartilhada do Projeto Terapêutico Singular. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

Os profissionais de saúde são convidados a se desprenderem de um modelo fechado em protocolo e procedimento para ampliar e reformular a maneira de realizar o cuidado. São desafiados a buscar articulação, de saberes e tecnologias diferentes, para cada situação singular, a fim de lidar da melhor maneira possível com a tendência excludente e totalizante de muitos desses saberes. Devem trabalhar com a relativa incerteza que esses desafios trazem e ter uma grande disposição para trabalhar em equipe, construindo grupabilidade, a fim de operacionalizar a clínica ampliada. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

Fazer Clínica Ampliada é realizar a humanização no serviço. Humanização entendida como uma possibilidade de transformar as práticas de atenção e gestão no SUS, a partir de construções coletivas entre gestores, trabalhadores e usuários, atores sociais implicados com a produção de saúde.

A Humanização é efetivada quando os princípios do SUS são traduzidos a partir da experiência concreta do trabalhador e do usuário num campo do trabalho concreto e, nesse caso, o usuário deve ser entendido como cidadão em todas as suas dimensões e redes de relações. Implica apostar na capacidade criativa, na possibilidade de reinventar formas de relação entre pessoas, equipes, serviços e políticas, atuando em redes, de modo a potencializar o outro, a defender a vida.

Principais ações e atividades da clínica ampliada:

A) O contato dialógico:

- realizar atuação em equipe multiprofissional/interdisciplinar (diversos olhares);
- potencializar ou articular a integração da equipe multiprofissional;
- ter a adscrição de clientela e construção de vínculo;
- a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares, conforme a vulnerabilidade de cada caso;
- ofertar a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença;

- ter na prática equipes de referência, que atuem como a retaguarda especializada.

B) O trabalho compartilhado:

- atendimento/consulta/interconsulta conjunta;
- atividade educativa multiprofissional;
- visita e atendimento domiciliar multiprofissional;
- trabalho em grupo multiprofissional;
- trabalho intersetorial no território;
- atendimentos individuais ampliados.

O Projeto Terapêutico Singular: conceito e aplicabilidade

O **Projeto Terapêutico Singular** (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, individual ou coletivo, e resultado da discussão coletiva de uma equipe e usuário. Geralmente é realizado para as situações mais complexas. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

Os profissionais devem exercitar a capacidade de perceber os limites dos diversos saberes estruturados diante da singularidade dos sujeitos e dos desejos desses sujeitos.

O PTS pode ser estruturado em etapas, através dos momentos de: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e avaliação. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

- Diagnóstico – avaliação física, psicológica e social, visualizando os riscos e vulnerabilidades do usuário.
- Definição de metas – propostas a curto, médio e longo prazos.
- Divisão de responsabilidades – definir os responsáveis por cada ação com clareza.
- Avaliação – discutir a evolução e realizar correções.

Para que o PTS seja elaborado e realizado deve-se criar condições para sua efetivação, a partir de um processo de trabalho organizado e em equipe interdisciplinar. A interdisciplinaridade envolve relações de interação dinâmica entre saberes, uma vez que “no projeto interdisciplinar não se ensina, nem se aprende: vive-se, exerce-se.” Ela deve ser entendida também como uma atitude de permeabilidade aos diferentes conhecimentos que podem auxiliar o processo de trabalho e a efetividade do cuidado num determinado momento e espaço. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

Exemplo de formato de PTS:

1) Identificação:

- data da reunião da Equipe de Saúde da Família com o NASF;
- identificação do usuário: nome, idade, número da família;
- constituição e dinâmica familiar.

2) Histórico:

- queixa principal (física, psicológica e social);
- outras necessidades/demandas;
- o que já foi feito (considerar riscos e vulnerabilidades do usuário).

3) Objetivo final a ser alcançado:

- 1º atividade/meta: responsável das equipes;
- 2º atividade/meta: responsável das equipes;
- 3º atividade/meta: responsável das equipes.

4) Articulação com a rede do território:

- Necessita de articulação com rede do território?
- Quem se responsabiliza pelo contato?
- Data da próxima discussão e avaliação.

5) Ações e espaços necessários para construção do PTS:

- a construção do PTS deve ser realizada após o estudo e discussão entre as equipes (referência e apoio), envolvendo usuário e familiares;
- realizar ações que permitam ampliar o olhar e as possibilidades de atividades a serem ofertadas, como a consulta compartilhada, visita ao território, analisando junto ao usuário as possibilidades de realização de atividades complementares, tais como: grupos específicos, oficinas da comunidade (artesanatos, caminhadas, espaços de convivência, dentre outras).

Projeto de Saúde no Território: conceito e aplicabilidade

O **Projeto de Saúde no Território (PST)** é uma estratégia das equipes de referência (equipe de AB) e de apoio (NASF) para desenvolver ações na produção da saúde no território que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços, setores e políticas de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

É indispensável que as equipes da AB e de apoio conheçam a realidade do território em suas várias dimensões (divisões jurídicas e políticas, suas heranças históricas e seus aspectos econômicos, sociais, culturais e normativos), identificando suas fragilidades e possibilidades, como algo vivo e dinâmico.

O PST deverá ser realizado no território em conjunto com os outros setores e atores que pertencem ao mesmo local, priorizando as ações intersetoriais. Vale ressaltar que trabalhar a intersectorialidade é trabalhar no paradigma ampliado de saúde, no reconhecimento de uma complexa rede de condicionantes e determinantes sociais da saúde e da qualidade de vida, que exigem dos profissionais e equipes um trabalho articulado com redes/instituições que estão fora do seu próprio setor. A intersectorialidade é essa articulação entre sujeitos de setores

sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, a fim de abordar um tema ou situação em conjunto. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

Essa forma de trabalhar favorece a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população.

Em síntese, o Projeto de Saúde no Território pode ser construído através dos seguintes momentos. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010):

- realização da identificação e análise da situação-problema no território;
- compreensão do processo histórico, social e cultural daquele território;
- envolvimento dos diversos atores que estão relacionados com a situação-problema (escolas, centros comunitários, associações, dentre outros);
- criação de um espaço coletivo que permita a construção do projeto de forma articulada;
- construção compartilhada do PST, com os atores envolvidos (conselho de saúde, secretarias, equipes da AB e outras), realizando através de consenso, reformulação, pactuação, corresponsabilização de novas ações;
- implementação do plano de ação;
- monitoramento, avaliação e reflexão sobre os resultados obtidos.

O PST se estabelece a partir do desenvolvimento das seguintes atividades:

- territorialização, diagnóstico situacional e análise epidemiológica;
- articulação dos serviços de saúde do território em conjunto com equipe e o apoio;
- visita a rede intra e intersetorial;

- planejamento conjunto da comunidade/NASF/AB;
- análise prévia buscando identificar e incluir as ações no território já desenvolvidas pela ESF e no coletivo da comunidade (inclusão social, enfrentamento da violência, da dengue, ações junto aos equipamentos públicos – escolas, creches, grupo de jovens, pastorais, etc.);
- estímulo à organização e à participação social no PST para que a comunidade tenha autonomia e empoderamento para enfrentar os diversos condicionantes e determinantes de saúde.

Educação Permanente em Saúde: conceito e aplicabilidade

O conceito de **Educação Permanente em Saúde** (EPS) surge na década de 1980, pela Organização Pan Americana de Saúde (OPS), com o intuito de transformar o processo de trabalho, visando à melhoria da qualidade dos serviços, do cuidado e do acesso à saúde. (FREITAS, 2011)

Este conceito foi incorporado na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o SUS como estratégia de formação e desenvolvimento de trabalhadores, instituído na Portaria 198 GM/MS/13, de fevereiro de 2004, e está vinculada à política de descentralização, que tem como base o desenvolvimento dos serviços de saúde a partir de suas características e necessidades. (NASCIMENTO, 2008)

No dia a dia da prática em saúde, a necessidade de capacitação técnico-científica e aprimoramento profissional são indispensáveis para que o cuidado prestado à população seja cada vez mais eficaz, eficiente e efetivo e a EPS pode ser uma das estratégias utilizadas neste sentido, a partir da problematização, reflexão e reorganização do processo de trabalho de uma dada realidade.

Os espaços de EPS devem ser construídos de forma coletiva, a partir do envolvimento e compromisso de profissionais, gestores e usuários com a produção de conhecimento no território, e a

partir dele, visando um repensar das práticas em saúde, com vistas à transformação de realidades e problemas concretos dos serviços e da comunidade.

Nesse sentido, o NASF, como uma equipe de apoio, deve estimular, propiciar e compor com a ESF espaços reflexivos de EPS, a fim de que a produção de novas ações de saúde se constituam, fortalecendo a interdisciplinaridade e o trabalho em saúde. Segundo Ceccim e Ferla (2009), na EPS não existe a educação de um indivíduo que sabe para outro que não sabe, mas, como em qualquer forma de educação crítica e transformadora, o que é oportunizado é a troca e o intercâmbio, devendo ocorrer também o estranhamento de saberes e a desacomodação da realização de práticas que estejam vigentes em cada lugar.

Esses espaços devem ser construídos de forma dialógica a fim de que a construção de novos saberes e práticas sejam oportunizados, levando em consideração as diferentes formações, experiências e vivências, tendo como pano de fundo os desejos, expectativas, o diagnóstico situacional e epidemiológico do território.

Assim, entendemos que a EPS não se efetiva apenas nos momentos destinados na “agenda” dos profissionais para esse fim – com temáticas preestabelecidas, em forma de capacitações e treinamentos, mas podemos considerar que todos os espaços de interação, diálogo e reflexão sobre a prática podem ser utilizados *a priori* como espaços de EPS (reunião de equipe, reunião geral, consulta e visita domiciliar compartilhada, reunião com o conselho gestor, reuniões intersetoriais e de articulação da rede, dentre outros). Ela deve ser transversal às práticas de saúde, estimulando o desenvolvimento de ações mais criativas, inovadoras e resolutivas para o enfrentamento dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença dos territórios de atuação das equipes da ESF e NASF.

Educação em Saúde: conceito e aplicabilidade

A **Educação em Saúde** traz consigo diversas concepções teóricas construídas ao longo da história da saúde no Brasil. No contexto da Atenção Básica, as ações de educação em saúde devem fazer parte do rol de ações e de práticas a serem desenvolvidas por todos os profissionais da saúde e não deve ser considerada apenas como uma estratégia de prevenção de doenças e agravos, mas um instrumento de conscientização e superação das vulnerabilidades sociais e de saúde de um território. (NASCIMENTO, 2008)

Para Leonello (2007), a ação educativa é entendida como prática pedagógica dialógica, participativa e transformadora, por englobar diversos saberes (técnico-científico e popular), com vistas à articulação de novas formas de enfrentamento e transformação de vidas e de seu processo saúde-doença.

Ela deve fomentar mudanças individuais e coletivas, na medida em que se baseia em “práticas de saúde desenvolvidas no ‘território da vida’ – e que inclui a pluralidade de saberes e práticas de lidar com problemas de saúde.” (STOTZ, 2005, p.9) Nesse sentido, o NASF pode potencializar as ações de educação em saúde desenvolvidas nos diversos territórios, problematizando e oportunizando a ampliação do olhar e novas possibilidades de intervenção frente às necessidades, devido a multiplicidade de saberes oriunda das diversas formações.

Essa aproximação da realidade possibilita o reconhecimento das necessidades dos grupos sociais assistidos e a formulação de estratégias específicas e multiprofissionais para seu enfrentamento, impulsionando transformações nos indivíduos, famílias, equipes e serviço de saúde, visando garantir a integralidade da atenção enquanto um princípio constitucional. (NASCIMENTO, 2008)

A educação em saúde tem uma interface com a educação permanente e se expressa em diferentes atividades ligadas ao cuidado na ESF, como consultas, visitas domiciliares e grupos, uma vez que compreendemos que toda relação estabelecida com

o outro, pode e deve ser educativa. Também deve ser enfatizada nas reuniões do conselho gestor e ações intersetoriais, a fim de que haja uma compreensão ampliada do processo saúde-doença dos indivíduos, a partir da problematização e articulação de diferentes saberes em busca de soluções consensuais, face à complexidade das necessidades da população. (NASCIMENTO, 2008)

A interação e o desenvolvimento de projetos comuns e compartilhados entre ESF e NASF oportuniza aos profissionais a incorporação de um novo saber-fazer em saúde, de caráter interdisciplinar, dando aos usuários mais qualidade e resolutividade no âmbito da Atenção Básica.

Considerações finais

O NASF é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico e da sua aplicação, a responsabilidade por determinado número de equipes SF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao novo modelo de saúde que é o da AB/Saúde da Família.

A constituição e o fortalecimento de uma rede de cuidados é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho dos profissionais do NASF. Para tanto, sua equipe e as equipes da ESF deverão criar espaços de discussões internos e externos, visando o aprendizado coletivo e a troca de saberes oportunizada nas ações e nas relações compartilhadas que se estabelecem na perspectiva da interdisciplinaridade.

Assim, o processo de trabalho do NASF é potente para estimular e fomentar a superação da lógica fragmentada de cuidado à saúde, com vistas à construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada entre os diversos atores envolvidos: ESF, NASF, gestores e usuário dos serviços.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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).

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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 Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Credencia municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, para receber o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** - Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p. : il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento da Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem integradora. /Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Brasil: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

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

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. In: Bahia. Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública. Estágio de vivência no SUS: o cotidiano do SUS enquanto princípio educativo, coletânea de textos. Salvador: SESAB, 2009. p.70-5.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica.** São Paulo: Hucitec, 2005.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. de. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saude soc.* [online]. 2011, vol.20, n.4 [citado 2014-11-12], pp. 961-970. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902011000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 de novembro de 2014.

FREITAS, M. W. **O modo de pensar a educação permanente em saúde em uma região da cidade de São Paulo.** Dissertação. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2011. 86 p.

LEONELLO, V. M. **Competências para ação educativa da enfermeira: uma interface entre o ensino e a assistência de enfermagem.** Dissertação. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2007.

NASCIMENTO, D. D. G. **A residência multiprofissional em saúde da família como estratégia de formação da força de trabalho para o SUS.** Dissertação. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2008. 154 p.

STOTZ, E. N. **Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde.** Disponível em: <http://www.redepopsaude.com.br/Varal/Politicasaude/DesafioSUS.htm>. Acesso em: 01 abr.2005.

CAPÍTULO 3

A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E O FAZER/APRENDER - INTERAGIR/AGIR DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

CAPÍTULO 3

A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E O FAZER/APRENDER - INTERAGIR/AGIR DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Rosani Pagani

*Você é uma Tartaruga ou uma Águia?
Você é aquele que, diante das dificuldades,
prefere encolher-se na segurança da sua casca?
Ou, quem sabe, você pressinta o instinto da águia que o
impulsiona a aceitar desafios e ultrapassar intempéries?
(RODRIGUES, 1987)*

Concepção de Educação Popular na Saúde

Pensar, refletir, analisar e trabalhar no SUS é, e deve ser, um trabalho que traga satisfação, prazer, motivação e conhecimentos diversos, principalmente sobre as pessoas, entre pessoas e com as pessoas. Quando nos aproximamos das possibilidades de atuação no SUS, percebemos que são amplas, mas com pontos de conexão e interligação em todos seus campos. Quando falamos em praticar a integralidade na atenção, estamos falando da importância de trabalhar com a interdisciplinaridade, intersetorialidade, humanização, educação popular na saúde, e assim sucessivamente, para os vários outros princípios, diretrizes que são preconizadas pelo SUS, concebendo que esses e os demais princípios e diretrizes estão (e devem se manter) sempre conectados/articulados.

Neste capítulo, vamos conversar sobre a educação popular em saúde, que é um forte dispositivo para potencializar o fazer do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) por meio, principalmente, da ampliação de visão de mundo dos profissionais, permitindo-os compreender mais sobre o saber popular, o modo de viver, sobreviver, de se movimentar e de se organizar das pessoas em seus lugares/territórios.

A educação popular em saúde é considerada como um processo de produção de saberes e práticas de saúde, em que todos têm o direito à saúde e à participação no SUS.

Produzir saberes, na perspectiva da educação popular, requer compreendermos que o conhecimento se realiza por meio da reflexão da prática (FREIRE, 2002), criando um diálogo entre diferentes conceitos e visões de mundo. Esse dialogar pressupõe respeito pelo outro e deve considerar que teoria e práticas são distintas, porém inseparáveis e complementares.

Na educação popular, a construção do conhecimento deve acontecer a partir da troca de experiências e conhecimentos, da história de vida, do social e da cultura de cada pessoa, sendo imediatizados pelo mundo ou pela vivência. (FREIRE, 2002)

Façamos uma breve reflexão: O que é “popular”?

Para Vasconcelos (2004, p.79), o adjetivo “popular”, presente no nome Educação Popular, refere-se não à característica de sua clientela, mas à perspectiva política dessa concepção de educação: que delimita a construção de uma sociedade em que as classes populares deixem de ser atores subalternos e explorados para serem sujeitos ativos e importantes na definição de suas diretrizes culturais, políticas e econômicas.

Qual é a concepção de saúde?

A concepção de saúde é distinta e depende do olhar, da visão de mundo e da ideologia dos sujeitos envolvidos. Tradicionalmente, e também no passado, ter saúde se referia à ausência de doença, compreendida como condição orgânica. Na atualidade, esta concepção é ampliada, onde o modo de viver dos sujeitos é valorizado e influencia nas condições de adoecimento.

Para Sales (2002), saúde deve ser entendida como resultante das ideias e atitudes humanas e para que possa ser vivenciada, depende de alguns pré-requisitos básicos de existência individual e coletiva, entendida como qualidade de vida.

Portanto, para que se tenha saúde, segundo o autor, é necessário que os sujeitos a compreendam como o resultado de suas próprias concepções e ações para si, para os outros e para o mundo. A qualidade de vida, nesta perspectiva é, ao mesmo tempo, uma produção individual e coletiva, na qual processos culturais, históricos e sociais são vivenciados.

O que entendemos por educação?

Quanto à Educação, existem inúmeras correntes com distintas definições, algumas complementares, outras divergentes. As correntes mais tradicionais definem educação como produção ou aquisição do conhecimento, onde existe um sujeito detentor do saber, que tem o papel de transmitir a um outro sujeito, cujo papel é apenas receptivo. Nesta concepção, não se considera o saber de cada indivíduo, cada família, cada comunidade, aprendido por meio de sua cultura intergeracional e das próprias vivências.

Fazendo uma analogia ao profissional da saúde nesta perspectiva, percebemos que muitas vezes ele se apresenta de forma diferenciada, imbuído de um saber técnico que lhe confere um *status* superior, desconsiderando ou desqualificando o saber popular no cotidiano de suas ações em saúde.

A Educação Popular traz uma definição mais apurada do que é e de como trabalhar com a educação na saúde. O nosso referencial vai ao encontro pelo que é definido por Sales (2002), em que a Educação é a apuração, aprofundamento ou deformação dos modos de sentir, de pensar, de querer e de agir, das pessoas, grupos, categorias ou classes com quem se esteja trabalhando. Neste sentido, a educação é mais do que simplesmente o aumento ou reorganização de conhecimentos.

O autor supracitado afirma ainda que o saber é bem mais do que o conhecimento, relativizando a literatura que trata de educação, que a reduz à dimensão intelectual, deixando de incluir e de enfatizar no conceito de educação os modos de sentir, de querer e de atuar, nas salas de aula e na administração do cotidiano e da vida em geral.

As pessoas e as instituições colaboram para a transformação ou modificação dos modos de sentir/pensar/querer/agir das pessoas com as quais interagem. Todas as pessoas, todas as instituições e todas as práticas, nesse sentido, atuam como educadores ou deseducadores pelo que fazem ou pelo que deixam de fazer. (SALES, 2002)

Sales (2002) nos provoca a reflexão quando enfatiza que a pedagogia é participativa quando não há imposição de pontos de vista ou de normas disciplinares por parte de quem quer que seja: direção, professores, alunos, profissionais, autores das diferentes áreas do conhecimento. É necessário que todos tenham poder de definir os objetivos do processo de aprendizagem, bem como os meios adequados para a realização dos objetivos definidos.

Ao optarmos por trabalhar na saúde, inúmeros desafios são colocados, dentre eles, o mais complexo, que é cuidar e ser cuidado por pessoas, compreendendo o outro e nos compreendendo nas relações intersubjetivas. Isso exige que façamos um mergulho em um mundo que nos revela, a todo instante, uma nova interpretação, uma maneira diferente de ser entendido/compreendido. A cada momento, somos convidados a desmistificar conceitos, a desconstruir aquilo que percebemos/entendemos sobre o mundo – de forma a ampliar a nossa visão,

trabalhando juntos na constituição de sujeitos e nas formas de subjetivação.

O trabalho com pessoas nos convoca a refletir sobre os diversos aspectos que envolvem o (con)viver e os encontros. Nosso cotidiano é recheado de encontros (bons e maus encontros), nos quais afetamos e somos afetados – por novos conceitos, por diferentes e variadas formas de enxergar a vida. Isso faz com que cada um de nós sejamos desafiados no modo como compreendemos o indivíduo e o coletivo, em suas diferentes dimensões: Saúde e qualidade de vida, Modos de vida, Família e cultura, História de vida e herança cultural, Redes sociais, Comunicação social, Religião e saúde, Saúde e meio ambiente, Relação interpessoais, Estratégias populares de promoção de saúde, Necessidades e demandas de saúde.

Estudar e compreender a educação popular, os movimentos sociais, a participação e o controle social são desafios colocados a todos profissionais do SUS, em especial, neste momento, aos profissionais do NASF. O entendimento e a participação nesses espaços pode ser um primeiro caminho a ser percorrido na busca da ampliação e da compreensão do processo de trabalho da equipe – por parte das pessoas, das equipes de saúde, das famílias e das comunidades.

Essa interação pode aumentar as perspectivas de atuação e reflexão acerca da realidade, buscando formas de atuação que permitam bons encontros e encontros produtivos entre os diversos atores envolvidos no processo de cuidar, potencializando a humanização da atenção sob a ótica da integralidade.

Para reforçar a ideia anteriormente exposta, Vasconcelos (2004) ressalta o quanto a aproximação de profissionais de saúde com o movimento de educação popular e com movimentos sociais possibilita a incorporação, nos serviços de saúde, de formas de relação mais participativas, contribuindo para o rompimento das relações autoritárias predominantes. Segundo o autor, os preceitos da Educação Popular vêm trazendo uma grande contribuição para a desconstrução do autoritarismo dos “doutores”, com vistas a valorização do saber das pessoas doentes e familiares.

Começa-se a perceber em muitos locais que profissionais e equipes de saúde valorizam o saber das pessoas nos espaços de interação entre população e profissionais da saúde (consultas, visitas domiciliares, grupos, movimentos, etc.), principalmente facilitado pelos agentes comunitários de saúde que trazem consigo o conhecimento da comunidade e também o saber das políticas de saúde.

Breve percurso da história da Educação Popular em Saúde, dos Movimentos Sociais e o Controle Social no Brasil

História da Educação Popular em Saúde, os recortes dos principais autores

Torna-se necessário, pela amplitude do assunto, ressaltar que muitos estudiosos têm refletido a respeito da educação popular. Entre eles, destacamos: Paulo Freire, Ivandro Sales, Vera Dantas, Israel Brandão e Eymar Vasconcelos. Neste momento, vamos fazer um pequeno recorte e focar em alguns autores que descrevem a evolução da Educação Popular em Saúde no Brasil.

Verificamos que a Educação Popular começou a se estruturar, como campo teórico e como prática social, no final da década de 1950, quando intelectuais e educadores ligados à Igreja Católica, influenciados pelo humanismo personalista que florescia na Europa no pós-guerra, voltaram-se para as questões populares. Paulo Freire foi o pioneiro no trabalho de sistematização teórica da Educação Popular. Seu livro *Pedagogia do oprimido* (1966) ainda repercute em todo o mundo. (VASCONCELOS, 2004)

As campanhas sanitárias da Primeira República e a expansão da medicina preventiva para algumas regiões do país, a partir da década de 1940, no Serviço Especial de Saúde Pública, apresentavam estratégias de educação em saúde autoritárias, tecnicistas e biologicistas, em que as classes populares eram

vistas e tratadas como passivas e incapazes de iniciativas próprias. (VASCONCELOS, 2001a, p.73)

Até a primeira metade da década de 1970, a prática de atenção à saúde se resumia quase que exclusivamente à medicina privada para os que podiam pagar; e nos hospitais da previdência social, para os trabalhadores que tinham carteira assinada, em ambas as situações as práticas desenvolvidas eram de caráter basicamente curativista. (GOMES; MERHY, 2011, p. 09)

Gomes e Merhy (2011, p.10) descrevem que as práticas preventivas e educativas em saúde se davam de forma isolada. As condições de saúde das classes pobres eram péssimas e não refletiam o crescimento econômico que o país apresentara nos últimos anos. A crescente insatisfação política desencadeou um processo de instabilidade social que obrigou o Estado a voltar sua atenção aos problemas mais básicos da população.

A partir desse momento, inicia-se no Brasil a implementação de uma proposta de medicina comunitária, que empregava técnicas simplificadas de baixo custo e onde os aspectos preventivos de saúde eram valorizados. Nessa política de saúde, são criados vários postos e centros de saúde em muitas regiões e cidades periféricas dos grandes e médios centros de desenvolvimento.

Nesses espaços, os profissionais de saúde se viram diante da necessidade de atuar próximos da realidade das pessoas que eles atendiam e passaram a se integrar na dinâmica da vida das classes populares. (VASCONCELOS, 2011b)

Cabe ainda destacar que nos anos de 1970, junto aos movimentos sociais emergentes, começaram a surgir experiências de serviços comunitários de saúde desvinculados do Estado, em que profissionais de saúde aprendiam a se relacionar com os grupos populares, começando a esboçar tentativas de organização de ações de saúde integradas à dinâmica social local. Com o processo de abertura política, movimentos populares que já tinham avançado na discussão das questões de saúde, passaram a reivindicar serviços públicos locais e a exigir participação no controle de serviços já estruturados. A

experiência ocorrida na Zona Leste da cidade de São Paulo é o exemplo mais conhecido, mas o Movimento Popular de Saúde (MOPS) chegou a aglutinar centenas de outras experiências nos diversos Estados. (VASCONCELOS, 2004, p.69)

Assim, a participação de profissionais de saúde nas experiências de Educação Popular, a partir dos anos de 1970, trouxe para o setor saúde uma cultura de relação com as classes populares representando uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde. (VASCONCELOS, 2004, p.69)

É importante destacarmos a reforma sanitária, processo que se dá por meio de várias lutas políticas e institucionais que se intensificaram durante toda a década de 1980. Ela contou com a participação de vários profissionais que haviam desenvolvido experiências inovadoras na organização da atenção à saúde, muitos dos quais passaram a ocupar posições de gestão em algumas administrações públicas mais progressistas. (GOMES; MERHY, 2011, p.10)

Com os movimentos, e em especial o da reforma sanitária, cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição Federal de 1988 afirma, no seu art. 196, que a saúde é um direito universal e responsabiliza o Estado pela realização de políticas públicas intersetoriais que a garantam. O SUS é regulamentado com a Lei 8.080/16, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que definiu alguns dos seus princípios e diretrizes, sendo: universalidade, integralidade, equidade, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. (GOMES; MERHY, 2011)

É importante destacar que alguns aspectos de sua regulamentação passaram por vetos presidenciais e foram revistos a partir da Lei 8.142, ainda em 1990, em especial os que tratam da participação popular na gestão e no controle do sistema.

Em 1991, profissionais de saúde, lideranças de movimentos sociais e pesquisadores envolvidos em diversas experiências que

se baseavam nos princípios da educação popular se organizaram em torno da Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde, que foi constituída no I Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde, ocorrido em São Paulo. Em 1998, a articulação muda de nome para Rede de Educação Popular e Saúde, a qual passa a representar um espaço importante de articulação política, de troca de experiências e de formulação de teorias e de propostas alternativas para o funcionamento dos serviços de saúde. (GOMES; MERHY, 2011, p.10)

Para Vasconcelos (2004), na atualidade, muitas instituições de saúde e grupos de profissionais têm buscado enfrentar o desafio de incorporar no serviço público a metodologia da Educação Popular, adaptando-a ao novo contexto de complexidade institucional e da vida social nos grandes centros urbanos. Enfrentam tanto a lógica hegemônica de funcionamento dos serviços de saúde, subordinados aos interesses de legitimação do poder político e econômico dominante, como a carência de recursos oriunda do conflito distributivo no orçamento, numa conjuntura de crise fiscal do Estado.

Para o autor, esses grupos estão engajados na luta pela democratização do Estado, na qual o método da Educação Popular passa a ser um instrumento para a construção e ampliação da participação popular no gerenciamento e reorientação das políticas públicas.

Hoje, observam-se duas grandes interfaces na relação educativa entre serviços de saúde e população. A primeira diz respeito aos meios de comunicação de massa, e a segunda encontra-se relacionada à convivência entre profissionais e população no cotidiano dos serviços de saúde e nos seus territórios de responsabilidades. É importante pontuar que a segunda interface, na medida em que permite um contato muito próximo entre os vários atores envolvidos no processo educativo, permite um rico aprendizado dos caminhos de uma educação em saúde que respeite a autonomia e valorize a criatividade dos educandos. (VASCONCELOS, 2004, p.70)

Refletindo sobre as várias organizações de movimentos sociais no Brasil

É complexa uma conceituação precisa do que são os movimentos sociais, pois em cada momento histórico, as teorias mostram percepções diferenciadas deste fenômeno. (GOSS; PRUDÊNCIA, 2004)

Os primeiros estudos sobre os movimentos sociais na América Latina datam da década de 1970, e são frutos de uma conjuntura intelectual e política, ambas muito específicas daquele período. (GOSS; PRUDÊNCIA, 2004, p.78)

Segundo os autores supracitados, as teorias sobre movimentos sociais o dividiram em dois tipos: os “movimentos sociais tradicionais” e os “novos movimentos sociais”. Por meio dessa segmentação, os movimentos sociais tradicionais são considerados como uma expressão coletiva das minorias em sociedades industrializadas e estratificadas, cujo principal objetivo é transcender as classes sociais orientados pela busca de conquistas no plano econômico-estrutural.

Movimentos sociais se organizaram após a Segunda Guerra Mundial e encontram-se relacionados às demandas por reconhecimento ou contra opressões simbólicas. Seus discursos valorizam princípios como: livre organização, autogestão, democracia de base, direito à diversidade e respeito à individualidade, respeito à identidade local e regional, bem como a noção de liberdade individual em associação com a liberdade coletiva. (GOSS; PRUDÊNCIO, 2004, p.78)

Esses movimentos, considerados como importantes dentro de um cenário sociopolítico, são significativos como possíveis fontes de transformação social, bem como de possíveis mudanças na estrutura de dominação vigente.

Uma das características marcantes dos novos movimentos sociais é a tendência que este segmento apresenta de perceber que seus processos reivindicatórios podem e devem se associar às demandas e às reivindicações de outros movimentos. Desta forma, quando um dado movimento social interage com outros

processos coletivos, dá-se a oportunidade de nascimento de uma nova visão do coletivo, dos fenômenos sociais. (CARDOSO, 1987)

Após este breve histórico a respeito dos movimentos sociais, pode-se perceber a potencialidade desta estrutura (estrutura dos movimentos sociais) como possível caminho para a superação de problemas envolvendo questões de cidadania e participação social.

Surgimento e breves reflexões sobre o Controle Social

A participação e o controle social estão garantidos na legislação vigente, de forma permanente e deliberativa, fruto de um movimento e de uma construção histórica que garantiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado.

A Lei Federal 8.142/90 (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPUBLICA, 1990) regulamenta as instâncias de participação e controle social no âmbito do SUS – como expressão de uma conquista e não como concessão, caracterizado pelo controle que a população deve ter sobre o Estado, na formulação de estratégias, na orientação de ações e gastos, no acompanhamento e na execução da política, interferindo na gestão pública com vistas aos interesses da coletividade. (CORREIA, 2000)

Para Cohn (2000), o termo controle social vem sendo utilizado para designar a participação da sociedade prevista na legislação do SUS – participação esta que se efetiva principalmente nos conselhos e conferências de saúde, a partir de discussões, estabelecimento de consensos e pactuações, com o intuito de definir políticas de saúde mais efetivas a serem implementadas.

O controle social representa uma força capaz de efetivar conquistas e impulsionar mudanças a partir da participação da população nas tomadas de decisão em saúde – desde o planejamento até o desenvolvimento da atenção e das políticas de saúde no contexto dos serviços.

Mesmo não havendo uma uniformidade de funcionamento dos conselhos em todo território nacional, este espaço deve ser

considerado como um espaço democrático de participação social, que precisa ser estimulado, com vistas a uma gestão participativa que busca garantir os direitos dos cidadãos. (MARTINS, 2008)

Resgatando a atuação do NASF na Atenção Básica, como se dá a participação dos profissionais do NASF nos conselhos locais de saúde? O processo de trabalho e a dinâmica da equipe são pactuados e negociados com os segmentos da sociedade representados nos conselhos?

O NASF deve estar presente e atuante nestes espaços, a fim de que seu modelo de atenção e concepção de saúde e doença sejam socializados e amplamente debatidos e, a partir da compreensão de sua proposta, haja a construção coletiva de estratégias para o desenvolvimento do processo de trabalho da equipe, com base na realidade e necessidades de cada território.

Ainda que não caiba aos conselhos o papel de executor direto das políticas públicas de saúde, sua atuação prevê uma participação ativa na formulação dessas políticas, a partir da definição de prioridades e aprovação de planos de ação em saúde, assim como no controle de sua execução em termos de eficiência, eficácia, efetividade e qualidade do serviço prestado.

O Processo dialógico entre o saber popular e o saber científico

É necessário compreender e se apropriar do processo dialógico que existe e deve existir entre o saber popular e o saber científico. Identificando a inter-relação entre eles, e o seu potencial, quando trabalhados de forma complementar.

Para Gomes e Merhy, (2011) a educação popular em saúde, busca empreender uma relação de troca de saberes entre o saber popular e o científico, com enriquecimento recíproco.

Para outros autores, essa proposta torna-se cada vez mais necessária, uma vez que houve com o passar do tempo um certo distanciamento cultural entre as instituições de saúde e a

população, fazendo com que não houvesse uma compreensão do modo de operar desses grupos. (GOMES; MERHY, 2011, p.11)

Como exemplo desta dificuldade de compreensão temos a medicina, que por ter se distanciado dos saberes, estratégias e significados que as classes populares atribuem aos processos de adoecimento, apresentam limitações para estruturar modos de agir que possibilitem a integração entre o saber popular e o saber técnico-científico. (GOMES; MERHY, 2011, p.11)

Esses autores destacam também que, via de regra, ou se confia no bom senso do profissional de saúde ou se produzem trabalhadores específicos para desenvolver medidas sanitárias desarticuladas dos atendimentos individuais, gerando pouco impacto na situação de saúde dos coletivos.

Para muitos serviços de saúde, a Educação Popular tem significado um instrumento fundamental na construção histórica de uma medicina integral, na medida em que se dedica à ampliação da inter-relação entre as diversas profissões, especialidades, serviços, doentes, familiares, vizinhos e organizações sociais locais envolvidos num problema específico de saúde, fortalecendo e reorientando suas práticas, saberes e lutas. (VASCONCELOS, 2008)

Deste modo, torna-se necessário uma redefinição da prática dos profissionais de saúde, onde a reorganização das ações possa se estabelecer não somente a partir de uma nova tecnologia ou sistema de conhecimento, mas pela articulação de múltiplas, diferentes e até contraditórias iniciativas presentes em cada problema de saúde, em um processo que valoriza principalmente os saberes e práticas dos sujeitos usualmente desconsiderados devido a sua origem popular. (VASCONCELOS, 2004, p.77)

Faz-se necessário criar e desenvolver diversas estratégias de diálogo entre o pensar e o fazer da população e dos profissionais de saúde, assim como incluir e realizar iniciativas de busca de soluções técnicas construídas a partir do diálogo entre o saber popular e o saber acadêmico.

Educação Popular enquanto um Método a ser Vivenciado

A educação popular tem um instrumental teórico importante para o desenvolvimento de novas relações, com ênfase ao diálogo, a valorização do saber popular e busca de uma inserção na dinâmica local (VASCONCELOS, 2001), tendo a identidade cultural como base do processo educativo, e compreendendo que respeitar o saber popular necessariamente implicará no respeito ao contexto cultural. (FREIRE, 1999)

O trabalho do profissional do NASF se amplia, qualifica e diversifica quando se insere na dinâmica local, conhecendo principalmente o contexto cultural do sujeito e a comunidade de um determinado território. Desta forma, poderá ocorrer um aprofundamento e possíveis mudanças, nos modos de agir, de compreender, de sentir entre as pessoas – profissionais e comunidade.

Para Gomes e Merhy (2011), a educação popular é vista como ferramenta para a luta social de diversos sujeitos articulada em vários movimentos sociais, disputando os rumos das políticas sociais no Brasil e na América Latina.

Vasconcelos (2004, p.71) discute que o método da educação popular toma como ponto de partida, do processo pedagógico, o saber anterior do sujeito. No trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência e pela transformação da realidade, as pessoas vão adquirindo entendimento sobre a sua inserção na sociedade e na natureza. Esse conhecimento fragmentado e pouco elaborado é a matéria-prima da Educação Popular. A valorização do saber e valores do sujeito permite que ele se sinta “em casa” e mantenha sua iniciativa.

O autor supracitado destaca que, nesse sentido, não se reproduz a passividade usual dos processos pedagógicos tradicionais, uma vez que na Educação Popular, não basta que o conteúdo discutido seja revolucionário, se o processo de discussão se mantém de cima para baixo.

A Educação Popular enfatiza não o processo de transmissão de conhecimento, mas a ampliação dos espaços de interação cultural e negociação entre os diversos atores envolvidos em determinado problema social, para a construção compartilhada do conhecimento e da organização política necessários à sua superação. Ao invés de procurar difundir conceitos e comportamentos considerados corretos, procura problematizar, em uma discussão aberta, o que está incomodando e oprimindo.

Prioriza, assim, a relação com os movimentos sociais por serem expressão mais elaboradas dos interesses e da lógica dos setores subalternos da sociedade, cuja voz é usualmente desqualificada nos diálogos e negociações. (VASCONCELOS, 2004, p.71)

Até o momento, trabalhamos com autores e pesquisadores de reconhecido saber sobre a temática em questão, em especial, sobre educação popular em saúde, mas gostaríamos também de refletir como a população percebe e sente o que é Educação.

A seguir, uma entrevista de um pequeno produtor rural do interior do nosso país, para ilustrar o que é Educação em sua visão de mundo.

Agora, o senhor chega e pergunta: “Ciço, o que que é educação?” ... o senhor fala: “Educação”; daí eu falo: “educação”. A palavra é a mesma, não é? É uma só: “Educação”. Mas então eu pergunto pro senhor: “É a mesma coisa? É do mesmo que a gente fala quando diz essa palavra?” Aí eu digo: “Não”. “Não, não é”. Eu penso que não.

Educação... quando o senhor chega e diz “educação”, vem do seu mundo, o mesmo, um outro.

Quando eu sou quem fala vem dum outro lugar, de um outro mundo. Vem dum fundo de oco que é o lugar da vida dum pobre, como tem gente que diz. Comparação, no seu essa palavra vem junto com quê? Com escola, não vem? Com aquele professor fino, de roupa boa, estudado: livro novo, bom, caderno, caneta, tudo muito separado, cada coisa do seu jeito, como deve ser. Um estudo que cresce e que vai muito longe de um saberzinho só de alfabeto, uma conta aqui e outra ali. Do seu mundo vem um estudo de escola que muda gente em douto. É fato? Penso que é, mas eu penso de longe, porque eu nunca vi isso por aqui.

Então, quando o senhor vem e fala a pronúncia “educação”, na sua educação tem disso. Quando o senhor fala a palavra conforme eu sei pronunciar também, ela vem misturada no pensamento com isso tudo; recursos que no seu mundo tem. Uma coisa assim como aquilo que a gente conversava outro dia, lembra? Dos evangelhos: “Semente que caiu na terra e deu fruto bom”. (...)

Quando eu falo o pensamento vem dum outro mundo. Um que pode até ser vizinho do seu, vizinho assim, de confrontante, mas não é o mesmo. A escolinha cai-não-cai ali num canto da roça, a professorinha dali mesmo, os recursos tudo como é o resto da regra de pobre. Estudo? Um ano, dois, nem três. Comigo não foi nem três. Então eu digo “educação” e penso “enxada”, o que foi pra mim.

Porque é assim desse jeito que eu queria explicar pro senhor. Tem uma educação que vira o destino do homem, não vira? Ele entra ali com um destino e sai com outro. Quem fez? Estudo, foi estudo regular: um saber completo. Ele entra dum tamanho e sai do outro. Parece que essa educação que foi a sua tem uma força que tá nela e não tá. Como é que um menino como eu fui mudá num douto, num professor, num sujeito de muita valia?

Agora, se eu quero lembrar da minha: “enxada”. Se eu quero lembrar: “trabalho”. E eu hoje só dou conta de um lembrzinho: a escolinha, um ano, dois, um caderninho, um livro, cartilha? Eu nem sei, eu não lembro. Aquilo de um bê-a-bá, de um alfabetozinho. Deu pra entender? Não deu. Deu pra saber escrever um nome, pra ter uma letrinha, outra. Foi só. O senhor sabe? Muito companheiro meu na roça, na cidade mesmo, não teve nem isso. A gente vê velho aí pra esses fundos que não sabe separar um A dum B. Gente que pega dum lápis e desenha o nome dele lá naquela dificuldade, naquele sofrimento. Mão que foi feita pro cabo da enxada acha a caneta muito pesada e quem não teve prazo dum estudozinho regular quando era menino, de velho é que não aprende mais, aprende?

Pra quê? Porque eu vou dizer uma coisa pro senhor: pra quem é como esse povo de roça o estudo de escola é de pouca valia, porque o estudo é pouco e não serve pra fazer da gente um melhor. Serve só pra gente seguir sendo como era, com um pouquinho de leitura. (...)

O senhor faz pergunta com um jeito de quem sabe já a resposta. Mas eu explico assim. A educação que chega pro senhor é a sua, da sua gente, é pros usos do seu mundo. Agora, a minha educação é a sua. Ela tem o saber de sua gente e ela serve pra que mundo? Não é assim mesmo? A professora da escola dos seus meninos pode até ser uma vizinha sua, uma parente, até uma irmã, não pode?

Agora, e a dos meus meninos? Porque mesmo nessas escolinhas de roça, de beira de caminho, conforme é a deles, mesmo quando a professorinha é uma gente daqui, o saber dela, o saberzinho dos meninos, não é. Os livros, eu digo, as ideias que tem ali. Menino aqui aprende na ilusão dos pais; aquela ilusão de mudar com estudo, um dia. Mas acaba saindo como eu, como tantos, com umas continhas, uma leitura. Isso ninguém não vai dizer que não é bom, vai? Mas pra nós é uma coisa que ajuda e não desenvolve.

Então, “educação”. É por isso que eu lhe digo que a sua é a sua e a minha é a sua. Só que a sua lhe fez. E a minha? Que a gente aprende mesmo, pros usos da roça, é na roça. É ali mesmo: um filho com o pai, uma filha com a mãe, com uma avó. Os meninos vendo os mais velhos trabalhando.

Inda ontem o senhor me perguntava da Folia de Santos Reis que a gente vimos em Caldas: “Ciço, como é que um menino aprende o cantório? As respostas?” Pois o senhor mesmo viu o costume. Eu precisei lhe ensinar? Menino tão ali, vai vendo um, outro, acompanha o pai, um tio. Olha, aprende.

Tem inclinação prum cantório? Prum instrumento? Canta, tá aprendendo; pega, toca, tá aprendendo. Toca uma caixa (tambor da Folia de Reis), tá aprendendo a caixa; faz um tipe (tipo de voz do cantório), tá aprendendo cantar. Vai assim, no ato, no seguir do acontecido.

Agora, nisso tudo tem uma educação dentro, não tem? Pode não ter um estudo. Um tipo dum estudo pode ser que não tenha. Mas se ela não sabia e ficou sabendo é porque no acontecido tinha uma lição escondida. Não é uma escola; não tem um professor assim na frente, com o nome “professor”. Não tem... Você vai juntando, vai juntando e no fim dá o saber do roceiro, que é um tudo que a gente precisa pra viver a vida conforme Deus é servido. Quem que vai chamar isso aí de uma educação? Um tipo dum ensino esparramado, coisa de sertão.

Mas tem, não tem? Não sei. Podia ser que tivesse mais, por exemplo, na hora que um mais velho chama um menino, um filho. Chama num canto, fala, dá um conselho, fala sério um assunto; assim, assim. Aí pode. Ele é um pai, um padrinho, um mais velho. Na hora ele representa como de um professor, até como um padre. Tem um saber que é falado ali naquela hora. Não tem um estudo, mas tem um saber. O menino baixa a cabeça, daí ele escuta; aprendeu, às vezes não esquece mais nunca.

Então vem um e pergunta assim: “O Ciço, o Antônio Ciço, seus meninos tão recebendo educação?” Que seja um padre, que seja o

senhor. Eu respondo: “Homem, uma eles tão. Em casa eles tão, que a gente nunca deixa de educar um filho conforme os costumes. Mas educação de estudo, fora os dois menorzinhos, eles tão também, que eles tão na escola”. Então quer dizer que é assim: tem uma educação – que eu nem sei como é que é mesmo o nome que ela tem – que existe dentro do mundo da roça, entre nós. Agora, tem uma – essa é que se chama mesmo “educação” – que tem na escola.

Essa que eu digo que é sua. É a educação que eu digo: “de estudo”, de escola; professora, professorinha, coisa e tal. Daqui, mas de lá.

A gente manda os meninos pra escola. Quem é que não manda? Só mesmo um sujeito muito atrasado. Um que muda daqui pra lá a toda hora. Um outro que mora aí, pros fundos de um sertão, longe de tudo. A gente manda, todo mundo por aqui manda menino pro estudo. É longe, o senhor viu, mas manda. Podiam tá na roça com o pai, mas tão na escola. Mas quem é pobre e vive nessa descrença de trabalhar dum tanto, a gente crê e descrê. Menino desses pode crescer aí sem um estudozinho que seja, da escola? Não pode. Eu digo pro senhor, não pode. O meu saberzinho, que já é muito pouco, veio de aprender com os antigos, mais que da escola; veio a poder de assunto, mais do que de estudo regular. Finado meu pai já dizia assim. Mas pra esses meninos, quem sabe o que espera? Vai ter vida na roça pra eles todo o tempo? Tá parecendo que não. E, me diga, quem é quem na cidade sem um saberzinho de estudo? Se bem que a gente fica pensando: “O que é que a escola ensina, meu Deus?”. Sabe? Tem vez que eu penso que pros pobres a escola ensina o mundo como ele não é. (...).

Agora, o senhor chega e diz: “Ciço, e uma educação dum outro jeito? Um saber pro povo do mundo como ele é?” Esse eu queria ver explicado. O senhor fala: “Eu tô falando duma educação pro povo mesmo, um tipo duma educação dele, assim, assim”. Essa eu queria saber como é. Tem?

Aí o senhor diz que isso bem podia ser feito; tudo junto: gente daqui, de lá, professor, peão, tudo.

Daí eu pergunto: “Pode? Pode ser dum jeito assim? Pra quê? Pra quem? (...)”. (Antônio Cícero de Sousa – Lavrador de sítio na estrada entre Andradas e Caldas, no sul de Minas Gerais. Também dito Antônio Ciço, Tonho Ciço e, ainda, Ciço). (THEODORO, 2009, p.1-4)

Na fala do Ciço, conseguimos identificar inúmeros aspectos sobre a Educação, dentre eles, que a Educação deve considerar o saber de cada indivíduo, família e comunidade, aprendido por meio da **cultura das gerações e das próprias vivências**.

Esta compreensão ampliada do que é educação, trazida por este pequeno produtor rural, vai ao encontro com a definição de Sales (2002): a **Educação** é a apuração e aprofundamento dos modos de sentir, pensar, querer e agir, das pessoas e dos grupos.

A Educação Popular e o Fazer/Aprender/Interagir/Agir do NASF

Como se apropriar e vivenciar a educação popular nos espaços de trabalho do NASF? Os autores, Vasconcelos (2004) e Sales (2002), colocam que o primeiro passo para vivenciar a educação popular começa com o reconhecimento de que todo sujeito tem um saber anterior que precisa ser valorizado, o segundo passo é a criação de espaços que permitam o processo de problematização e discussões horizontais, sendo estes espaços de interação cultural e de negociações entre os atores envolvidos, permitindo a construção compartilhada do conhecimento e a organização necessária para superação dos problemas. É, fundamentalmente, poder desenvolver uma ação pedagógica voltada para a apuração do sentir/pensar/agir dos sujeitos, para a construção de uma sociedade mais participativa, mais solidária, e conseqüentemente mais justa.

Voltando o nosso olhar para a atenção básica, percebemos o quanto vem se ampliando e potencializando atualmente, principalmente com criação de novos projetos, programas e modalidades de equipes (Portaria 2488/2011). Modalidades que surgem com o desafio de desenvolver seu processo de trabalho integrado e compartilhado entre equipes (equipe de saúde da família, equipe de atenção básica para população específica e equipes NASFs). Essas equipes têm um papel importante no que

se refere ao fortalecimento das funções primordiais da atenção básica, que são: cuidar das pessoas sobre sua responsabilidade, ordenar as redes de atenção, coordenar cuidado integral, trabalhar com a educação e a formação em saúde. Essas funções devem ocorrer de forma articulada na gestão, na atenção e com a comunidade.

A ampliação da atenção básica vem permitindo que sejam criados novos espaços de encontros entre profissionais, gestores e população com organização de processos de trabalhos voltados para a necessidade de saúde do território.

Dantas et al. (2008) destacam que esta nova configuração de equipe pressupõe novos cenários de encontros – cenários estes que envolvem profissionais, população e gestores. O trabalho destas equipes deve apontar para a inclusão social e a promoção da vida, numa perspectiva de romper com a ideia de ações meramente centradas na doença, para ações que possibilitem a produção de saúde e coprodução de autonomia.

Para os autores supracitados, percebe-se na prática que as dificuldades de pensar saúde de forma ampliada se devem, em primeiro lugar, à formação dos profissionais. Na graduação, tanto a inserção prática como teórica do conhecimento das realidades individuais e coletivas não é priorizada, nem valorizada como primordial, não proporcionando uma maior aproximação com as formas como os indivíduos produzem saúde.

Por esse motivo, a prática diária dos profissionais de saúde da família, em sua grande maioria, está limitada à tentativa de resolver as demandas clínicas dos usuários, não existindo espaço para a compreensão das histórias de vida, bem como riscos, vulnerabilidades ou as formas de integração na comunidade.

Ainda segundo Dantas et al. (2008, p.5), as justificativas para este modo de fazer saúde estão ligadas a: demanda excessiva, quantidade insuficiente de profissionais com formação em saúde da família, dificuldades na organização dos serviços, modelo de formação atual ainda centrado na doença e voltado para o consumo de serviços e insumos, que desconsidera os contextos sociais e as noções sobre território.

Torna-se imprescindível despertar nos profissionais de saúde à incorporação de um olhar ampliado sobre a comunidade, bem como de ferramentas necessárias para a compreensão da dimensão do contexto comunitário e do território como um espaço de superação de situações de risco, conflito e vulnerabilidades, aproximando os serviços de saúde, das reais necessidades dos indivíduos. (DANTAS et al., 2008)

Atualmente temos a Residência Multiprofissional em Saúde que se propõe a formar profissionais com este olhar mais ampliado. Em que, no seu projeto político-pedagógico priorize conteúdos, estratégias e cenários de aprendizagem inseridos nas Redes, no contexto comunitário e do território, que possibilite as transformações nas práticas de saúde com o envolvimento da gestão, atenção, formação e participação social.

Na atuação dos profissionais da saúde da família e do NASF, é necessário que haja espaços dialógicos de construção na perspectiva da Educação Popular, visando ampliar a atuação dos profissionais junto à população. Assim, Dantas et al. (2008, p.5) destacam alguns pontos importantes que precisamos considerar na prática:

a) compreender a constituição histórica da comunidade – suas lutas, necessidades, situações, como possibilidades de transformação da vida e do contexto, com base nas forças e potencialidades locais. Conhecer as situações-limite (FREIRE, 1999) – aqui entendidas como aquilo que dificulta a concretização dos sonhos, desejos e necessidades, a fim de novas ações e proposições possam ser construídas de forma compartilhada e corresponsabilizada entre os atores sociais e institucionais, com vistas a uma mudança de cenário e possível resolução;

b) conhecer e participar das festas populares, uma vez que a arte e a cultura em suas celebrações podem potencializar o compartilhamento de saberes e colaborar para uma visão mais integral desta população, por meio da utilização desta memória social;

c) desenvolver a observação participante como um dos instrumentos fundamentais para os profissionais, considerando sua implicação com a comunidade, já que a proposta de atuação da saúde da família implica na longitudinalidade e na construção de vínculos duradouros;

d) construir testemunhos e narrativas de vida, trazendo as possibilidades de um saber coletivo carregado de historicidade, subjetividade e sentidos. As narrativas incorporam a oralidade e potencializam a atualização temporal e espacial desses atores-sujeitos em seus discursos.

As narrativas e a observação participante pressupõem uma escuta sensível que, segundo Barbier (2002), está ligada à compreensão do universo afetivo, imaginário e cognitivo do outro, reconhecendo-o e respeitando-o sem, entretanto, aderir às suas opiniões, apoiando-se na empatia e na totalidade complexa da pessoa. (DANTAS et al., 2008, p.6)

Essas estratégias poderão potencializar a construção de uma abordagem multirreferencial dos acontecimentos, situações e práticas individuais e coletivas que permitirão a construção de interfaces com os diversos campos e setores que atuam no âmbito do território. (DANTAS et al., 2008, p.6)

Nesse sentido, as várias linguagens da arte, da comunicação popular, das práticas populares de cuidado e dos grupos e movimentos organizados, oportunizarão aos profissionais novas formas de lidar com as dimensões mais totalizadoras do sujeito que, em geral, são esquecidas nos processos de cuidado em saúde. (DANTAS et al., 2008, p. 6)

Finalizando: para concretizar e iniciar

A seguir são apresentadas sugestões de ações para o NASF utilizando a proposta da Educação Popular em Saúde:

- **Participar dos espaços dos movimentos sociais**, de atividades culturais e comunitárias do território. Essas atividades proporcionam dinamização das relações no território de abrangência, pois constituem instrumentos de comunicação comunitária, mobilização social e desenvolvimento do protagonismo para possíveis mudanças coletivas.

- **Utilizar a educação popular nos grupos realizados, valorizando, escutando e aprendendo com o saber popular.** O saber técnico não pode, não deve dominar o saber popular. Na realização de grupos, a relação entre estes dois saberes deverá ser estabelecido por meio de uma relação de diálogo, horizontal e democrática.

- **Conhecer a história do território e sua relação com o fazer saúde**, através das “personagens-chave” do bairro. É por meio dos processos históricos que também podemos sensibilizar uma comunidade para que se possa reconhecer as condições de vida no seu território, as possibilidades de mudança, as iniciativas já existentes para sua melhoria e a existência de recursos naturais, culturais e econômicos, que podem ser utilizados na melhoria da qualidade de vida da comunidade.

- **Participar dos espaços do território** para conhecer a comunidade, hábitos, seus costumes, seu modo de viver e compreender a vida. A comunidade se auto-organiza das mais variadas formas, por meio de suas interações locais, de suas demandas, seus conflitos, estabelecendo e construindo regras internas. Nesse sentido, compreender o contexto permite uma maior aproximação da realidade possibilitando intervenções e propostas condizentes com as reais necessidades populacionais.

- **Participar do conselho local de saúde**, dos grupos existentes da comunidade, etc.: Por meio dos conselhos de saúde, os cidadãos podem influenciar as decisões do governo relacionadas à saúde e, também ao planejamento e à execução de políticas de saúde. A partir do momento que as pessoas conseguem visualizar a atuação do conselho, como sendo uma possibilidade para melhorar a

qualidade dos serviços de saúde, elas se interessam em participar, pois enxergam que sua participação gera resultados positivos para a comunidade.

- **Identificar pessoas com talento no território** e facilitar sua participação em eventos, grupos, etc., fortalecendo o vínculo e possibilitando novos espaços para as pessoas em seu território ou em outros territórios das equipes de saúde.

- **Considerar a singularidade é reconhecer e valorizar as diferenças**, a diversidade das pessoas que fazem parte de um dado território. Este reconhecimento proporciona atuar sobre um dos mecanismos de discriminação e exclusão que são entraves à plenitude da cidadania para todos.

- **Compreender e respeitar a emoção, os sentimentos e os valores** dos indivíduos e coletivos, fomentando a autonomia das pessoas e grupos.

- **Trabalhar no coletivo** com momentos de problematização e reflexão. Considerar a singularidade é reconhecer e valorizar as diferenças, a diversidade das pessoas que fazem parte deste coletivo.

Para fazer, realizar, vivenciar, aprender a educação popular não é necessário um dia, um espaço, um momento, uma organização, ela pode ocorrer nos dias, nos espaços, nos momentos, na organização dos profissionais de saúde nos seus territórios. Sempre de uma forma viva, dinâmica, problematizadora, reflexiva e dialógica.

O fundamental é que a educação popular possa contribuir para que ocorra a ampliação da visão de mundo através da inclusão do saber popular nas práticas vivenciadas pelos profissionais do NASF. A construção do conhecimento acontece por meio da troca de experiências e conhecimentos, da história de vida e da cultura de cada pessoa, entre as pessoas. O fundamental é criar diálogo entre diferentes saberes e a participação das diversas pessoas, para a construção de um novo saber.

Referências

BARBIER, R. **A pesquisa-ação**. Tradução por Lucie Didio. Brasília: Plano, 2002. (Série Pesquisa em Educação, v.3).

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e outras providências. Brasília (DF), 1990.

COHN, A. **Cidadania e formas de responsabilização do poder público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde**. Cadernos da XI Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CORREIA, M. V. C. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumentos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

DANTAS, V. L. A.; PEREIRA, A. S. G.; GOMES, K. W. L. A construção de novas práticas em Saúde da Família a partir da interação com os sujeitos populares. In: SILVA, A. C. et al. (orgs.). **Livro do médico de família**. Fortaleza: LCR, 2008. v. 10, p. 103-7.

FREIRE. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 25 ed. São Paulo: Paz e Terra, digitalizado em 2002.

_____. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 6 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, n.1, p. 7-18, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n1/02.pdf>>

GOSS, K.; PRUDÊNCIA, K. Conceitos de movimentos sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 75-91, jan.-jul. 2004.

MARTINS, P. C. et al. Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: matizes da utopia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-21, 2008.

SALES, I. C. **Uma pedagogia para a Residência em Saúde da Família**: pressupostos teóricos e metodológicos. 2002 (Mimeo).

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 4. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

_____, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67- 83, 2004.

_____. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da Rede de Educação Popular nos Serviços de Saúde. São Paulo: Hucitec, 2001a.

_____. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos Serviços de Saúde. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v. 5, n. 8, p. 121-26, fev. 2001b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n8/09.pdf>.

CAPÍTULO 4

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) E A CONSTRUÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

CAPÍTULO 4

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) E A CONSTRUÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

*Fernanda Rocco Oliveira
Michele Peixoto Quevedo*

Diretrizes da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde (MS) apontam que os Modelos de Atenção à Saúde devem estar voltados a um cuidado integral da população, com garantia de acesso equânime aos serviços e terapêuticas. Busca-se a superação de um sistema fragmentado, voltado ao cuidado biomédico e independente, com vistas a construir uma rede de cuidados progressivos que oportunize assistência à população atendida, assim como coloca Mendes (2008), no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa, de forma humanizada.

Atualmente, a organização dos serviços de saúde, em sua maioria, ainda apresenta uma forma fragmentada, distribuída em pontos de atenção, em que cada serviço se responsabiliza isoladamente pelo cuidado do paciente, e a assistência está orientada a responder casos agudos, focando na eliminação da doença, na cura, na medicalização.

Este é um desafio a ser superado, pois a complexidade dos problemas de saúde de uma população evidencia a necessidade de organização de um sistema rizomático¹ ou seja, construído

¹ Rizoma que se origina da palavra Rizomático, traduz um modelo descritivo dos teóricos Gilles Deleuze e Félix Guattari. Esta noção foi adotada da estrutura de algumas plantas possuidoras de brotos que se ramificam em qualquer ponto, podendo também engrossar e transformar-se em um bulbo ou tubérculo. Em se tratando deste modelo epistemológico, a organização

de forma compartilhada com outros setores, e que se articule fluidamente entre equipamentos e serviços. Este sistema deve ser capaz de oferecer às pessoas suporte e apoio para que possam viver suas vidas com maior qualidade, por meio de um cuidado contínuo, longitudinal e centrado numa clínica que considere os aspectos biopsicossociais, na perspectiva da clínica ampliada.

Para Mendes (2011), os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades. Têm em seu propósito produzir mudanças numa determinada realidade, capazes de oferecer melhores condições de vida e saúde à população. A prioridade na organização do sistema de saúde deve ser a atenção integral, incluindo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção aos riscos e agravos, e recuperação à saúde.

Esta forma de organização exige articulação entre serviços, que são constituídos por diferentes segmentos sociais, sendo eles, profissionais da área da saúde, educação, administração/gestão, e os próprios usuários do sistema. Investir na criação de estratégias de integração, entre os serviços e entre as pessoas que o compõe, possibilita oferecer uma assistência racional, naquilo que se refere à aplicação de recursos materiais ou imateriais (tempo dos profissionais, agilidade no resultado da assistência oferecida, eficiência e efetividade, relações interpessoais) e com corresponsabilidade pelo cuidado, pois estaremos mais próximos para conhecer os limites e as possibilidades de trabalho de cada setor.

A proposição da construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS) visa, nesse sentido, como propõe Mendes (2010), organizar conjuntos de serviços, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitam ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população.

dos elementos não segue linhas de subordinação hierárquica, com qualquer elemento afetando ou incidindo em qualquer outro a fim de proporcionar transformação e reorganização.

Dentre os modelos assistenciais propostos atualmente para Atenção Primária à Saúde (APS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) têm como desafios trabalhar os processos de cuidado em saúde de modo a desconstruir a lógica do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, incitando nas equipes de saúde da família (EqSF) um trabalho compartilhado e corresponsável, propiciando a ampliação do olhar, o aumento das possibilidades de intervenção e promovendo acompanhamento longitudinal mais resolutivo e de qualidade. Ou seja, é atribuição do NASF atuar integrando a Rede de Atenção à Saúde e seus serviços a outras redes sociais e comunitárias presentes no território.

Sendo assim, é importante que os profissionais que compõem as equipes de NASF reconheçam o seu papel junto à equipe de saúde da família; entendam a responsabilidade política desta equipe no processo de aprimoramento e ampliação das práticas de saúde produzidas pelos serviços; estabeleçam metas e foquem o trabalho com vistas a garantir maior articulação entre as pessoas e os serviços, aumentando assim a capacidade de intervenção da saúde sobre os problemas da sociedade, proporcionando uma atenção mais integral e resolutiva.

A fim de melhor trabalhar aspectos relacionados às Redes de Atenção à Saúde e sua vinculação com questões da vivência dos profissionais de saúde, propomos o caso de D. Iolanda:

D. Iolanda mora na Vila Jacuí, região periférica do Município de Jovanópolis, que possui uma população com cerca de 42 mil habitantes, distribuídos em cinco bairros. Vila Jacuí faz parte do Bairro de Vassouras (que possui oito mil habitantes). A principal característica deste bairro é a dificuldade de transporte. A malha de transporte público da cidade é caracterizada por ônibus e um trem da CPTM, que liga os dois bairros mais periféricos da região: Vassouras a Angari. Nesses bairros, vans sem registro atendem a população, levando-os até a principal avenida de acesso aos ônibus municipais.

No Bairro de Vassoura, a Vila Jacuí é a mais periférica, porém, a mais urbanizada. Possui um mercadinho, uma farmácia, uma casa lotérica, um pequeno comércio de roupas e calçados, e uma loja de

R\$1,99. Sua população é formada, prioritariamente, por adultos e idosos. D. Iolanda (56 anos) é mãe de Marta (35 anos), esposa de Sr. João (62 anos) e avó de Lucas (4 anos), Tassiane (12 anos) e Jonathan (16 anos). Todos moram na mesma casa. O filho mais velho de D. Iolanda foi assassinado, após envolvimento com o tráfico de drogas.

O sistema de saúde do município é composto por:

- cinco unidades básicas de saúde (UBS) - três delas com Estratégia Saúde da Família (ESF) e duas unidades básicas sem ESF;

- um hospital de média complexidade - referência para Pronto Socorro – Urgência e Emergência (Clínica Médica, Obstetrícia, Pediatria, Traumatologia, Psiquiatria), Enfermaria (Clínica Médica, Obstetrícia, Pediatria, Traumatologia, Psiquiatria), Ambulatorial (Cardiologia, pequenas e médias cirurgias, Neurologia, Psiquiatria, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Ultrassonografia e Radiologia);

- um Ambulatório de Especialidades - referência para especialidade de Cardiologia, Urologia, Dermatologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, além de realizar exames como: Ecocardiograma (ECO), RX, Holter, exames oftalmológicos básicos (fundo do olho, campo visual, ultrassonografia e tomografia da retina), Audiometria e Impedânciometria, Nasofibroscoopia;

- um Pronto Atendimento (PA) - referência para casos agudos e pequenas cirurgias que não podem ser tratados nas UBS.

Para chegar à UBS mais próxima de sua casa, D. Iolanda tem que andar 3 km (cerca de 20 minutos) ou pegar uma van (cerca de 30 minutos), pois não há rota direta para a unidade. O Bairro Vassouras é o único do município que possui duas unidades de saúde (01 ESF e 01 sem ESF - com um ginecologista, um pediatra e um clínico que finalizou recentemente residência em cardiologia). D. Iolanda é cadastrada na UBS-ESF, a Agente Comunitária de Saúde de sua microárea é a Bete. Porém, a UBS sem ESF é mais próxima para ela, pois fica localizada dentro da Vila Jacuí.

Em 4 de novembro de 2012 D. Iolanda não se sentiu bem, apresentando tontura, enjoo e fortes dores de cabeça. Estava sozinha em casa com os seus três netos, que acabavam de chegar da escola. Pediu para Jonathan cuidar dos menores, enquanto iria à unidade de saúde. Como não estava bem, resolveu se dirigir a UBS sem ESF, por ser mais próxima de sua residência. Na recepção relatou o seu problema, sendo prontamente direcionada para a sala de enfermagem.

A enfermeira fez o primeiro acolhimento e, na conversa com a paciente, achou importante aferir sua pressão arterial (PA) - conferindo 180x100 MmHg. Preocupada, a profissional solicita que D. Iolanda permaneça na UBS em repouso até que o médico pudesse atendê-la. Após 40 minutos de espera, o médico a atende. Mesmo não sendo cadastrada, Dr. Felipe decide medicá-la, solicita repouso e orienta retorno ao médico de família que a acompanha na ESF.

Organização da Atenção

O Sistema de Saúde brasileiro está estruturado em níveis de atenção, cuja organização é feita de acordo com as diferentes densidades tecnológicas dos serviços.² São eles: Atenção Primária à Saúde, Atenção Secundária e Atenção Terciária.

Os níveis de atenção à saúde estruturam-se por arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade, a APS, ao de densidade tecnológica intermediária, a atenção secundária à saúde, até o de maior densidade tecnológica, a atenção terciária à saúde. (MENDES, 2011. p.78)

Esta estrutura e forma de organização do sistema de saúde, assim como, os princípios e diretrizes que o regem são compreendidos por grande parte das pessoas. Mas a importante reflexão que se faz é como acontece a relação/integração entre os diferentes níveis de atenção.



² Nomenclatura dada à variação na utilização de equipamentos e instrumentais médico-hospitalares de alto custo, pelos diferentes pontos de atenção da rede de serviços de saúde.

Na figura, é possível observar a organização do sistema em forma de pirâmide. Esse arranjo é produzido por uma relação de hierarquia entre os diferentes níveis assistenciais, em que o nível terciário, por sua complexidade tecnológica, representa uma referência com a maior capacidade de conduzir o cuidado do paciente. A Atenção Básica fica responsável pelos procedimentos mais “básicos” da saúde das pessoas.

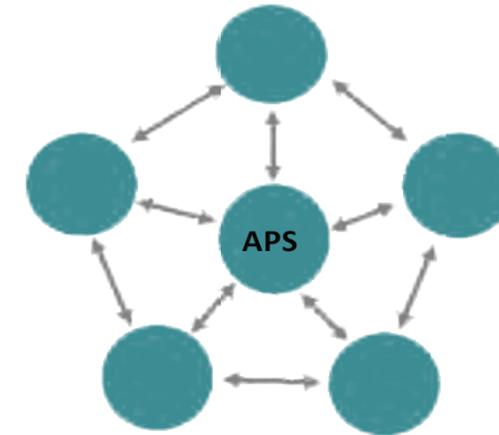
Há, portanto, neste modelo, uma relação de supervalorização da Atenção Secundária e Terciária, que opera de modo independente e autossuficiente quanto aos seus resultados e metas. Tal supervalorização, conforme aponta Mendes (2011), fundamenta-se num conceito de complexidade equivocado, ao estabelecer que a atenção primária à saúde seja menos complexa do que a atenção secundária e terciária.

Segundo Starfield (2002), a definição de Atenção Primária à saúde (APS) está estruturada em atributos, tais como: ser o primeiro contato da população na rede assistencial dentro do sistema de saúde; caracterizar-se pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema; da atenção centrada na família; da orientação e participação comunitária; e da competência cultural dos profissionais.

A Atenção Secundária reúne serviços de atenção especializada e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, e a Atenção Terciária os serviços Hospitalares, exames complementares e diagnóstico diferencial.

Observa-se, pela definição, que é possível reconhecer uma relação de complementaridade dos diferentes níveis de atenção, sendo a Atenção Primária potencialmente mais capaz de reconhecer os problemas e intervir de maneira mais efetiva, por estar mais próxima das pessoas. A Atenção Secundária e Terciária realizam serviços de apoio e complementares à assistência oferecida na Atenção Primária.

O grande desafio é construir uma relação mais horizontalizada entre os níveis assistenciais, em que o projeto de cuidado das pessoas seja compartilhado de forma corresponsável e numa abordagem integral.



Mendes (2002) propõe que seja estabelecida uma organização horizontal dos serviços de saúde, com o centro de comunicação na APS, e que permita prestar uma assistência contínua a determinada população.

Neste formato, a coordenação da atenção deve ser realizada pela APS, por meio de territórios sanitários definidos por uma determinada população adscrita. Os serviços de diferentes densidades tecnológicas são entendidos como pontos de atenção dispersos no território, sem que haja uma distinção no grau de importância entre eles.

No Brasil, o modelo prioritário de organização da APS é a Estratégia Saúde da Família (ESF). A Portaria 2.488, de outubro de 2011, que aprova e faz uma revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelecendo diretrizes e normas de organização da Atenção Básica, define a ESF como estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica.

Este Modelo de Atenção tem como ponto central (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997) o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Visa o cuidado da família, e não do indivíduo de modo isolado, utilizando de ferramentas como adscrição de clientela, cadastramento de famílias, equipe de saúde da família de referência, visita domiciliar, planejamento/

programação local, trabalho multiprofissional, dentre outros, para efetivação e consolidação dessa diretriz.

A proposta da ESF, considerando os elementos descritos anteriormente, tem um grande desafio de operacionalização. Pensar um Sistema de Atenção Primária capaz de avançar na criação de laços de compromisso e corresponsabilidade entre profissionais trabalhando em equipe (seja num mesmo serviço ou decorrente da integração de diferentes serviços), e entre profissionais e usuários, requer grande habilidade e sensibilidade para entender as relações sociais, as forças agregadoras e desagregadoras, os interesses individuais e coletivos, as relações de saber e poder.

Caso D. Iolanda (cont.)

No dia seguinte, D. Iolanda levanta 4h30min para “ajeitar o café” para os netos e a filha, “que pega cedo no trabalho”. Passa o café, faz um lanche para cada um, e todos saem para suas atividades. D. Iolanda então lava a louça, guarda o café, arruma a cama e coloca a roupa para bater. Neste momento, a ACS Bete toca a campainha.

- Ôh de casa! D. Iolanda é a Bete! - grita a ACS na porta da casa.

D. Iolanda enxuga a mão no avental úmido que está amarrado na barriga e corre para a porta.

- Oi Bete, tudo bem? Olha, nem vou conseguir te dar muita atenção hoje - abrindo a porta para a ACS entrar. - Mas fica a vontade. Tenho muita coisa para fazer.

- Como estão as coisas aqui em casa D. Iolanda? Os netos estão bem? E a Marta? Foi colher o “papa”, como eu tinha pedido? - diz a ACS com incômodo na voz. Esta é a quarta vez que Bete solicita que Marta realize o Papanicolau. Marta acaba de finalizar um tratamento de HPV e necessita encaminhar com frequência ao médico os resultados dos exames ginecológicos.

- liih, não sei nada da Marta minha filha, ela sai cedo e chega muito tarde. Nem tenho tempo de conversar com ela. Não sei nada da vida dela... e nem quero saber, já basta a minha vida! - respondeu D. Iolanda bastante incomodada.

- E a Senhora? Como está - pergunta a ACS de modo bastante carinhoso.

- Eu? - D. Iolanda responde de forma insegura. - Eh... tá tudo bem sim.

*- Tomando os medicamentos da pressão?
- Sim, sim, tá tudo bem. Olha, amanhã eu vou dar uma passadinha lá no posto e aí a gente conversa mais, pode ser? - seguindo em direção à porta.*

- Tudo bem. - responde a ACS, estranhando o modo abrupto como D. Iolanda interrompe a conversa. - Só vou deixar aqui a consulta do fisioterapeuta para o Sr. João, para avaliar aquela dor na coluna que ele vem se queixando, lembra?

- Ah, sim, obrigada! E até mais! - se despede D. Iolanda.

- Tchau D. Iolanda. Amanhã me procura lá no posto, tá? - diz a ACS já no meio da rua.

D. Iolanda gosta da ACS Bete; porém, seu vínculo com a unidade de saúde é bastante fragilizado por conta da distância de sua casa. A Vila Jacuí fica localizada na extremidade da área de abrangência da UBS, cujo desenho do território está organizado de forma oval, com duas extremidades. A unidade fica em uma delas, e a Vila Jacuí é a outra “ponta”.

Ao analisar o caso de D. Iolanda percebe-se que existe um laço de afeto entre a ACS e a usuária, porém, este laço não se estende à unidade de saúde. Ora pela distância física entre a casa e os serviços, ora pelo descrédito que D. Iolanda coloca no atendimento dos profissionais. O trabalho neste caso é fortalecer o vínculo estabelecido e resgatar a credibilidade do cuidado ofertado pela ESF.

Uma condição que precisa ser problematizada na equipe e pelos gestores da unidade se refere ao processo de territorialização e cadastramentos das famílias de cada área. É evidente que a acessibilidade (distância e barreiras geográficas) é um fator importante a ser considerado para o paciente ao serviço. A acessibilidade, como afirma Unglert (1990), caracteriza-se pela relação entre localização da oferta e dos usuários, distância entre eles, forma de deslocamento e custos. A acessibilidade pode ser trabalhada por meio do fortalecimento dos laços de compromisso e responsabilidade entre profissional e usuários.

Na construção da relação profissional/usuário, estreitar laços de compromisso e responsabilidade requer do profissional, como aponta Onocko (2005), colocar-se em contato com a intensidade da vida cotidiana das famílias e deixar-se afetar por

ela, lidar com a indignação e a forma como as pessoas veem sua vida (ou sua morte), ressignificar alguns valores e conceitos preestabelecidos. “O grau de esgarçamento simbólico que percebemos em algumas dessas comunidades, nas quais, por exemplo, em vez de conversar, mata-se, coloca em xeque todas nossas propostas interpretativas.” (ONOCKO, 2005, p.579)

Na fala da ACS Bete, ao solicitar pela quarta vez que Marta realize o Papanicolau, é possível identificar isso:

Como estão as coisas aqui em casa D. Iolanda? Os netos estão bem? E a Marta? Foi colher o “papa”, como eu tinha pedido? - diz a ACS com incômodo na voz. Esta é a quarta vez que Bete solicita que Marta realize o Papanicolau. Marta acaba de finalizar um tratamento de HPV e necessita encaminhar com frequência ao médico os resultados dos exames ginecológicos.

- liiih, não sei nada da Marta minha filha, ela sai cedo e chega muito tarde. Nem tenho tempo de conversar com ela. Não sei nada da vida dela.... e nem quero saber, já basta a minha vida! - respondeu D. Iolanda bastante incomodada.

A ACS tem a dimensão da importância deste procedimento; porém, nem Marta, muito menos D. Iolanda, demonstra preocupação sobre isso. Lidar com a dimensão singular de como as pessoas cuidam de suas próprias vidas, “abrindo mão”, por vezes, de nossas percepções e valores, é uma tarefa bastante complexa.

Onocko (2005) destaca a necessidade de suporte, arcabouço conceitual ou categorial das equipes para que a saúde coletiva possa de fato apoiar a comunidade. Faz-se necessário a criação de espaços na ESF para troca e fortalecimento e de equipes que possam construir conjuntamente modos de superação de tais acontecimentos e sensações. E para isso é evidente a necessidade de ampliação do núcleo de saber profissional quando se trata de saúde coletiva.

O trabalho em equipe também exige dos profissionais uma mudança de atitude pessoal e profissional, buscando reconhecer suas limitações, encontrar espaços de aproximação entre as diferentes áreas do conhecimento, criar vínculos e soluções

criativas para a convivência harmoniosa e produtiva entre os vários saberes na área da saúde.

Um importante movimento para a construção desses espaços foi formalizado por meio da Portaria GM 154 de 24 de janeiro de 2008, com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O objetivo maior desse núcleo é compartilhar e apoiar as práticas em saúde desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família.

O NASF é constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, ampliando a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização das ações da APS no Brasil. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a)

O NASF deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a, p.7)

A estruturação do trabalho do NASF convoca a construção de um Sistema de Saúde feita por meio da formação de alianças. Alianças entre profissionais - trabalho em equipe; entre o setor saúde com outros setores, para elaboração e implementação de políticas públicas mais efetivas; aproximação entre profissionais e gestores; articulação entre políticas públicas em prol de um objetivo comum.

O NASF evidencia, de maneira positiva, a insuficiência da atenção básica no desenvolvimento de cuidados integrais às famílias, e, portanto, reforça a necessidade de articulação com os demais serviços de saúde e equipamentos do território, a fim de construir uma Rede de Atenção forte e eficiente.

Segundo Dias (2003), esta visão rompe com o isolamento do setor saúde e o inclui num outro horizonte político, trabalhando institucionalmente a intersetorialidade e construindo efetivamente políticas públicas eficazes, resolutivas e que de fato atendam às necessidades da população.

Integralidade em saúde e os modelos técnico-assistenciais

Para o aprofundamento da reflexão sobre as proposições apresentadas no texto até o presente momento, é importante retomar brevemente o conceito de Integralidade em Saúde. Como coloca Mattos (2006), pensemos Integralidade como não sendo apenas uma diretriz do SUS, e sim uma “bandeira de luta”. Ou seja, a integralidade aponta certas características do sistema que são consideradas desejáveis, algo que se almeja construir e obter como cuidado em saúde, e, nesse sentido, ela abre para uma série de questões importantes a serem discutidas e, muitas delas, transformadas.

No processo de construção e de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), está estabelecido como um dos pilares conceituais o princípio da Integralidade e, portanto, é importante destacar que há um lugar formalizado para essa discussão. Esse princípio aponta dimensões profundas e relevantes no que se refere à organização dos serviços e ao modo como operam as práticas de saúde.

No âmbito dos serviços, trabalhar dentro dessa perspectiva requer capacidade em oferecer tanto assistência curativa e de reabilitação como ações de proteção, promoção e prevenção de saúde. Ou seja, deseja-se que o usuário tenha acesso ao serviço naquilo que necessitar enquanto cuidado em saúde, entendendo desta forma, que o sistema de saúde possa oferecer assistência humanizada e acesso equânime aos seus usuários.

No âmbito das práticas em saúde, a integralidade propõe que o profissional tenha o cuidado centrado na dimensão biopsicossocial, de forma não fragmentada, onde

as especialidades atuam separadamente. O usuário/paciente é compreendido como um sujeito histórico e social, participe das decisões de saúde, sobre o seu cuidado, de sua família e da coletividade.

A integralidade na assistência à saúde desperta para a transformação da clínica centrada no biológico, para um modelo de atenção à saúde multidimensional, em que a ação clínica não se faz de forma indivíduo/centrada, mas ampliando o olhar sobre a complexidade dos processos de adoecimento. Para isso, faz-se necessário um trabalho articulado e multiprofissional, capaz de desenvolver ações assistenciais complementares e corresponsáveis com o cuidado do usuário.

E esta senhora batalhadora, como milhões de brasileiros, na busca de cuidados à sua saúde, retorna ao texto:

Caso D. Iolanda (cont.)

D. Iolanda não vai até o posto na manhã seguinte, e naquela semana apresenta outra crise - dor de cabeça e tontura. Como era no período da manhã e estava sozinha, preocupada D. Iolanda decide ir ao serviço de saúde. Duas considerações foram feitas antes tomada de decisão: – não estou bem, portanto, é mais rápido eu chegar até a UBS sem ESF; – a enfermeira e o médico desta unidade cuidaram tão bem de mim, o médico até ouviu meus batimentos e medicou lá mesmo na unidade. Esses aspectos favoreceram para que D. Iolanda novamente se dirigisse à UBS sem ESF.

Chegando lá, a enfermeira identifica que D. Iolanda estava retornando com o mesmo sintoma e faz o mesmo procedimento de acolhimento imediato. Na aferição da PA identifica 170x100 mmHg e preocupada solicita nova consulta do Dr. Felipe, que a atende prontamente.

Na anamnese, o médico identifica que a paciente toma o medicamento de forma irregular, e nessa semana esta sem a medicação, pois não renovou a sua receita na consulta agendada pela ESF. A ausência na consulta ocorreu devido a problemas financeiros que inviabilizaram a sua ida à unidade com ESF.

No exame físico, o Dr. Felipe observa uma alteração no batimento cardíaco, com frequência cardíaca de aproximadamente 58 batimentos por minuto. Cruza esses dados com a obesidade de D. Iolanda, o histórico de cardiopatia na família, colhido durante a anamnese, a PA alta. Preocupado, ele solicita um eletrocardiograma

(ECG), feito na própria unidade, cujo resultado demonstrou uma irregularidade no ritmo cardíaco.

Diante desse quadro, o Dr. Felipe decide solicitar outros exames como teste ergométrico, Holter e ecocardiograma (ECO) e faz, cuidadosamente, um breve relatório do atendimento de D. Iolanda, solicitando que ela leve ao seu médico de família, juntamente com os exames realizados. Orienta também que D. Iolanda agende consulta com nutricionista e educador físico da unidade para avaliação e orientações.

Antes de sair da UBS, ela agenda no balcão os exames no Ambulatório de Especialidade de referência do município. A data mais próxima para agendamento é em dois meses.

O clínico Felipe se surpreende ao identificar que D. Iolanda é o quarto caso na semana que ele atende com problemas cardíacos.

Importante notar a articulação do clínico durante sua consulta. Além do exame físico realizado de forma cuidadosa e completa, ele considera o retorno breve da paciente à unidade, e prontamente decide investigar melhor a queixa e os sintomas. Para isso, não desconsidera o acompanhamento que D. Iolanda tem com o médico da ESF e com uma equipe multiprofissional, que auxiliará no melhor diagnóstico e abordagem do tratamento da paciente. Procura descrever suas observações em um relatório para que o acompanhamento seja continuado na ESF.

Outro elemento importante a ser observado no caso é a capacidade resolutiva da atenção primária já abordada anteriormente. A unidade de saúde foi capaz de realizar um diagnóstico precoce, com assistência de qualidade e identificação dos riscos individuais e coletivos. Utilizou as tecnologias de cuidado à saúde existentes e dispôs de um arranjo organizativo que foi capaz de oferecer a atenção integral necessária para o cuidado de D. Iolanda.

O Dr. Felipe reconhece o limite de seu serviço no momento em que evidencia a necessidade de apoio diagnóstico e terapêutico. Tais procedimentos exigem uma densidade tecnológica que a APS não oferece e, portanto, torna-se importante acessar outros pontos de atenção de média (ou alta) complexidade, a fim de dar seguimento à investigação e ao tratamento de D. Iolanda.

No cotidiano do trabalho em saúde observam-se estrangulamentos na rede de serviços que são evidenciados nas enormes filas de agendamento de exames e consultas de especialidades, por exemplo. O monitoramento e a gestão do acesso a esses serviços deve ser tarefa constante dos profissionais de saúde e toda equipe de regulação da unidade de saúde. Da mesma forma, a equipe deve considerar a urgência e a prioridade de cada caso, oferecendo ao usuário atenção adequada para que possa manter sua qualidade de vida e o não agravamento de sua condição de saúde.

Redes de Atenção à Saúde

A assistência à saúde e os modelos tecnológicos existentes no cotidiano dos serviços ainda denotam dificuldades significativas para responder à complexa demanda dos usuários nos serviços de saúde. Vivemos diante da baixa resolutividade dos serviços e baixa credibilidade, por parte de usuários e profissionais, da capacidade ética e política da assistência ofertada pelos diferentes pontos de atenção.

Como tratado anteriormente, a organização da assistência à saúde ainda está voltada a um modelo fragmentado e compartimentalizado em serviços isolados, fechados no desafio de cumprir suas metas. Este modelo opera por meio da compreensão de que cada serviço se faz suficiente na medida em que “dá conta” de sua demanda e responde somente ao que acredita ser de sua competência e responsabilidade.

Nessa proposta, o sujeito se restringe a um corpo somente orgânico, cuja intervenção se faz por meio da busca de uma causa produtora de doença. O cuidado ampliado em saúde perde lugar, pois, o foco na doença impossibilita considerarmos os efeitos singulares do sofrimento das pessoas, sejam eles psicossociais, econômicos, culturais, espirituais, o que influencia diretamente em sua dinâmica e qualidade de vida.

Para vencer esses desafios e na tentativa de construir uma assistência mais integral, sistêmica e resolutiva, é imprescindível a discussão sobre Redes de Atenção à Saúde (RAS) e Linhas de Cuidado (LC).

De acordo com Mendes (2011), as Redes de Atenção à Saúde são definidas como:

Organizações poliárquicas de conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidades sanitárias e econômicas e gerando valor para a população. (MENDES, 2011, p.82)

O SUS configura-se como um sistema organizado em Redes de Atenção, com a Atenção Básica sendo ordenadora deste Sistema. A produção de arranjos organizativos no modelo de Redes de Atenção possibilita o desenvolvimento de um trabalho mais eficiente e alinhado aos problemas presentes nos serviços de saúde.

No âmbito internacional, verifica-se que a organização em Redes de Atenção: aumenta a eficiência dos sistemas de atenção à saúde; diminui as referências a especialistas e a hospitais; produz serviços mais custo/efetivos; melhora os resultados sanitários nas condições crônicas; aumenta a satisfação das pessoas usuárias, melhorando a qualidade de vida.

OS ATRIBUTOS ESSENCIAIS DE UM SISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO:

1. Uma **população** e território definido, com amplo conhecimento das necessidades e preferências de saúde que determinam a oferta de serviços de saúde.
2. Uma grande diversidade de **pontos de atenção**, atuando na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento oportunos, reabilitação e cuidados paliativos, todos sob uma coordenação.
3. Uma **APS** que atua como porta de entrada do sistema, que integra e coordena o cuidado e que resolve a maioria das necessidades de saúde da população.
4. Organização de serviços especializados ambulatoriais em lugar mais adequado.
5. Existência de mecanismos de **coordenação assistencial** por todo o contínuo da atenção.
6. Cuidado de saúde centrado no indivíduo, famílias e comunidade.
7. Um **sistema de governança** participativo e único para todo o sistema.
8. **Gestão integrada** dos sistemas administrativos e de apoio clínico.
9. **Recursos humanos** suficientes, competentes e comprometidos com o sistema.
10. **Sistema de informação integrado** e que vincula todos os membros do sistema.
11. **Financiamento** adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas do sistema.
12. **Ação intersetorial ampla.**

Fonte: OMS, 2008.

Conforme apontado por Bittencourt e Neto (2009), ainda que exista uma aproximação entre os serviços, pois fazem parte de um mesmo sistema com mecanismos de referência e contrarreferência de pacientes entre eles, é frequente verificarmos a troca de informações escassas/esvaziadas, a ausência de coordenação do cuidado e de limitadas ações para o estabelecimento de objetivos comuns de saúde ou organizacionais. Essa costuma ser a forma tradicional como os serviços prestam assistência.

A seguir uma figura que ilustra a estruturação e o objetivo da RAS:



Fonte: Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde – Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde.

Retomando o caso de D. Iolanda seguem as tramas (e dramas) da rede de cuidados apresentada.

Caso D. Iolanda (cont.)

Quando D. Iolanda sai da UBS está chovendo muito. No deslocamento até sua casa, ela perde o relatório do médico, que tinha guardado no bolso do casaco.

Após uma semana, a ACS Bete realiza nova visita, estranhando que D. Iolanda não tenha aparecido na ESF. Sem muita conversa, D. Iolanda diz que gostaria de agendar uma consulta com o médico, pois não se sentiu muito bem na última noite.

- D. Iolanda, se a senhora quiser, estamos no horário próximo ao almoço e o Dr. Francisco está no horário de acolhimento. A senhora não quer ir agora para lá? Vamos comigo, eu estou subindo.
- *diz a ACS preocupada.*

- Ah sim... eu acho que vou aproveitar então.

Na consulta ESF, o médico, Dr. Francisco, pergunta da medicação da pressão e D. Iolanda responde que não está tomando, pois, sua receita venceu.

- Teve um dia Dr. que eu não me senti muito bem e acabei passando no posto que é mais perto da minha casa. Lá o médico pediu para eu fazer esse exame aqui. - *D. Iolanda tira o papel amassado da carteira e entrega para Dr. Francisco.*

- Hum... - analisa o pedido do outro médico. - Vamos fazer assim, vou renovar a sua receita e a senhora volta a tomar a medicação corretamente, pode ser? Vou pedir para a enfermeira Kelly acompanhar você em VD, aferir sua pressão também. Quanto ao exame, depois pedimos novamente, caso a senhora não melhore, tudo bem?

Dr. Francisco demonstra não entender o motivo da solicitação do ecocardiograma e discorda da conduta do clínico da UBS sem ESF. Porém, mesmo com a conduta e orientação de Dr. Francisco, D. Iolanda vai ao Ambulatório de Especialidade para realizar os exames cardiológicos na data agendada.

Observa-se que a responsabilização perante a troca de informações e dados clínicos entre os profissionais, dispostos em diferentes pontos de atenção, está no usuário (D. Iolanda). Com a responsabilidade pelo seguimento das informações, D. Iolanda logo ao sair da unidade de saúde as perde, impossibilitando que a informação chegue ao seu destino final.

O trabalho em saúde deve visar à ampliação do grau de autonomia e responsabilização das pessoas sobre sua saúde, mas, também é parte da operacionalização da rede garantir que a informação circule de forma segura. Na medida em que o sistema integra as informações e condutas clínicas do paciente, ele diminui as duplicidades na solicitação e realização de procedimentos e, conseqüentemente, diminui os custos da saúde. **Este é um dos objetivos da RAS!**

Mesmo que a intenção de Dr. Felipe tenha sido singular, ao redigir um relatório à equipe de saúde de família de referência da usuária, sobre sua avaliação e conduta (coisa rara de se observar no cotidiano das práticas em saúde), é evidente a falta de apoio logístico para cumprimento de sua estratégia.

O fraco vínculo entre os serviços, sobretudo entre os profissionais que o compõe, é observado no caso de D. Iolanda - principalmente por Dr. Francisco. O profissional não dá a devida importância ao atendimento realizado anteriormente na UBS sem ESF, desvalorizando a conduta e as observações do outro profissional. Diversas razões podem estar em jogo na atitude de Dr. Francisco, dentre elas: o grau de comprometimento com o trabalho e com o modelo de atenção proposto; a desmotivação dos profissionais, derivada da baixa estrutura e precária condição de trabalho ainda evidente em muitos locais por todo Brasil; a interpretação de que o cuidado se “esgota” na conduta médica ou na consulta clínica; a percepção de que somente sua abordagem é capaz de identificar os riscos e agravamentos do quadro de saúde do usuário; dentre outros.

Portanto, para que a rede funcione de forma articulada é preciso integração não somente na perspectiva dos usuários (clínica ampliada), mas que também existam implicações de gestão – implicações tecnológicas e financeiras – que proporcionem integração oportuna entre os serviços.

As mudanças no sistema de atenção à saúde deverão fazer-se nas seguintes direções: voltar o sistema para a atenção às condições crônicas, fazer uso intensivo da tecnologia da informação, eliminar os registros clínicos feitos à mão, promover a educação permanente dos profissionais de saúde, coordenar a atenção ao longo da rede de atenção, incentivar o trabalho multidisciplinar e monitorar os processos e os resultados do sistema. (MENDES, 2011, p.65)

Sobre os componentes que estruturam a RAS

APS - Centro da Comunicação

A Atenção Primária à Saúde deve ser o centro de comunicação de toda rede. Sua estrutura e grau de capilaridade permite a aproximação intensiva do cotidiano das pessoas e da malha de relações em que uma determinada população (um determinado território) vive.

Esta característica possibilita “reger”, com maior competência e sensibilidade, cada elemento necessário para a integração da rede de cuidados progressivos à saúde das pessoas.

A coordenação do cuidado é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b, p.21)

Sistemas Logísticos

Consiste na efetivação de um sistema eficaz de referência e contrarreferência de pessoas e de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio nas redes de atenção à saúde. Estão voltados para promover a integração dos pontos de atenção à saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b p.24)

De acordo com Rondinelli (2006), os sistemas logísticos são soluções em saúde fortemente ancoradas nas tecnologias de informação. São considerados os principais sistemas logísticos das redes de atenção à saúde: os sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários; as centrais de regulação, registro eletrônico em saúde e os sistemas de transportes sanitários.

Sistemas de Apoio

Conforme disposto em Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b), os sistemas de apoio são os lugares institucionais da rede, onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde.

São considerados sistemas de apoio: serviços de diagnóstico e terapêutico; assistência farmacêutica; sistemas de informação em saúde.

Sistema de Governança

Conforme descrito por Rondinelli (2006), a governança é definida pela Organização das Nações Unidas como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado. Constitui-se de complexos mecanismos, processos, relações e instituições através das quais os cidadãos e os grupos sociais articulam seus interesses, exercem seus direitos e obrigações e medeiam suas diferenças.

A operacionalização desses Sistemas é observado no caso de D. Iolanda:

Caso D. Iolanda (cont.)

D. Iolanda demonstra maior segurança no cuidado ofertado pelo médico da UBS sem ESF e decide levar o resultado dos exames a ele.

Dr. Felipe estava na recepção quando D. Iolanda chega à UBS sem ESF.

- D. Iolanda que prazer em revê-la! - Exclama Dr. Felipe. - Já faz tempo que não conversamos.

- Olá Dr.! Faz tempo sim. Trouxe o resultado dos exames para o senhor ver.

- Puxa! Que bom! Vamos subir para conversar então.

Os dois sobem a rampa até o consultório e entram na sala. O Dr. Felipe verifica que os exames acusam uma condição física baixa, a presença de sobrecarga de ventrículo esquerdo e bloqueios AV de 2º grau, cujo agravamento é sugestivo de intervenção cirúrgica - colocação de marca passo.

Preocupado ele tenta contato telefônico com o médico da UBS-ESF de referência de D. Iolanda e o mesmo não atende, justificando a agenda estar lotada. Diante disso, o Dr. Felipe resolve agendar um retorno para a próxima semana e troca o medicamento que a mesma esta tomando.

O Dr. Felipe finalizou recentemente Residência Médica em cardiologia do Hospital Geral Rute Freitas que fica no Município de São Joaquim. Este Hospital é referência de alta complexidade para os municípios menores que ficam ao entorno. Por sua especialização em cardiologia, o Dr. Felipe demonstra interesse, atenção e cuidado no acompanhamento de D. Iolanda e decide manter atendimentos semanais com a paciente.

No caso de D. Iolanda, é evidente a fragilidade dos sistemas logísticos e de apoio. O Dr. Felipe exhibe uma preocupação com o caso, que pode estar relacionada ao seu grau de especialidade profissional. Este fato potencializa a ação clínica, no caso específico da cardiopatia de D. Iolanda, porém pode provocar um desajuste nas atribuições e funções de cada ponto de atenção.

É importante, na construção da rede, que as responsabilidades e limites terapêuticos de cada serviço, de cada profissional, estejam bem claros, tanto para população como para os profissionais.

Nesse trecho do caso, o contato telefônico com o médico da UBS-ESF de referência não foi eficaz. Apesar da disponibilidade do Dr. Felipe para estabelecer alianças produtivas com outro serviço, não há reconhecimento do profissional da potência deste dispositivo. A consequência desse distanciamento produz repetição de condutas e procedimentos e diminuição da capacidade interventiva do caso.

Linha de cuidado

Segundo Dias (2003), indivíduos e populações apresentam riscos desiguais de adoecer e morrer. Essa afirmação aponta a premência em identificar problemas prioritários para a população de um espaço territorial e organizar práticas de produção de saúde integradas, que ofereçam resultados significativos no que se refere ao acesso da população ao diagnóstico e à terapia mais adequados a sua condição de saúde.

A identificação de problemas prioritários pode ser viabilizada por meio da caracterização quanto à taxa de morbidade e prevalência, bem como às necessidades assistenciais derivadas da magnitude e da importância do grau de adoecimento da população.

No caso D. Iolanda, mesmo o Dr. Felipe não tendo como diretriz de trabalho a adscrição da clientela, análise territorial e estratificação de risco, ele procurou traçar um perfil de seus usuários, analisando características sociais e de adoecimento, cruzando informações de sexo e faixa etária. Observa-se isso quando ele reconhece D. Iolanda como o quarto caso da semana para atendimento com queixas cardiológicas.

Sistematizações simples como esta realizada por Dr. Felipe devem fazer parte do cotidiano da clínica, pois oferecem subsídios para o desenvolvimento de ações e de programas mais oportunos e com custos mais efetivos.

É preciso ampliar o objeto de trabalho da clínica para além das doenças, visando compreender os problemas de saúde, ou seja, entender as situações que ampliam o risco ou a vulnerabilidade das pessoas. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b, p.17)

Este é o desafio da gestão da clínica que utiliza a análise da situação de saúde com o objetivo de identificar e de estratificar os riscos em grupos individuais expostos a determinados fatores e condições que os colocam em situação de prioridade para a dispensação de cuidados de saúde, sejam eles preventivos, promocionais ou assistenciais.

A compreensão ampliada do processo saúde-doença de um território sanitário, com foco na integralidade, desencadeia diretrizes de atenção que orientarão o trabalho dos profissionais e dos serviços, efetivando uma maior qualidade e agilidade no cuidado de saúde das pessoas.

As Diretrizes da Atenção são, conforme afirma Mendes (2011), as recomendações que orientam decisões tanto assistenciais como de organização de serviços para condições de saúde de relevância sanitária (alta prevalência ou alta letalidade). São elas que norteiam a construção de Linhas de Cuidado voltadas para um determinado “problema” ou situação sanitária prioritária.

No caso relatado no Bairro de Vila Vassouras, existe a informação demográfica da população ser constituída por adultos e idosos. A característica de adoecimento da população nesta faixa etária é de doenças crônicas, tais como hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, obesidade, etc. D. Iolanda apresenta uma cardiopatia provavelmente decorrente da hipertensão e da obesidade, além de outras comorbidades que não são demonstradas no caso e o componente da hereditariedade. Assim como D. Iolanda, podem haver outros moradores dessa região com risco importante para o desenvolvimento de cardiopatias, porém a unidade não realiza ações voltadas para esses “problemas”.

Não só a UBS sem ESF, mas a UBS-ESF, o Ambulatório de Especialidades – principalmente por ofertar o serviço de cardiologia -, também possuem características epidemiológicas semelhantes, que, articuladas, potencializariam o cuidado dos usuários do Bairro de Vassouras.

As Linhas de Cuidados são formas de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas pelas diretrizes da atenção, entre as unidades de uma dada região de saúde, para a condução oportuna e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades detectadas. Ela visa à coordenação do cuidado sobre um determinado “problema” sanitário, ao longo do

contínuo assistencial, através da pactuação de papéis e tarefas dos diferentes unidades/profissionais e a conectividade entre eles, a partir da colaboração e complementaridade.

Como aponta Franco e Magalhães Júnior (2004), a linha de cuidado é fruto de um grande pacto que deve ser realizado entre todos os atores que controlam serviços e recursos assistenciais, onde o usuário é elemento estruturante de todo processo de produção de saúde.

A organização da Linha de Cuidado se faz por meio da criação de fluxos assistenciais definidos entre os serviços; da elaboração de instrumentos que garantam a circulação de uma comunicação eficiente entre os serviços de referência, para que o paciente possa “caminhar” por toda a rede; da manutenção de espaços de troca e ajustes que se fizerem necessários no processo, com gestores, usuários e profissionais dos serviços envolvidos.

Com isso, para efetivação das Redes de Atenção e Linhas de Cuidado, torna-se necessária a construção/criação de Guias de Prática Clínica/Protocolos Assistenciais que irão orientar a Linha de Cuidado e possibilitar a melhora da comunicação entre as equipes e os serviços, programação de ações e padronização de determinados recursos.

E a história de D. Iolanda segue com um final interessante, que também abre para uma boa discussão.

Caso D. Iolanda (cont.)

D. Iolanda, depois desse período de acompanhamento com o Dr. Felipe, sente-se mais disposta, mas as preocupações com os netos, em especial Lucas, o mais novo, ainda a deixam sem dormir em algumas noites.

Lucas (4 anos), neto de D. Iolanda, faz acompanhamento com a fonoaudióloga e a psicóloga do NASF da UBS-ESF por apresentar uma fala infantilizada e alguns comportamentos regressivos como uso de chupeta e mamadeira de forma não sistemática. Quem o leva aos atendimentos semanais é Tassiane (12 anos).

A abordagem dos profissionais do NASF está voltada para o cuidado da família e, por isso, busca-se sempre obter informações

sobre as relações entre os membros e sobre a dinâmica e a rotina da casa.

Na última consulta em grupo com a psicóloga, Tassiane chegou atrasada com Lucas. A Psicóloga Camila percebeu que Tassiane estava chorando. Ao término do grupo pediu para conversar com ela.

Tassiane diz que está preocupada, pois sua avó está doente e terá que fazer uma cirurgia. Assustada a psicóloga investiga o caso e entende que D. Iolanda está fazendo acompanhamento com o médico da UBS sem ESF.

Diante dessa informação, Camila decide levar o caso para a reunião de equipe. Esta semana o profissional de referência que acompanharia as discussões na equipe do Dr. Francisco era o educador físico, porém Camila pede para trocar o dia e comparece à reunião.

Em reunião, o Dr. Francisco se assusta com a notícia. Reclama da abordagem do médico de outra unidade e resolve fazer uma VD para D. Iolanda.

Já se passou um mês e chega o dia da VD de Dr. Francisco à casa de D. Iolanda. A ACS Bete acompanha o Dr. Francisco, porém muito apreensiva, pois não é de hoje que ela traz em reunião de equipe os problemas de saúde de D. Iolanda.

Quando chegam à casa, tocam a campainha, batem palma, a ACS Bete chama D. Iolanda, mas não há ninguém em casa.

D. Iolanda estava na UBS sem ESF, em consulta com o Dr. Felipe para resolver os últimos procedimentos da cirurgia, que será realizada na próxima semana. Ele conhece o fluxo para agendamento no Hospital Geral Rute Freitas e, durante esta última semana, providenciou todos os procedimentos burocráticos, solicitação dos exames pré-operatórios para internação de D. Iolanda.

Referência

BITTENCOURT, O.N.S.; NETO, F.J.K. Rede Social no Sistema de Saúde: um Estudo das Relações Interorganizacionais em Unidades de Serviços de HIV/AIDS. **Revista da Administração Contemporânea**, v. 13, n. 6, p. 87-104, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, p.160. 2010a.il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

_____. Ministério da Saúde. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Brasília, 2010b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b_221210.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

DIAS M.A.S. Intersetorialidade: um olhar da saúde. **Revista eletrônica mensal da Secretaria Municipal de Saúde - Prefeitura de Belo Horizonte**, Nov. 2003. ed. 23. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/sausedigital/novembro2003/intersetorialidade>

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. (Rio de Janeiro: Uerj/IMS, Abrasco) 4ª ed., p. 39-64, 2006.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2011.

_____. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva (Rio de Janeiro)**, v.15, n.5, p.2297-2305, 2010.

MENDES, E.V. As Redes de Atenção à Saúde. **Revista Med Minas Gerais**, v.18, n.4, S3-S11, 2008.

_____. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2002.

ONOCKO, R.T.C. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p. 573-583, 2005.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. Organización Panamericana De La Salud - OPS. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para Su Implementación en las Américas. **Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas**. (Washington DC: OMS/OPS), 2008.

SHORTELL, S.M.; SILVA, S.F.S. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.6, p.2753-2762, 2011.

STARFIELD B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002.

UNGLERT C.V.S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.24, n.6, p.445-452, 1990.

CAPÍTULO 5

PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE

CAPÍTULO 5

PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE¹

Débora Dupas G. do Nascimento

Este capítulo tem o intuito de despertar para alguns aspectos teóricos e conceituais que envolvem o planejamento e a avaliação das ações de saúde, possibilitando uma maior aproximação dos profissionais às ferramentas e aos instrumentos para gestão da clínica e a incorporação de novas práticas no cotidiano do trabalho da Estratégia Saúde da Família e NASF.

Mas, por que e para que serve o planejamento e a avaliação em saúde? Como planejar? Como avaliar? O que avaliar? Com qual objetivo? Qual a diferença entre monitoramento e avaliação? Estas e outras questões serão exploradas neste capítulo.

Para começar, é importante compreendermos que planejamento e avaliação devem ser indissociáveis no mundo do trabalho, uma vez que um retroalimenta o outro. O planejamento é realizado a partir de um diagnóstico e de uma avaliação situacional prévia, e a avaliação, posteriormente a uma ação/intervenção, oriunda de certo planejamento.

Vale ressaltar que qualquer avaliação implica juízo de valores, sendo necessária a elaboração de parâmetros que subsidiem a análise e a reflexão para mudanças, adequações e aprimoramentos, que se fizerem necessários no cotidiano do trabalho.

¹ Agradecimento: À Adriana Paula de Almeida, pelas contribuições relativas ao SISAB

Planejamento em saúde: uma breve abordagem

O planejamento em saúde no contexto da Atenção Básica, e especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF), deve ser sistematizado e articulado de forma colaborativa e participativa, considerando as singularidades do território e da população que nele habita. Outros aspectos a serem considerados dizem respeito à estrutura e ao funcionamento do serviço de saúde, aos profissionais e saberes que nele atuam, ao apoio da gestão e à composição da rede de atenção à saúde.

O planejamento em saúde objetiva estimular o crescimento e as possibilidades de mudança, de desenvolvimento e de organização do serviço. A sua história, como método, origina-se em 1965, por meio da programação em saúde e do planejamento normativo, divulgado pela Organização Pan-Americana de Saúde. (MOTTA, 2012)

Na década de 1970, inicia-se a discussão sobre planejamento estratégico e situacional, mas é apenas nos anos 1980 que se difunde o Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido por Carlos Matus, como um método de planejamento para a área de saúde. (MOTTA, 2012)

Podemos dizer que planejamento consiste em decidir previamente o que será feito, para mudar condições insatisfatórias no presente ou evitar que condições satisfatórias venham a deteriorar-se no futuro. (CHORNY, 1998)

Matus (1993) defende que o planejamento consiste em um cálculo situacional sistematizado, capaz de articular o presente com o futuro. Para Paim (2002), o planejamento é um processo de transformação de uma situação em outra, a partir de uma determinada finalidade. Ele é capaz de traduzir e implementar as políticas públicas às necessidades assistenciais de cada território. (SCHRAIBER, 1995)

Existem diversos modelos e métodos de planejamento, porém, neste momento, focaremos nos modelos normativo e estratégico, entendendo-os como uma prática social, assim

como propõe Testa (1995). Esse autor aponta que tais modelos demandam o enfrentamento compartilhado de situações-problema, identificados e vivenciados pelos profissionais da saúde e pelos demais atores de um determinado contexto. A identificação dessas problemáticas é que nos dá subsídios para traçarmos um plano de ação, que deve conter a descrição detalhada dos objetivos que almejamos alcançar.

Desta forma, sinalizamos que o diagnóstico sistemático do território – com identificação de seu perfil epidemiológico, de suas necessidades de saúde e vulnerabilidades –, é o primeiro passo do planejamento em saúde. O segundo consiste em ter objetivos e metas.

Só planeja quem sabe exatamente o que busca e aonde se quer chegar, uma vez que os objetivos direcionam para o melhor percurso e para a melhor estratégia a ser utilizada.

No diagnóstico, vale ressaltar que a definição de um problema ou situação problemática pode se dar de diversas formas: a partir de vivências, percepções e ideologias de cada profissional sobre dada realidade. Estas percepções poderão ajudar no ordenamento de ideias, aliado a critérios de risco e vulnerabilidade já instituídos na área da saúde. (MOTTA, 2012)

Neste sentido, o principal objetivo do planejamento em saúde é a melhoria das condições de vida e saúde da população, a partir da utilização do conhecimento e de todos os recursos disponíveis em determinada realidade (CHORNY, 2010), além de proporcionar/possibilitar/produzir a qualificação dos processos de trabalho.

Apresentaremos alguns métodos de planejamento para subsidiar a reflexão e a incorporação desta prática pelos profissionais da ESF-NASF, mas antes, convidamos vocês a analisarem uma situação prática para ilustrar nossa discussão: Cena 1 – Reunião Técnica na UBS Céu Azul.

Cena 1

A gerente Ana Cristina inicia a reunião com os dois médicos (Carlos e Alfredo), duas enfermeiras (Beatriz e Andresa), um dentista (João) e os profissionais do NASF (Gisele, Karen, Caio, Pedro e Luciane):

Ana Cristina: Boa tarde a todos! Nossa reunião de hoje tem como pauta o planejamento das ações para o próximo ano. Fizemos uma avaliação de tudo o que foi desenvolvido ao longo deste ano e identificamos algumas falhas que precisam ser sanadas, uma vez que diversas prioridades ficaram sem uma intervenção mais efetiva. Não podemos deixar que isso aconteça novamente...

Beatriz: Concordo. As gestantes são um exemplo... não conseguimos garantir consulta pré-natal para todas e nossos grupos sempre estiveram esvaziados. Elas não aderiram e nós não conseguimos garantir um cuidado integral. Tivemos até a morte de uma criança... isso é inadmissível!

Alfredo: É, mas conversamos em reunião de equipe que era melhor o NASF ter assumido este grupo, mas...

Gisele: Na realidade, Dr. Alfredo, por diversas vezes propusemos sentar com vocês para planejarmos conjuntamente este grupo, pensando em estratégias, temas e abordagens para potencializá-lo, mas o entendimento era de que não precisava, que bastava que estivéssemos no dia e horário previsto para que ele acontecesse. Além disso, o grupo é da equipe, não é mesmo? Estamos e estaremos juntos com vocês para fazer o que for preciso...

Ana Cristina: Gente, neste momento não adianta lamentarmos tudo o que aconteceu... temos que focar no planejamento compartilhado entre a ESF e o NASF para que não haja outras falhas. Não dá mais para fazermos o planejamento em separado e vamos garantir que as ações e os grupos que precisamos fortalecer concentrem-se nos dois dias na semana em que eles estão aqui para nos apoiar. Precisamos estruturar nossa agenda para suprir a demanda e as necessidades da população... Faremos um primeiro movimento aqui na reunião técnica, pensando no território como um todo e posteriormente cada equipe deverá se reunir para pensarmos nas particularidades de cada microárea, com os agentes, auxiliares... e no final do mês precisamos discutir também na reunião do conselho gestor.

Andresa: E por onde vamos começar? Por ciclo de vida?

Caio: Pode ser um caminho e temos diversos instrumentos que podem nos subsidiar, como a série histórica do SIAB, o SISAB, as dimensões e resultados do AMAQ, a classificação de situações

de maior risco e vulnerabilidade no território feito pelas ACSs, a classificação de risco de Framingham realizada pelos médicos... Todas essas informações podem nos ajudar no planejamento e na gestão de nossa prática...

...E segue a reunião...

É possível observar que a equipe técnica inicia a discussão sobre um problema identificado no território. Existe a necessidade de ajustar a oferta do serviço e o processo de trabalho das equipes à demanda da população a quem o serviço assiste.

Para isso, eles começam a refletir sobre os possíveis instrumentos que fornecerão subsídios para o início do planejamento das ações da unidade.

Para compreendermos melhor sobre os métodos de planejamento normativo e estratégico, faz-se necessário entendermos primeiramente a diferença entre planejamento e plano.

Podemos dizer que, do planejamento derivam alguns produtos, como o plano, o projeto e o programa.

Chorny (2010) define o plano como um instrumento que possui orientações com vistas a efetivar as mudanças desejadas. De acordo com Matus (1993), o plano é um produto momentâneo do planejamento, uma vez que ele direciona a ação dos profissionais em busca do que foi planejado, permitindo adequações ao longo do processo. Ele deve explicitar as estratégias e as diretrizes, oferecendo subsídios para elaboração de programas ou projetos (PAIM, 2006) factíveis e viáveis para determinada realidade.

Planejamento normativo e estratégico

O **planejamento normativo** tem como foco a utilização eficiente de recursos (ganhos econômicos) na resolução de “nós críticos”, estabelecidos *a priori* pelo planejador – que não está imerso na situação ou no contexto social, o que torna o planejamento unidimensional e tecnocrata.

Contrapõe-se ao **planejamento estratégico**, uma vez que este considera a realidade e acredita que as propostas devem emergir desta e devem ser construídas de forma compartilhada, a partir de múltiplas interpretações. (BOMFIM, 2011)

O quadro a seguir apresenta algumas das características e diferenças do planejamento normativo e estratégico.

Quadro 1: Pressupostos do planejamento normativo e estratégico.

Planejamento Normativo	Planejamento Estratégico
O foco está direcionado para questões técnicas e para busca de formulações de planos, programas e projetos desejáveis.	O foco está direcionado para pessoas e para realização de planos, programas e projetos possíveis.
Parte de um modelo analítico que explica uma situação-problema e estabelece um diagnóstico como uma verdade objetiva e única.	Parte de uma situação-problema inicial sem estabelecer um diagnóstico único, por considerar o contexto e a realidade social.
Os objetivos são frutos do diagnóstico e o planejador tem uma posição diferenciada e não faz parte do contexto.	Os objetivos são frutos de consensos entre todas as pessoas envolvidas no processo e o planejador está imerso no contexto e conta com a colaboração dos demais atores sociais.

O planejador controla a realidade desconsiderando incertezas e aspectos probabilísticos.	Os atores que planejam não possuem total controle da realidade planejada e administram as incertezas ao longo do processo.
--	--

Fonte: Elaboração própria com base em Ander-Egg (2007) e Matus (1993).

Planejamento Estratégico Situacional (PES)

Foi Matus (1993) que, por meio de sua experiência como ministro da Economia do governo Allende, idealizou o Planejamento Estratégico Situacional (PES).

É considerado um modelo dentre outras formas de planejamento estratégico aplicado ao setor público. (GONÇALVES, 2005)

Para o mesmo autor, o PES é considerado um modelo pautado na descentralização e na democracia, onde o produto final, ou seja, o plano é fruto da criação coletiva. Trabalha-se com o reconhecimento da complexidade da realidade e admite-se que não há conhecimento único, portanto, envolve também vários atores na resolução do problema.

Para Matus (1993) apud Gonçalves (2005), deve-se compreender o planejamento como a constante articulação entre a estratégia e a tática. Essas são consideradas elementos fundamentais em um dado sistema, no qual sujeitos planejam, e, por possuírem objetivos distintos, geram uma relação de forças, de alianças produtoras de ideias e caminhos possíveis.

Para que o objetivo do planejamento seja alcançado e tenha sucesso, faz-se necessário o estabelecimento de acordos e negociações entre os interesses individuais, entre aquilo que se deseja desenvolver e as possibilidades existentes. Segundo Matus (1993) apud Gonçalves (2005), por meio deste jogo de articulações, o planejamento sempre envolveria conflito e/ou cooperação.

Para Matus (1993) apud Rieg e Araújo Filho (2002), o PES possui três características: subjetivismo, elaboração de planos-proposta a partir de problemas e incerteza do futuro, não sendo possível predizê-lo.

Por trás do subjetivismo, encontra-se a premissa de que os indivíduos significam situações vividas, bem como suas ações decorrentes desses significados. Sendo assim, não se pode planejar nem agir no PES, ignorando-se a carga de subjetividade dos indivíduos envolvidos na situação.

Planos-proposta são elaborados, a partir de problemas, entendidos como obstáculos, que por sua vez são criados em decorrência das diferenças entre a realidade atual do jogo social e as expectativas, aspirações de um indivíduo de acordo com seu mundo subjetivo. (HUERTAS apud RIEG; ARAUJO FILHO, 2002)

Apesar de possuir como característica a incerteza do futuro, o PES não se limita a uma visão determinista do mundo. A intenção não é de prever o futuro, buscando alcançá-lo, e sim preparar os atores para enfrentar as dificuldades.

É possível identificarmos na CENA 1 que Beatriz, Alfredo e Ana Cristina trazem percepções diferentes com relação ao planejamento do grupo, tanto com relação ao momento em que se construiu a proposta e foi definido o foco do projeto como no desenvolvimento e na efetividade do grupo. No diálogo, parece existir uma tentativa de ausência de responsabilidade de cada ator envolvido com o grupo, e uma dificuldade em lidar com o “não sucesso” de suas ações. Durante o planejamento não ficam claras as expectativas, os desejos e as intenções de cada componente envolvido, e não foram estudados os obstáculos possíveis que a equipe poderia enfrentar diante do “problema” escolhido.

O desenvolvimento do PES ocorre por meio de quatro momentos distintos: o explicativo, o normativo, o estratégico e o tático-operacional. A sequência dos mesmos encontra-se relacionada à uma estratégia didática, pois se trata de momentos interdependentes e alternantes. (MELLEIRO et al., 2005)

Momento Explicativo

Aqui a descrição da realidade se dá por meio da seleção de problemas considerados relevantes, onde se busca compreender os motivos que levaram ao aparecimento desses problemas.

A síntese desse momento, segundo Matus (1993) apud Melleiro et al. (2005), denomina-se Fluxograma Situacional, em que os seguintes aspectos encontram-se inseridos, resumindo o conteúdo desta etapa:

- clareza e objetividade devem ser aspectos utilizados para a elaboração do problema;
- deve existir um ator responsável por explicar e articular as ações, no sentido de operar e conceber as intervenções, visando à solução do problema;
- o problema deve ser apresentado por meio de descritores, preferencialmente representados por indicadores de caráter quantitativo, além de serem monitoráveis ao longo do tempo;
- atenção às consequências do problema, por meio de exercícios de análise e discussão, cujo produto é a síntese dos principais efeitos do problema.

Voltando à CENA 1, quando Beatriz levanta o tema gestante, ela o traz por considerá-lo um problema relevante. No momento explicativo, é preciso que Beatriz, juntamente com sua equipe, possa estudar os motivos que tornaram aquele problema relevante no determinado contexto.

Por exemplo, a não adesão das gestantes ao grupo. O que leva as gestantes a não participarem dos grupos? Será que a equipe está conseguindo adequar a proposta do grupo aos interesses e expectativas dessas mulheres? Será que a forma de organização do grupo, a formatação do grupo (quem é convidado, quantidade de pessoas, local, data e hora, etc.) é coerente com a disponibilidade das gestantes?

Questionamentos como esses são importantes de serem feitos pela equipe, a fim de elaborarem projetos mais produtivos, que possam considerar a maior parte possível dos elementos envolvidos na dinâmica de produção desse problema.

Momento Normativo

Ainda segundo Melleiro et al. (2005), este é o momento no qual acontece o processo de identificação dos atores que integram o problema, bem como os recursos que os mesmos disponibilizam para o controle das operações. Este exercício proporciona o mapeamento das melhores e das piores possibilidades, sendo importante frisar que, nesta etapa, torna-se importante também a definição de prazos e metas, pois dessa forma consegue-se ter uma visão ampliada de previsão de início e término.

Será que a equipe da UBS Céu Azul conseguiu chegar a esse momento do PES? Reflexões como: quais pessoas poderão se envolver nesse projeto? Que lugar seria o mais adequado para realizá-lo? Qual é o tempo disponível da equipe e da população X o necessário para termos efeitos positivos e satisfatórios frente às ações desenvolvidas? Todos estes questionamentos são pertinentes neste momento.

Momento Estratégico

Para Almeida et al. apud Melleiro et al. (2005), é neste momento que a análise situacional tem seu foco na construção da viabilidade, por meio do mapeamento de todos os atores colaboradores ou opositores à proposta.

Algumas indagações devem ser respondidas neste momento. São elas, segundo Melleiro et al. (2005):

- As operações do plano são viáveis neste momento?
- Quais as possíveis reações dos atores envolvidos no problema?
- Como construir a viabilidade para as ações aparentemente inviáveis?

O que pode ter ocorrido no grupo de gestantes da UBS Céu Azul é que não houve o estudo da viabilidade do grupo. Pelos relatos, nos parece que não houve um alinhamento dos atores envolvidos na proposta, com relação aos objetivos e metodologias a serem utilizados no grupo, por exemplo. Na fala de Gisele isso fica evidente: “(...) mas o entendimento era de que não precisava, que bastava que estivéssemos no dia e horário previsto para que ele acontecesse.”

Que instrumentos a equipe poderia dispor para estudar as melhores possibilidades de efetivação da proposta, assim como a viabilidade a partir dos recursos disponíveis?

Momento Tático - Operacional

Nesta etapa, é chegado o momento de implementar as ações propostas e adequá-las às situações apresentadas. Desta forma, torna-se necessário a desconstrução da lógica linear: PLANEJAR-EXECUTAR-AVALIAR. (MELLEIRO et al., 2005)

O trabalho com o PES nos leva a analisá-lo e descrevê-lo como um método de permanente exercício onde diálogo e reflexão sobre os problemas que incidem em uma dada realidade nos capacitam a prever situações e alternativas de ação, antecipar possibilidades de decisão e principalmente preparar estratégias para a obtenção de governabilidade das mesmas. (MELLEIRO et al., 2005)

Sistema de Planejamento do SUS (Planeja SUS)

Por definição, o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (Planeja SUS) diz respeito a uma atuação articulada, contínua, integrada e solidária das áreas de planejamento envolvendo as três esferas da gestão do SUS. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

O objetivo geral de tal investimento é coordenar o processo de planejamento no âmbito do SUS, levando em consideração, a gama de diversidades existentes nas três esferas do governo, contribuindo para sua consolidação, qualidade da gestão e atenção à saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

Seis Portarias constituíram o Sistema de Planejamento do SUS. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009) São elas:

- Portaria 3.085, de 1º de dezembro de 2006 – Teve como objetivo regulamentar o Sistema de Planejamento do SUS.
- Portaria 3.332, de 28 de dezembro de 2006 – Teve como objetivo a aprovação das orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.
- Portaria 376, de fevereiro de 2007 – Teve por objetivo instituir incentivo financeiro para o sistema de planejamento do SUS.
- Portaria 1.229, de 24 de maio de 2007 – Teve como objetivo aprovar as orientações gerais para o fluxo do Relatório Anual de gestão dos Municípios, dos estados, bem como do Distrito Federal e da União.
- Portaria 1.510, de 25 de junho de 2007 – Teve como objetivo, desvincular o repasse do incentivo financeiro para a organização do Sistema de Planejamento do SUS da adesão ao Pacto pela Saúde.
- Portaria 1.885, de 9 de setembro de 2008 – Teve como objetivo instituir o incentivo financeiro para implementar o Sistema de Planejamento do SUS.

Mas, na prática, que instrumentos são utilizados para a organização do Planeja SUS?

De acordo com Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009), para seu funcionamento, dois instrumentos são revisados periodicamente e/ou formulados. São eles: Os Relatórios Anuais de Gestão e o Plano de Saúde e as respectivas Programações Anuais de Saúde.

Define-se como Plano de Saúde “o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas.” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 55)

Para a operacionalização destas intenções expressas no Plano de Saúde, utiliza-se a Programação Anual de Saúde, que contém, de forma sistematizada, as ações, os recursos financeiros e outros elementos que contribuem para o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas, assim como indicadores utilizados no monitoramento e na avaliação de sua execução.

Já o instrumento intitulado: Relatório Anual de Saúde tem como objetivo apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006d, apud BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

Planejamento na ESF e NASF: desafios aos profissionais da saúde

É necessário paramos para realizar um amplo planejamento de ações? Sim, é necessário. No entanto, o processo de planejamento deve ser permanente e contínuo no cotidiano da ESF/NASF, dada a dinamicidade do processo saúde/doença nos territórios, uma vez que precisamos garantir as adequações em prol dos objetivos estabelecidos e qualidade nas ações desenvolvidas.

Você pode começar pensando: como as equipes da ESF que você apoia planejam as ações e intervenções no território? O NASF faz parte deste planejamento? Quais os instrumentos são utilizados?

Para Matus (2000), para garantirmos a efetividade do planejamento frente às necessidades locais, faz-se necessário que este aconteça de forma democrática e dialógica, envolvendo todos os atores (ESF-NASF-Gestores-Usuários). Essa forma de encontro para o planejamento favorece a comunicação, consciência coletiva e corresponsabilização.

Planejar pode ser também um excelente pretexto para aproximar pessoas e fazê-las refletir sobre suas práticas passadas e presentes, sobre a conjuntura em que tais práticas se dão e que práticas futuras precisarão ser adotadas.

Planejar não é ponto de chegada, mas de partida. É um dos passos na conquista de qualidade dos processos humanos (comunicação, tomada de decisão, liderança, motivação, coesão do grupo), organizacionais e comunitário.

Avaliação em Saúde

CENA 2: O que avaliar nas ações de saúde?

Cinco horas da manhã de uma segunda-feira do mês de setembro, o despertador toca na casa de Gisele, nutricionista de uma das equipes NASF que cobria duas unidades, localizadas na zona norte do município de Oiticica. Graduada há pouco mais de dois anos, Gisele sempre teve afinidade com a saúde pública e desde a sua formação sabia que este seria seu campo de atuação.

Logo após sua saída da graduação, iniciou seu exercício profissional em um hospital particular, mais especificamente na Unidade de Queimados de um hospital Geral. Gisele gostava de sua atuação na área hospitalar, mas sua grande paixão era sem dúvida a Atenção Básica e o NASF, onde havia realizado estágio durante a graduação.

A oportunidade de atuar no NASF se deu há apenas oito meses, quando uma colega de turma que trabalhava com ela no hospital lhe falou a respeito de uma vaga.

Gisele realizou o processo seletivo e ficou na primeira colocação, iniciando seu trabalho em uma equipe de NASF, formada por: nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta e assistente social. Sua equipe era responsável por duas Unidades: A UBS Céu Azul e a UBS Caminho do Sol.

Vinda da área hospitalar, Gisele, constantemente se via fazendo comparações entre as duas atuações. Mas onde Gisele mais tinha dificuldades era, sem dúvida nenhuma, na parte da avaliação de seu trabalho como profissional da Atenção Básica, pois no hospital tudo parecia ser muito organizado e estruturado, no NASF tantas variáveis se inseriam na sua atuação que ficava muito difícil pensar em como avaliar suas ações: grupos, ações intersectoriais, apoio matricial, entre outros.

E essa era sem dúvida uma das principais questões debatidas nas últimas reuniões nas Unidades que trabalhava, mas somente a Unidade Céu Azul parecia estar se organizando para fazer algo em relação à questão da avaliação.

Após a Unidade ter conseguido finalizar as ações a serem estabelecidas no próximo ano, juntamente com a gerente Ana Cristina, a etapa seguinte seria pensar a forma de avaliar essas ações.

A gerente organizou grupos de trabalho a fim de operacionalizar esta tentativa de se constituir uma avaliação para as ações realizadas pelo NASF: Dividiu a UBS em cinco grupos, com cada grupo tendo a participação de um profissional NASF e responsável por organizar a avaliação de uma ação: ATENDIMENTO INDIVIDUAL, ATENDIMENTO GRUPAL, AÇÃO INTERSETORIAL, APOIO MATRICIAL, VISITA DOMICILIAR.

Karen, a psicóloga, ficou responsável por organizar uma possível avaliação dos ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS; Caio, o fisioterapeuta, abraçou a avaliação das AÇÕES INTERSETORIAIS; Pedro, o fonoaudiólogo, se interessou em liderar a equipe do APOIO MATRICIAL; Luciane, a assistente social, se interessou pelas VISITAS DOMICILIARES e Gisele, opta pelos ATENDIMENTOS GRUPAIS.

Ana Cristina organiza a agenda de todos os seus colaboradores, de forma que os mesmos possam dispor de uma hora semanal para se reunir em seus respectivos grupos, a fim de pensar nos critérios para a avaliação das ações escolhidas.

Ao escolher essa forma de trabalho, Ana Cristina também desejava estimular uma maior integração entre profissionais NASF e ESF, além de estimular a construção conjunta de possibilidades de atuação.

Naquela segunda-feira, o grupo de Gisele iria se reunir pela primeira vez na UBS (das 7h às 8h) a fim de iniciar as conversas sobre como e o que avaliar nos grupos realizados pela equipe NASF.

A reunião se inicia e vários questionamentos surgem:

“Vamos utilizar algum instrumento para avaliar os grupos?”, pergunta a enfermeira Beatriz.

Já o Dr. Felipe, questiona:

“Como vamos medir o impacto deste grupo?”

O dentista João, que não vive sem uma planilha, coloca que antes de qualquer coisa seria muito importante organizar-se uma planilha mostrando todos os grupos que a equipe NASF realiza (com ou sem a participação da ESF), bem como seus objetivos. Para ele que ministra aulas de Metodologia Científica, uma forma mais organizada de se chegar a um resultado mais palpável, seria escolher um único grupo e se realizar uma experiência-piloto.

Todos gostam da ideia e fica estabelecido que a enfermeira Andresa ajude Gisele na organização desta planilha. Mais um encontro fica agendado para a próxima segunda-feira.

Gisele e sua equipe se reúnem pela segunda vez. Após leitura dos grupos com seus objetivos, a equipe opta por iniciar a organização da avaliação pelo grupo de Reeducação Alimentar para crianças de 7 a 10 anos com sobrepeso. Este grupo tem como principal objetivo a perda de peso, bem como a mudança de hábitos alimentares para essa faixa etária.

No momento desta discussão, a gerente Ana Cristina passa pela sala, que se encontra com a porta entreaberta e fica muito animada com as discussões. Sua ideia de integrar a equipe NASF e a ESF, por meio do processo de avaliação, estava dando certo.

Durante a discussão dos objetivos do grupo, a gerente percebeu que a proposta estava funcionando como uma espécie de apoio matricial e que os profissionais da ESF haviam se envolvido muito. Aliás, alguns profissionais nem sabiam da existência do mesmo, embora tivessem na sua área várias crianças com sobrepeso.

Gisele começou a se aprofundar no método utilizado e nos primeiros resultados, uma vez que este grupo tinha sido o primeiro grupo estabelecido por ela, logo após a sua entrada no NASF (já fazia aproximadamente oito meses que o grupo funcionava). Como o relógio marcava oito horas, a reunião foi finalizada e todos se comprometeram de estudar processos de avaliação para se aprofundar na avaliação deste grupo nas segundas-feiras subsequentes.

Quase três meses se passaram e a equipe de Gisele finalmente havia estabelecido um processo de avaliação para o grupo de Reeducação Alimentar. Chegara o grande dia de apresentar a todos da Unidade, a produção coletiva.

Na reunião geral da Unidade, a gerente Ana Cristina solicita que a equipe de Gisele apresente o percurso para se chegar a uma possível avaliação, porém sem apresentar o resultado final, uma vez que as outras equipes ainda estavam nesse processo e a gerente não gostaria de “contaminá-los” com o projeto final de Gisele e sua equipe. Ficou combinado que todas as propostas seriam apresentadas em um único momento.

Gisele inicia a discussão, apresentando alguns questionamentos que nortearam o processo de avaliação de sua equipe, em relação aos atendimentos grupais, tais como:

“Quando estabelecemos um grupo na Atenção Básica, a demanda/necessidade para sua realização é identificada por nós profissionais ou pelos usuários?”

“Que grupo é esse, qual seu objetivo, como ele foi constituído e como ele é realizado?”

“O que desejamos realmente medir é possível de ser medido?”

“Quais indicadores poderão ser utilizados?”

“Como avaliar aspectos que são subjetivos?”

“O que realmente desejamos modificar na condição de vida e saúde desta população com nossas ações?”

Avaliação em Saúde: um passeio no passado para compreender o presente

Segundo Hartz (2009), no âmbito da saúde, a avaliação surge vinculada às áreas da epidemiologia e estatística com o intuito de testar a utilidade de intervenções direcionadas tanto ao controle das doenças infecciosas como na organização dos sistemas de informação que pudessem orientar as políticas sanitárias nos países desenvolvidos, tais como Estados Unidos, Alemanha, Inglaterra, França, Suíça e Grã-Bretanha.

Na história da avaliação, cinco estágios são identificados, e todos estão relacionados ao papel que o avaliador desempenha no processo de avaliação. **O primeiro** encontra-se baseado na *medida* e, neste estágio, o avaliador exerce um papel no qual deve saber construir e utilizar os instrumentos que permitem medir os fenômenos estudados. (HARTZ, 2009; GUBA; LINCONL, 1990 apud CONTRANDIOPOULOS et al., 1997)

O **segundo estágio** inicia-se ao longo dos anos de 1920 e 1930 e permanece até por volta dos anos de 1950 e trata de *identificar e descrever os programas*, além de compreender sua estrutura, fragilidades e forças para verificar a possibilidade de se atingir os resultados esperados e realizar possíveis recomendações para sua implementação. (HARTZ, 2009; GUBA; LINCONL, 1990 apud CONTRANDIOPOULOS et al., 1997)

Já o **terceiro** estágio, que tem início no ano de 1960, indo até o final dos anos de 1980, fundamenta-se no *juízo* e, nele, a avaliação deve permitir o julgamento de uma intervenção. (HARTZ, 2009; GUBA; LINCONL, 1990 apud CONTRANDIOPOULOS et al., 1997)

Chegamos ao **quarto estágio**, em que a avaliação emerge como um *processo de negociação* entre todos os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada. (HARTZ, 2009; GUBA; LINCONL, 1990 apud CONTRANDIOPOULOS et al., 1997)

O **quinto estágio**, também considerado por Hartz (2009) como a quinta geração da avaliação é definida como *emancipadora*, uma vez que implica a vontade explícita de aumentar o poder dos participantes no processo de avaliação.

Ainda segundo Contrandiopoulos et al. (1997), podemos descrever quatro objetivos de uma avaliação:

1. Objetivo estratégico: ajuda a planejar e elaborar uma intervenção;
2. Objetivo formativo: fornece informação para melhorar uma dada intervenção;
3. Objetivo somático: avalia os efeitos de uma dada intervenção, para decidir se a mesma será mantida, transformada de forma significativa ou interrompida;
4. Objetivo fundamental: contribui para o progresso do conhecimento e elaboração teórica.

Monitoramento e avaliação: juntos, porém, diferentes

Para Oakley e Clayton (2003), embora muitas vezes monitoramento e avaliação sejam vistos e utilizados de maneira sinônima e conjunta, existem diferenças entre esses dois conceitos.

Esses autores apontam que o monitoramento é uma avaliação contínua e é parte integral do gerenciamento de um projeto. Ele pode ser entendido também, como um ato de acompanhar a realização de atividades programadas previamente, utilizando indicadores de processo.

Já a avaliação, consiste na verificação do alcance dos objetivos de forma periódica, não só pela equipe que compõe o projeto, mas também pelos beneficiários, e em algumas ocasiões com a participação (apoio) de equipes externas. O foco da avaliação está centrado nos resultados.

Outra diferença essencial, é que o monitoramento termina com a finalização do projeto, enquanto a avaliação pode se prolongar.

Não existe uma definição única e bem-delimitada nem para monitoramento nem para avaliação, mas se torna possível por meio de algumas definições correntes na literatura perceber a existência de duas dimensões nos projetos de monitoramento: A primeira dimensão diz respeito ao fato de que qualquer sistema de monitoramento é parte integral da administração de um projeto e que por isso não deve ser realizado por uma equipe externa ao projeto. A segunda dimensão encontra-se relacionada ao processo contínuo necessário, no monitoramento, para coletar, armazenar, analisar e utilizar informação. (OAKLEY; CLAYTON, 2003)

Apesar de distintos, tanto o monitoramento quanto a avaliação proporcionam os meios necessários para medir a efetividade das intervenções de um dado programa para que a tomada de decisões a curto e longo prazos possam ser efetivadas. Isso ocorre porque um sistema de monitoramento oferece

informações necessárias tanto para a tomada de decisões como para a avaliação de um determinado projeto que vem sendo desenvolvido.

Para Oakley e Clayton (2003), o monitoramento e a avaliação têm como dever:

- identificar se um determinado projeto está sendo desenvolvido conforme planejado;
- apontar problemas, dificuldades, entraves na implementação do projeto;
- cuidar de todos os recursos utilizados;
- averiguar a validação dos pressupostos da etapa de planejamento;
- avaliar a relevância da continuidade do projeto, tendo em vista as necessidades dos beneficiários.

Importância da avaliação para as práticas de saúde

Para Matus (1993), apud Silva e Formigli (1994), rotineiramente uma grande quantidade de informações é registrada pelos serviços de saúde; porém, percebe-se na prática cotidiana que essas mesmas informações não são utilizadas nem para análise da situação de saúde, nem para a definição de prioridades e muito menos para a tomada de decisões visando à reorientação das práticas.

Segundo este mesmo autor, essas informações, se analisadas, podem se constituir como excelente matéria-prima para os processos de avaliação continuada dos serviços de saúde.

De acordo com Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), precisamos também exercitar a autoavaliação das ações de forma permanente e contínua, com o intuito de acompanhar a realidade de saúde local, assim como suas fragilidades e potencialidades, com vistas ao planejamento de intervenções.

Percebe-se, então, o quanto a assimilação da avaliação, como prática sistemática dos serviços de saúde, poderia fornecer aos gestores e aos profissionais envolvidos as informações necessárias para a definição, organização e orientação ou reorientação, quando necessário, de estratégias de intervenção.

E por que este processo de avaliação torna-se tão complexo no cotidiano de trabalho das equipes NASF?

Para responder a esta pergunta faz-se necessário lembrar que o NASF foi criado em uma perspectiva focada na necessidade de reorganização das práticas de saúde, propondo com isso, um novo modelo assistencial. Nessa nova perspectiva, a avaliação das práticas de saúde devem ultrapassar os modelos hegemônicos quantitativos e ampliar seu olhar para aspectos qualitativos.

Neste sentido, temos hoje um importante instrumento de avaliação e planejamento do processo de trabalho do NASF que é Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (AMAQ-NASF), que abordaremos brevemente a seguir.

AMAQ-NASF: identificando problemas e soluções

O AMAQ-NASF se insere no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), em 2013, como uma das estratégias indutoras de qualidade, acesso e resolutividade da Atenção Básica no âmbito do SUS. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Primeiramente, é necessária a adesão ao programa – mediante contratualização de compromissos e pactuações entre NASF, gestores municipais e Ministério da Saúde. A segunda etapa do processo consiste na autoavaliação das equipes NASF, com vistas à melhoria do acesso e da qualidade.

Esse movimento de autorreflexão e de análise induz mudanças na gestão, no cuidado, a partir da identificação de problemas e formulação de estratégias de intervenção para superá-los. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

O AMAQ-NASF consiste em duas unidades de análise que engloba a gestão (Gestão Municipal e da Atenção Básica/NASF) e equipes NASF. Em ambos são apresentados padrões de qualidade esperados, com seu respectivo detalhamento, a fim de que seja avaliado de 0 (muito insatisfatório) a 10 (muito satisfatório) quanto ao grau de adequação da prática aos padrões descritos.

O instrumento de autoavaliação apresenta as seguintes subdimensões de avaliação (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013):

- implantação e implementação do NASF no município;
- apoio à organização do trabalho do NASF;
- educação permanente;
- monitoramento e Avaliação;
- organização do processo de trabalho do NASF;
- atenção integral à saúde.

Vale destacar que as seis subdimensões presentes na autoavaliação dizem respeito diretamente ao processo de trabalho cotidiano do NASF e estas podem embasar reflexões sobre a organização do trabalho desta equipe, subsidiando mudanças e adequações no fazer destes profissionais, de forma pactuada entre gestores e profissionais.

Sugere-se que após a autoavaliação seja desencadeado um movimento de planejamento e intervenção a partir dos problemas prioritários que foram identificados, a fim de que haja a construção coletiva de estratégias de enfrentamento – plano de ação ou intervenção.

Como o AMAQ-NASF vem sendo utilizado e discutido em seu contexto? Ele oportunizou alguma mudança no processo de trabalho da equipe NASF ou apresenta este potencial?

Para ampliar seus conhecimentos acesse: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq_nasf.pdf

Sistemas de informações em saúde: instrumento de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) têm como objetivo fornecer indicadores do estado de saúde do país, assim como dados para pesquisas analíticas e descritivas na área, e subsidiar o planejamento e estratégias de intervenção, inclusive para o incremento de materiais e recursos humanos. Apresentam mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão de informações fundamentais para o planejamento, organização, operacionalização e avaliação dos serviços de saúde. (COLLAZOZ, 2008; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA, 2008)

O órgão responsável pela coleta, processamento e disseminação das informações na área da saúde é o Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), ligado à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. As informações de saúde contidas no DATASUS possibilitam a análise das condições sanitárias e dimensões do estado de saúde da população e dividem-se em:

- indicadores de saúde;
- assistência à saúde;
- rede assistencial;
- estatísticas vitais;
- epidemiológicas e morbidade;
- demográficas e socioeconômicas;

- inquéritos e pesquisa;
- saúde suplementar.

A navegação no site do DATASUS permite a visualização de indicadores e de condições eleitas pelo profissional no momento da busca e investigação de informações em cada município do território nacional.

Na ESF, até dezembro de 2015, a coleta e centralização das informações do território eram feitas por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). A partir da necessidade de qualificar o registro de informações coletados, foi criado o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que passou a ser o único sistema alimentado pelas equipes da AB, a partir de janeiro de 2016.

A alimentação do SIAB era feita através das Fichas A, B, C e D e dos relatórios consolidados SSA e PMA. O SISAB, que faz parte da estratégia e-SUS AB, disponibiliza dois softwares para a coleta dos dados: a Coleta de Dados Simplificada (CDS), que contém 10 fichas a serem preenchidas de acordo com a composição da equipe e atividade realizada pelo profissional e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), que gera as informações necessárias para o sistema de informação, a partir do registro de dados clínicos do atendimento e da alimentação de algumas fichas específicas.

De acordo com Franco (2011), o SIAB, assim como o SISAB, foi criado para subsidiar o fazer das Equipes de Saúde da Família, a partir das informações relacionadas às famílias do território e às ações desenvolvidas em cada contexto. No entanto, na maioria das vezes, o produto desses sistemas infelizmente não é utilizado na rotina das equipes, servindo apenas à alimentação de dados para o envio a instâncias gestoras, para fins de repasse financeiro e cumprimento de uma exigência ministerial.

O NASF deve alimentar o sistema de informação e conhecer as informações oriundas de cada uma das fichas e relatórios utilizados pela ESF em cada uma das UBS que apoia, por meio

da participação compartilhada nas reuniões de equipe, reuniões técnicas e gerenciais em que esses dados são discutidos, uma vez que a informação é o subsídio da gestão e do planejamento.

Vale ressaltar, que o preenchimento correto das informações de cada ficha e/ou prontuário gera um conjunto de informações que permite conhecer o perfil epidemiológico, assim como as características significativas das famílias da área de abrangência de cada UBS, como tipo de moradia, saneamento básico, alfabetização, faixa etária, dentre outras, podendo nos auxiliar na identificação da vulnerabilidade e outros riscos aos quais a população do território possa estar exposta.

Vocês, profissionais do NASF, podem estar se perguntando:

Por que nós precisamos saber quantos hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças existem em cada território apoiado? Será que esta informação influencia na tomada de decisão para realização de um grupo educativo ou terapêutico?

O acompanhamento e a análise da série histórica dos dados do SIAB/SISAB instrumentalizam as equipes ESF-NASF no momento da avaliação das ações realizadas – a partir da mudança no perfil e indicadores, no plano de ação para correções de não conformidades imediatas e no planejamento a longo prazo.

A rotina de analisar estes dados deve ser incorporada no cotidiano do trabalho, a fim de que a informação em saúde seja uma ferramenta estratégica de planejamento, intervenção, mobilização e transformação do contexto e realidade social vivenciada pelas famílias assistidas.

Para ampliar seus conhecimentos acesse: www.datasus.gov.br e <http://sisab.saude.gov.br/>

Considerações Finais

Agora você já conhece algumas ferramentas importantes para o desenvolvimento do trabalho junto às equipes de ESF e NASF e consegue reconhecer a relevância do planejamento e da avaliação em saúde na qualificação das ações realizadas por você e sua equipe. Basta agora desenvolver suas habilidades de observação, análise, composição, síntese e projeção. Com o tempo, desenvolverá maior criatividade na utilização dessas ferramentas e conseguirá ampliar a potencialidade de suas intervenções!

Referências

- ANDER-EGG, E. **Introducción a la planificación estratégica**. Buenos Aires: LumenHumanitas, 2007.
- BOMFIM, R.L.D. Formulação de políticas e planejamento. In: GONDIM, R. et al. (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2011. p. 357-380.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva: trajetória e orientações de operacionalização**. Brasília: Ministério da Saúde/OPAS, 2009. 318 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Glossário temático: Sistema de Planejamento, Monitoramento e Avaliação das Ações em Saúde (Sisplam)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52 p.
- _____. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica – núcleos de apoio à saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. p. 66.
- CHORNY, A.H. **Planejamento e organização da atenção à saúde**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2010. (Curso de Especialização de Gestão em Saúde).
- CHORNY, A.H. Planificación en salud: vejas ideas en nuevos ropajes. **Cuadernos Médico Sociales**, Rosario, n. 73, p.5-30, 1998.
- COLLAZOZ, K.L.; BRASIL, L.M. Sistemas de informação em saúde. In: BRASIL, L. M. (Org.). **Informática em saúde**. Brasília: Universa, 2008. p. 209-19.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEAULT, R. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.
- FRANCO, J.L.F. **Sistemas de informação**. São Paulo: Una-SUS Unifesp, 2011. (Material do curso de Especialização em Saúde da Família).
- GONÇALVES, R.G. **Modelos emergentes de planejamento: elaboração e difusão. Um estudo do planejamento estratégico situacional**. 2005. 201 f. Tese (Doutorado em Planejamento Urbano e Regional) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- HARTZ, Z.M.A. **Avaliação de Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/avasau.html>
- MATUS, C. **O líder sem Estado-Maior**. São Paulo: Fundap, 2000.
- _____. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993. 2v. (Série IPEA).
- MELLEIRO, M.M.; TRONCHIN, D. M. R.; CIAMPONE, M. H. T. O planejamento estratégico situacional no ensino do gerenciamento em enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 165-71, 2005.
- MOTTA, P.R. Formulação de políticas e definição de objetivos: imposições do contexto administrativo. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A.M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2012. p. 105-12.

OAKLEY, P; CLAYTON, A. **Monitoramento e avaliação do empoderamento (“empowerment”)**. Tradução de Zuleika Arashiro e Ricardo Dias Sameshima. São Paulo: Instituto Pólis, 2003.

PAIM, J.S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. S. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 767-82.

_____. **Saúde política e reforma sanitária**. Salvador: CEPIS-ISC, 2002. 447 p.

RIEG, D.L.; ARAUJO FILHO, T. O uso das metodologias “planejamento estratégico situacional” e “mapeamento cognitivo” em uma situação concreta: o caso da pró-reitoria de extensão da UFSCar. **Gestão & Produção**, v.9, n.2, p.163-179, 2002.

SCHRAIBER, L.B. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. **Saúde em Debate**, n. 47, p.28-35, 1995.

SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica da programação: o caso da saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec, 1995.

SOBRE OS ORGANIZADORES

Mara Lisiane de Moraes dos Santos : Graduação em Fisioterapia, Especialista em Ativação de Mudanças na Formação de Profissionais de Saúde, Mestrado em Saúde Coletiva, Doutorado em Ciências da Saúde. Professora Adjunta da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Fernando Pierette Ferrari: Graduação em Fisioterapia, Especialista em Ativação de Mudanças na Formação de Profissionais de Saúde, Mestrado em Educação. Professor Assistente da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Vera Lúcia Kodjaoglanian: Graduação em Psicologia, Especialista em Ativação de Mudanças na Formação de Profissionais de Saúde, Mestrado em Saúde Coletiva. Professor Assistente da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Atua na área de ensino da Fiocruz-Mato Grosso do Sul.

SOBRE OS AUTORES

Rosani Pagani: Graduação em Psicologia, Especialista em Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à saúde e em Saúde Baseada em Evidências, Mestrado em Saúde Pública. Atuou na Coordenação Geral da Atenção Básica - DAB/SAS/MS, acompanhando e coordenando a implementação do NASF no Brasil. Coordenadora Nacional da Residência em Área Profissional da Saúde (Multiprofissional e Uniprofissional) no Gabinete do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde - DEPREPS/SGTES/MS e Secretária Executiva Adjunta da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS/MEC.

Michele Peixoto Quevedo: Graduação em Psicologia, Mestre em Saúde Pública e Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo- FSP-USP. Foi assessora técnica do NASF na Casa de Saúde Santa Marcelina – SP. Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina - SP.

Fernanda Rocco Oliveira: Graduação em Fonoaudiologia, Especialista em Saúde Coletiva, Especialista em Educação e Formação em Saúde pela FASM. Foi assessora técnica do NASF na Casa de Saúde Santa Marcelina – SP. Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina-SP e Coordenadora de Tutoria do Curso de Especialização em Apoio a Saúde da Família (CEASF) UnaSUS-Unifesp.

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento: Graduação em Fisioterapia, Especialista em Saúde Coletiva pela UFSCar, Especialista em Ativação de Mudanças na Formação de Profissionais de Saúde, Mestre em Enfermagem, Doutora em Ciências pela EEUSP. Foi assessora técnica e apoiadora institucional do NASF na Casa de Saúde Santa Marcelina - SP. Pesquisadora em Saúde Pública na Fiocruz Mato Grosso do Sul.



Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries

Clássicos da Saúde Coletiva

Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Arte Popular, Cultura e Poesia

Interloquções: Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Atenção Básica e Educação na Saúde

Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

Vivências em Educação na Saúde

Cadernos da Saúde Coletiva

Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico

Saúde & Amazônia

Periódicos

Revista Saúde em Redes

Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia

editora



redeunida

www.redeunida.org.br