Especialização Multiprofissional na

# Atenção Básica

UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

**Eixo II -** O Trabalho na Atenção Básica

## Processo de Trabalho na Atenção Básica

UFSC

## GOVERNO FEDERAL

**Presidente da República**
**Ministro da Saúde**
**Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)**
**Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)**
**Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde**
**Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS**

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**Reitor (pró-tempore)** Ubaldo Cesar Balthazar
**Vice-Reitora** Alacoque Lorenzini Erdmann
**Pró-Reitor de Pós-graduação** Hugo Moreira Soares
**Pró-Reitor de Pesquisa** Sebastião Roberto Soares
**Pró-Reitor de Extensão** Rogério Cid Bastos

## CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Diretor** Celso Spada
**Vice-Diretor** Fabrício de Souza Neves

## DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

**Chefe do Departamento** Fabrício Augusto Menegon
**Subchefe do Departamento** Maria Cristina Calvo
**Coordenadora do Curso** Fatima Buchele Assis

## COMITÊ GESTOR

**Coordenadora** Elza Berger Salema Coelho
**Coordenadora Pedagógica** Kenya Schmidt Reibnitz
**Coordenadora Executiva** Rosângela Leonor Goulart
**Coordenadora Interinstitucional** Sheila Rubia Lindner
**Coordenador de Tutoria** Antonio Fernando Boing

## EQUIPE EAD

Alexandra Crispim Boing
Antonio Fernando Boing
Eleonora Milano Falcão Vieira
Marialice de Mores
Sheila Rubia Lindner



## AUTORES 1ª EDIÇÃO

Josimari Telino de Lacerda
Rodrigo Otávio Moretti-Pires

## 3ª EDIÇÃO ADAPTADA

Josimari Telino de Lacerda
Rodrigo Otávio Moretti-Pires
Cláudia Flemming Colussi

## REVISORA 2ª EDIÇÃO

Cláudia Colussi

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

# Processo de Trabalho na Atenção Básica

Versão adaptada do curso de
Especialização Multiprofissional em Saúde da Família

## Eixo II
O Trabalho na Atenção Básica

Florianópolis
UFSC
2018

© 2016 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:
Universidade Federal de Santa Catarina
Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC
Disponível em: www.unasus.ufsc.br.

Ficha catalográfica elaborada por Rosiane Maria CRB 14 - 1588

U588p Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica – Modalidade a Distância.

Processo de trabalho na atenção básica [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. 3. ed. — Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

106 p. (Eixo II – O Trabalho na Atenção Básica)

Versão adaptada do curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família.
Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo do módulo: O que é Processo de Trabalho na Concepção Ampliada de Saúde. – O processo de Trabalho Multiprofissional na Atenção Básica. - A Horizontalidade no Processo de Trabalho. - Ferramentas do Processo de Trabalho na Atenção Básica à Saúde. - As Ferramentas Tecnológicas do Trabalho no NASF.

ISBN: 978-85-8267-119-1

1. Atenção básica em saúde. 2. Equipes de saúde. 3. Cuidados de saúde. I. UFSC. II. Lacerda, Josimari Telino de. III. Moretti-Pires, Rodrigo Otávio. IV. Título.

CDU: 614

## EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

**Coordenação Geral da Equipe:** Eleonora Milano Falcão Vieira, Marialice de Moraes
**Coordenação de Produção:** Giovana Schuelter
**Design Instrucional:** Jimena de Mello Heredia
**Revisão Textual:** Isabel Maria Barreiros Luclktenberg, Flávia Goulart
**Design Gráfico:** Maraysa Alves
**Ilustrações:** Aurino Manoel dos Santos Neto, Rafaella Volkmann Paschoal, Maraysa Alves
**Design de Capa:** Rafaella Volkmann Paschoal
**Ajustes Editoriais:** Adriano Schmidt Reibnitz

# SUMÁRIO


UNIDADE 1 O QUE É PROCESSO DE TRABALHO NA CONCEPÇÃO AMPLIADA DE SAÚDE? ..... 11
1.1 O trabalho em equipe e a interdisciplinaridade ..... 13
1.2 Atuação Intersetorial em Saúde ..... 17
1.3 Gestão do cuidado em saúde ..... 20
REFERÊNCIAS ..... 25

UNIDADE 2 O PROCESSO DE TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA ..... 29
2.1 O trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família ..... 32
2.2 A ampliação da Atenção Básica com a inserção do NASF-AB ..... 35
REFERÊNCIAS ..... 43

UNIDADE 3 A HORIZONTALIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO ..... 47
3.1 Educação Permanente como meio de mudança ..... 47
3.2 Humanização como parte do processo de trabalho ..... 52
3.3 Acolhimento em saúde ..... 56
3.4 Participação social ..... 59
REFERÊNCIAS ..... 64

UNIDADE 4 FERRAMENTAS DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE ..... 67
4.1 Informação ..... 67
4.2 Apropriação do território ..... 71
4.3 Reconhecimento e enfrentamento dos problemas ..... 72
REFERÊNCIAS ..... 76

UNIDADE 5 AS FERRAMENTAS TECNOLÓGICAS DO TRABALHO DO NASF ..... 79
5.1 Projeto de Saúde no Território ..... 81
5.2 Apoio Matricial ..... 83
5.3 Clínica ampliada ..... 94
5.4 Projeto Terapêutico Singular (PTS) ..... 97
5.5 Pactuação do apoio ..... 99
REFERÊNCIAS ..... 101

SÍNTESE DO MÓDULO ..... 103

AUTORES ..... 104

# APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Este módulo está dividido em cinco unidades. A primeira e a segunda unidades abordam os aspectos conceituais da atuação das equipes de saúde na lógica da concepção ampliada de saúde, com atuação multiprofissional. Dessa forma, nelas são discutidos a ampliação do trabalho na Atenção Básica a partir da inclusão das equipes do NASF, o trabalho em equipe, a gestão do cuidado e a atuação intersetorial.

O tema da terceira unidade é a horizontalidade no processo de trabalho, na qual se incluem a Educação Permanente, a humanização do atendimento e a participação social. Na quarta e na quinta unidades, são abordadas as ferramentas tecnológicas do processo de trabalho das equipes de saúde e do NASF. Para tanto, algumas técnicas e estratégias para apropriação do território, tais como acesso a informações, estratégias para enfrentamento de problemas, clínica ampliada, apoio matricial, projeto terapêutico singular, projeto de saúde no território e pactuação de apoio, serão apresentadas.

## Ementa

Reflexos da concepção ampliada de saúde no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família e do NASF. O trabalho multiprofissional na Atenção Básica em Saúde. Princípios, diretrizes e ferramentas norteadoras do processo de trabalho na Atenção Básica em Saúde.

### Objetivo geral

Refletir sobre o processo de trabalho das equipes de saúde na Atenção Básica.

### Objetivos específicos

- Compreender as especificidades e as atribuições das equipes de saúde previstas na legislação do SUS.
- Discutir aspectos conceituais e operacionais da interdisciplinaridade e da atuação multiprofissional e sua importância no trabalho das equipes.
- Reconhecer as ferramentas que devem orientar o processo de trabalho e a organização dos serviços das unidades de saúde.

**Carga horária: 30h**

## Unidades de Conteúdo

Unidade 1: O que é processo de trabalho na concepção ampliada de saúde?
Unidade 2: O processo de trabalho multiprofissional na Atenção Básica
Unidade 3: A horizontalidade no processo de trabalho
Unidade 4: Ferramentas do processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde
Unidade 5: As ferramentas tecnológicas do trabalho do NASF

# PALAVRAS DOS PROFESSORES

Seja bem-vindo (a) a este módulo!

Sabemos que o modo como atuamos no campo pessoal ou profissional é reflexo da nossa forma de compreender o mundo, mediada pelos recursos disponíveis, pelas relações interpessoais e pelas situações com as quais nos defrontamos. No campo profissional, atendemos a arranjos institucionais e partilhamos a diversidade do modo de agir com diferentes atores que medeiam nossa capacidade de intervenção. Entretanto, pouco refletimos sobre o nosso modo de agir e sobre os aspectos que orientam e condicionam nosso processo de trabalho. Dessa forma, neste módulo, temos como objetivo principal estimulá-lo à reflexão sobre o processo de trabalho efetuado pelas equipes de saúde na Atenção Básica e do NASF.

Através do conteúdo deste módulo, portanto, você vai aprender importantes conceitos que contribuirão no processo de trabalho das equipes das unidades de saúde e do NASF. Além disso, você terá indicações de leituras complementares para o aprofundamento das discussões. Faça todas elas e interaja com os demais colegas e com a tutoria nos espaços de discussão disponibilizados no ambiente virtual.

Esperamos que os conhecimentos adquiridos através deste módulo propiciem a aproximação entre a teoria e a prática em seu trabalho profissional e que, de algum modo, possam contribuir para a identificação de entraves e/ou para a superação de dificuldades na perspectiva do cumprimento dos princípios e das diretrizes do SUS.

Bons estudos!

Josimari Telino de Lacerda
Rodrigo Otávio Moretti-Pires

# Unidade 1

# 1 O QUE É PROCESSO DE TRABALHO NA CONCEPÇÃO AMPLIADA DE SAÚDE?

A complexidade e a interdependência entre os aspectos estruturais e estruturantes da sociedade e o processo saúde–doença, apresentadas e discutidas nos módulos anteriores, também se refletem no contexto da relação usuário, serviços e profissionais de saúde. A solução dos problemas de saúde é um fenômeno social e histórico que não pode ser analisado como processo linear e orientado apenas a partir de sinais e sintomas biológicos, apesar de terem sido essas a tradição e a estruturação na maioria dos sistemas de saúde (CAMPOS, 2003). Contrária a essa tradição, a Estratégia Saúde da Família (ESF), como orientadora da atuação da Atenção Primária no SUS, assume essa perspectiva sócio-histórica.

A disponibilidade e o acesso a um conjunto de ações e serviços influenciam a saúde da população, mas não o suficiente para resolverem os problemas demandados. No contexto da implementação do SUS, os debates firmaram a perspectiva de que não basta aumentar a disponibilidade e o acesso ao atendimento, mas há que se pensar que tipo de atendimento é esse. A forma como o serviço em saúde é oferecido potencializa o seu grau de resolubilidade. Não é suficiente que o usuário tenha acesso ao SUS se esse acesso não garante a saúde em todos os componentes envolvidos no binômio saúde–doença. A origem e o transcurso histórico dos problemas devem necessariamente ser considerados, bem como as diferentes conformações e os espaços em que se situam. E isso tem relação direta com a maneira de executar o trabalho em saúde, ou seja, como o processo de trabalho é orientado. Nesta unidade, refletiremos sobre esse tema com foco na Estratégia Saúde da Família.

O processo de trabalho, de maneira geral, é o modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, o modo como realizamos o nosso trabalho. Pode ser caracterizado pelo conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam sobre um objeto e o transformam, por intermédio dos meios de produção, para obterem determinado produto com uma utilidade determinada (Faria et al., 2009).

O processo de trabalho também é definido como a atividade voltada para a produção de valores de uso com a finalidade de satisfazer as necessidades humanas, independente das formas sociais que assumam e das relações sociais de produção. Seu significado é eminentemente qualitativo e refere-se à utilidade do resultado do trabalho. Já a organização do trabalho abrange o conteúdo e a composição das tarefas, o que, consequentemente, implica a divisão dessas tarefas no processo produtivo de trabalho e nas formas de relações construídas entre os trabalhadores (KRUG et al., 2010).

Nos processos de trabalho de qualquer natureza, podem ser identificados alguns elementos como o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes.

O **objeto** é o que vai ser transformado, podendo ser uma matéria-prima, materiais já processados, ou ainda, necessidades e condições humanas e sociais. Os **instrumentos**, ou meios de produção, podem ser máquinas, equipamentos, ferramentas, e também conhecimentos e habilidades. A **finalidade** refere-se a projeção dos resultados esperados a partir do processo, e os **agentes** são aqueles que fazem a mediação do objeto e dos instrumentos, a partir de uma dada finalidade (FARIA et al., 2009).

### Na Prática

Procure refletir sobre esses componentes no processo de trabalho em saúde. Quem é o objeto do trabalho em saúde? Quais são os instrumentos utilizados? Qual a finalidade do processo de trabalho em saúde na atenção básica? Esta difere do processo de trabalho em saúde no hospital, por exemplo? Quem são os agentes?

O processo de trabalho em saúde encontra-se dentro da categoria **serviço**, expressando a necessidade de cumprir uma finalidade útil. E qual seria a finalidade do processo de trabalho em saúde? A cura? A promoção da saúde? Dentro de um conceito ampliado de saúde, principalmente remetendo-nos ao processo de trabalho na atenção básica, podemos considerar que sua finalidade é a **produção do cuidado**, uma vez que o cuidado envolve não somente a cura, mas o atendimento às necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem estar e autonomia (CECILIO, 2011).

Embora seja um serviço, há algumas singularidades do processo de trabalho em saúde que o torna complexo e subjetivo, uma vez que seus resultados não constituem mercadorias, e são produzidos pelo encontro entre quem produz e quem recebe. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade. É um serviço peculiar, que tem como base as relações interpessoais, numa dimensão cooperativa que se estabelece entre os profissionais envolvidos com o processo, e entre o profissional e a pessoa que está "recebendo o serviço". Além dessa dimensão cooperativa, Souza et al. (1991) destacam a importante direcionalidade técnica do processo de trabalho em saúde que diz respeito aos conhecimentos científicos e ao uso de tecnologias que influenciam a produção específica do serviço de saúde.

Dessa forma, a importância de se pensar a dimensão humana do trabalho é justificada, já que, quando um profissional realiza determinada atividade na assistência à saúde, há os componentes técnicos da ação assim como existem também os componentes subjetivos e intersubjetivos, ou seja, o profissional como ser humano também está ali interagindo com o outro ser humano que recebe o cuidado.

A dimensão humana do trabalho reflete o vínculo dos profissionais com os usuários, assim como as próprias formas de viver o trabalho em saúde (CECÍLIO, 2001; MERHY, 1997). Merhy (1997, p. 5) defende que é fundamental encarar o trabalho em saúde como relacional, ao que chama de "trabalho vivo", relacionando-se como "forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado".

Outro aspecto diretamente relacionado a esse contexto é a política de gestão que os administra. Nesse sentido, Merhy (2003) chama a atenção para a existência de conflitos e tensões, na medida em que os projetos individuais e coletivos encontram-se no espaço de produção de saúde. Há certo governo pessoal de espaço, mas também encontros das governabilidades. Entender o modelo assistencial é pensar em como está organizada a assistência, que é produto dessas tensões (MERHY, 1997).

## 1.1 O trabalho em equipe e a interdisciplinaridade

As modificações no modelo de causalidade das doenças, na segunda metade do século XX, o olhar sobre o processo saúde-doença, em detrimento da doença *per si*, e a partir da década de 1970 a adoção de um modelo de determinação social, implicaram numa profunda revisão das formas de organização das práticas em saúde e dos elementos que constituem o processo de trabalho, inclusive sua finalidade. Nesse contexto, o papel da atenção primária e o **trabalho em equipe** multiprofissional passam a ganhar destaque.

No Brasil, embora a 8ª CNS já anunciasse a inadequação curricular da formação em saúde, no início dos anos 90, as discussões sobre a mudança das práticas em saúde estavam muito mais voltadas para a estruturação do aparato legal e da estrutura político-administrativa do SUS, do que para a preparação dos atores que efetivamente colocariam essas mudanças em prática (Araujo, Rocha, 2007).

Foi somente na década de 2000 que ocorreram importantes mudanças na qualificação e adequação da formação em saúde. Dentre as principais mudanças, destaca-se a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da área de saúde, entre 2001 e 2004, e a publicação da Portaria nº 198/04, em 2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor.

A qualificação dos profissionais para o desenvolvimento do trabalho em equipe no contexto da atenção básica será o foco de nossas discussões.

Quando falamos de trabalho em equipe, certamente estamos falando em um conjunto ou grupo de pessoas que desempenham uma tarefa ou trabalho. No entanto, as pessoas podem ter diferentes concepções sobre o que seja o trabalho em equipe. Para você, a equipe é:

- um grupo de pessoas que que desempenham uma tarefa ou trabalho e tem um objetivo comum pré-determinado?
- um grupo de pessoas que tem um objetivo comum, e pretendem alcançá-lo de forma compartilhada?
- um grupo de pessoas cujo objetivo é resultante da negociação/discussão entre todos os membros do grupo?
- ou um grupo de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras para atingir um objetivo comum, obtido através da negociação entre os atores sociais envolvidos no plano de trabalho?

De acordo com Araujo e Rocha (2007), diferentes abordagens do trabalho em equipe são encontradas na literatura, e os autores destacam três abordagens, sob a ótica de resultados, relações e interdisciplinaridade:

- Resultados: a equipe é concebida como um recurso para o aumento da produtividade e da racionalização dos serviços;
- Relações: as pesquisas utilizam como referência os conceitos da psicologia analisando as equipes com base nas relações interpessoais assim como nos processos psíquicos;
- Interdisciplinaridade: discussão sobre a articulação de saberes e a divisão do trabalho, ou seja, da especialização do trabalho em saúde.

Exploraremos neste tópico as abordagens das relações e da interdisciplinaridade.

### 1.1.1 – As Relações no trabalho em equipe

Trabalhar em equipe nem sempre é uma tarefa fácil e muito menos harmoniosa. Existem muitos momentos de conflitos, e estes não devem ser considerados como algo ruim, ou algo a ser evitado. Os conflitos são inerentes às relações, e se bem trabalhados, tornam-se uma oportunidade de aprendizado e crescimento para todos.

Determinadas atitudes e comportamentos podem facilitar ou dificultar a integração e o trabalho da equipe. Veja no quadro 1 alguns desses aspectos, identificados com base no estudo de Francischini, Moura e Chinellato (2008):

| Atitudes e comportamentos | |
|---|---|
| **Facilitam o trabalho em equipe** | **Dificultam o trabalho em equipe** |
| • Dar e pedir sugestões e ideias;<br>• Responder aberta e francamente;<br>• Encorajar e aceitar contribuições;<br>• Envolver todos os membros;<br>• Registrar informações e relacionar ideias;<br>• Ouvir tão bem quanto falar;<br>• Estar aberto à críticas;<br>• Envolver-se com as atividades;<br>• Respeitar diferentes opiniões e pontos de vista;<br>• Compartilhar responsabilidades;<br>• Comunicar-se de forma clara e oportuna;<br>• Identificar e trabalhar as dificuldades pessoais;<br>• Ser propositivo e positivo. | • Censurar e rejeitar ideias e sugestões;<br>• Buscar “aliados” a sua posição pessoal;<br>• Usar de sarcasmo e insinuações;<br>• Desqualificar o outro;<br>• Exaltar a si próprio;<br>• Provocar as pessoas quando contrariado;<br>• Falar demais e não escutar as opiniões e sugestões dos outros;<br>• Ser vulnerável à crítica;<br>• Esperar que os outros tomem atitude;<br>• Fazer de conta que concorda com tudo na frente e por trás detonar o trabalho do grupo;<br>• Ser negativo e pessimista;<br>• Desrespeitar ou agredir os outros com atos e palavras;<br>• Trazer para o grupo problemas pessoais. |

Quadro 1 – Comportamentos que facilitam e que dificultam o trabalho em equipe.

No contexto da atenção básica, a menor densidade de tecnologias duras, associada a uma maior presença das tecnologias mais relacionais, abre inúmeros espaços relacionais que são dados pelos atos de fala, escuta, olhares e toque, em que os sentidos operam junto com os saberes. Isso sem dúvida impacta o grau de resolutividade das ações assistenciais e de cuidado, e o “estabelecer relações” torna-se um saber intrínseco à atividade laboral. (FRANCO, 2006)

### 1.1.2 – A interdisciplinaridade

Por **interdisciplinaridade** entende-se o processo de interação entre as disciplinas em que há cooperação acerca do conhecimento, por meio de sua ação coordenada. Caracteriza-se por uma ação simultânea de diversas disciplinas em torno de um tema.

Tendo como objetivo a atuação integral em saúde, as ações e as propostas da equipe com caráter interdisciplinar devem contemplar a identificação periódica das necessidades, dos riscos e das vulnerabilidades da população sob sua responsabilidade, de modo a responderem de forma adequada e resolutiva.

A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (Araujo, Rocha, 2007)

A interdisciplinaridade não representa a anulação da especificidade de cada saber, mas uma possibilidade de aproximação ou estreitamento entre as partes, uma vez que a totalidade nunca pode ser atingida. O prefixo “inter” está relacionado com troca, reciprocidade. Assim, interdisciplinar refere-se à troca entre áreas de conhecimento. O significado do trabalho interdisciplinar é a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto onde estão inseridas (Araujo, Rocha, 2007)

A reflexão sobre a atuação da equipe, em que cada profissional contribui com diferentes nuances do conhecimento em saúde, remete à discussão do caráter orientador do cuidado terapêutico profissional específico.

---

Ao mencionarmos o cuidado terapêutico profissional específico, referimo-nos àquelas ações de saúde que, segundo o Código de Ética Profissional, competem ao exercício de cada profissão e que têm como orientação seu objeto de trabalho específico. Ou seja, fazemos referência às ações profissionais específicas promovidas por todas as categorias que atuam na saúde, sobretudo porque nossa intenção é deixar muito claro que as especificidades do conhecimento profissional não podem ser desconsideradas. Pelo contrário, não pode existir integralidade da atenção em saúde se esse processo desconsiderar o conhecimento específico presente em cada especialidade.

---

Vasconcelos (2002) ressalta que, em uma perspectiva ampliada do processo de trabalho, profissionais de Saúde da Família como você, devem se posicionar com outras ações, além do enfoque nos espaços de atenção individual à saúde. Nesses espaços, os conhecimentos envolvidos nas competências e nas habilidades dos trabalhadores são apresentados de forma estanque, impedindo a articulação com outros saberes. Entendemos, portanto, que essa prática em saúde, reconhecida como parte do paradigma médico convencional, deve ser superada pelos profissionais comprometidos com a construção do SUS.

É importante salientar que onde há cuidado terapêutico profissional específico também deve haver espaços de aproximação dessa prática com o cuidado multiprofissional interdisciplinar, pois as complexidades social, econômica, cultural e biológica envolvidas na determinação dos problemas de saúde requerem o desenvolvimento de uma nova forma de fazer saúde.

O equilíbrio entre uma proposta de cuidado generalista e uma proposta com base na especialização é necessário. Desconsiderar a especialidade coloca em discussão a transformação das profissões e dos especialistas em técnicos polivalentes, com atribuições semelhantes, perdendo, na prática, a especificidade. De outro lado, a especialidade em si não dá conta da complexidade. Observa-se que o modelo baseado na especialidade reduz a capacidade dos profissionais de resolver problemas, e tem como resultados tratamentos cada vez mais longos e com custos crescentes, e uma perda da visão integral do sujeito que necessita de cuidados em saúde (RIBEIRO, PIRES, BLANK, 2004).

Assim, através do trabalho interdisciplinar, são delineadas as possibilidades de construção de um espaço de cuidado que promova mudanças estruturais no processo de trabalho, gerando reciprocidade, enriquecimento mútuo dos profissionais e horizontalidade das relações de poder entre os diversos campos do saber (VASCONCELOS, 2002).

Porém, só será possível discutir sobre a possibilidade de aproximar a atenção à saúde nos espaços que rompem com a visão curativa tradicional, avançando em direção ao cuidado integral à saúde, quando determinada situação de saúde for tratada a partir da complexidade dos elementos que a constituem. A compreensão dos elementos que determinam o processo saúde–doença nos remete a discussões no campo do conhecimento interdisciplinar.

Leitura Complementar

Para aprofundar seus estudos, recomendamos a seguinte leitura: SAUPER, R. et al. **Competências dos prodissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. v.9, n.18, p.521-536, set-dez 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/icse/v9n18/a05v9n18.pdf>.

## 1.2 Atuação Intersetorial em Saúde

A saúde precisa ser entendida como um problema social que não pode ser abordado em dimensão setorial, por estar interligada e dependente dos demais aspectos que estruturam a sociedade. Os problemas sociais se manifestam e são identificados setorialmente, mas a solução depende da atuação de mais de uma política pública setorial (Figura 1). A complexidade do setor saúde não permite uma abordagem fragmentada dos problemas (PAULLI, 2007; WIMMER; FIGUEIREDO, 2006).

Figura 1 – Resolução de problemas sociais

A intersetorialidade não é um processo espontâneo; ela depende de uma ação deliberada cuja implementação não é fácil. Trata-se de uma nova concepção de atuar em saúde que intenta transformar certas formas de trabalhar e atingir objetivos dentro e fora do setor, por meio da negociação e da reorientação dos trabalhos de forma integrada. Por outro lado, com a integração de saberes e experiências, os profissionais e os grupos tornam-se sujeitos capazes de perceber os problemas de maneira integrada e identificar soluções adequadas à sua realidade social.

Diante das dificuldades de articulação com outros setores, do ponto de vista macro da gestão, Paulli (2007) sugere que se inicie a atuação intersetorial em pequenas parcerias, nos projetos comuns, pontuais e, assim, paulatinamente, amplie-se o potencial resolutivo das ações.

Podemos entender a Atenção Básica como uma estratégia flexível, responsável pela ordenação do cuidado de sua população de referência. Ela garante a atenção integral oportuna, sistemática e continuada, sendo responsável pela articulação dos diversos pontos da atenção dos prestadores de cuidados, dentro e fora do setor saúde. Dessa forma, não podemos prescindir da intersetorialidade como um eixo estrutural de nossa atuação.

Concordamos com a visão de Paula, Palha e Protti (2004) de que a Atenção Básica tem a capacidade de articular os vários setores presentes, tanto no nível mais operacional – nas ações de saúde diretamente ofertadas à população – como nos níveis regional e central. A partir da perspectiva de planejamento ascendente e com potencialidade de articular setores fundamentais, as mudanças podem ser mais efetivas e duradouras para o setor saúde.

Porém, alguns elementos são fundamentais para que esse potencial se efetive. Para tanto, é preciso:

- superar a fragmentação e a compartimentalização do processo de trabalho dentro do setor saúde, centrado no modelo biomédico, e incorporar a cultura de cooperação e de complementaridade dos diferentes saberes;
- adotar a intersetorialidade como um processo integrado de transformação da assistência, articulado com a população; e
- entender que há dificuldades na formação, na capacitação e na articulação dos sujeitos, além de pouca articulação entre as políticas sociais em prol de um objetivo único.

Trata-se de um processo que está sendo construído e que requer a formação de uma rede de apoio. Nesse sentido, a proposta dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) que trataremos a seguir, vai ao encontro desse propósito. Ela intenta dar apoio às práticas na Atenção Básica, utilizando, inclusive, a intersetorialidade[1], cujo objetivo é a formação de uma rede – conceito que extrapola o âmbito do trabalho em equipe ou setorial – que promova a articulação das pessoas e das instituições que buscam soluções para a superação de problemas sociais.

1 Antes de continuar a sua leitura, reflita e faça algumas anotações:
Como você vê a intersetorialidade em sua unidade de saúde?
Que aspectos precisam ser potencializados para avançar nessa direção?

Como processo articulado e integrado de formulação de políticas públicas, a intersetorialidade pressupõe a integração de estruturas, recursos e processos organizacionais, e caracteriza-se pela corresponsabilidade de diferentes atores sociais e governamentais. A promoção da saúde, atribuição do Sistema Único de Saúde, só poderá ser implementada se entendermos esse setor como estratégico para o desenvolvimento de novas alianças ou parcerias. Nesse sentido, necessitamos incorporar com maior clareza as discussões sobre a intersetorialidade no cotidiano dos profissionais da saúde, sem que isso se transforme em responsabilidade exclusiva desses trabalhadores e sem perder de vista o potencial que eles têm.

Leitura Complementar

Leia este artigo que trata de uma pesquisa muito interessante relacionada a esse tema que vimos: GIOVANELLA, L. et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014>.

## 1.3 Gestão do cuidado em saúde

O processo de descentralização dos serviços de saúde, como princípio organizativo do SUS, não se limita à transferência de responsabilidades e recursos ao gestor municipal. O espaço social como rede complexa de processos sociossanitários propicia a construção de novas práticas de saúde. A Atenção Básica é a responsável pela apropriação desse espaço e pela implementação de ações que assegurem a melhoria das condições de saúde da população que nele habita.

Figura 2 – Equipe de Saúde da Família – Sede II – realizando busca ativa de portadores de hanseníase, tuberculose, diabetes e hipertensão
Fonte: SOLONÓPOLE, 2009.

Uma organização fragmentada, vertical e autoritária, centrada na produtividade das ações e no controle e cumprimento de regras administrativas, promove a alienação do profissional. Esse profissional não se vê envolvido com o processo do cuidado, tendendo a não se responsabilizar pelo objetivo final da própria intervenção, comprometendo, consequentemente, o resultado da ação.

O desafio gerencial presente nessa perspectiva consiste em programar formas de participação e envolvimento dos diferentes atores no contexto da saúde, buscando aproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho para que haja a integração entre os profissionais que gerenciam o cuidado e o serviço de saúde.

A gerência do cuidado emerge nas organizações públicas de saúde como uma tendência para modificar o processo de trabalho nesse setor – partindo do trabalho individual para um trabalho transdisciplinar. Essa forma de gestão também reafirma a necessidade de responsabilidade, autonomia e vinculação que as equipes de profissionais devem assumir para promoverem a saúde (Figura 3).

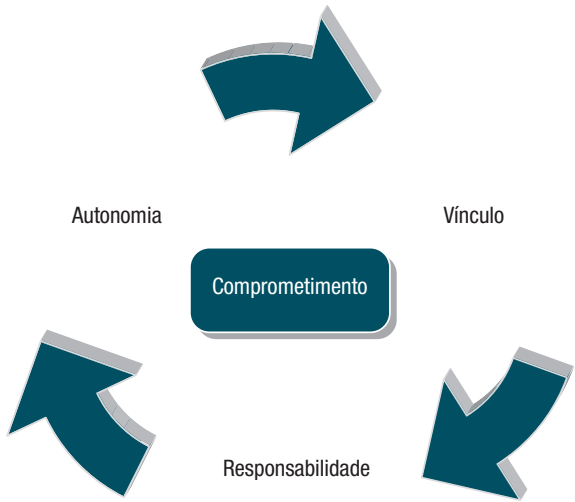



Figura 3 – Comprometimento

Segundo Fekete (2000), a gerência do cuidado consiste na capacidade técnica, política e operacional que uma equipe de saúde possui para planejar a assistência aos usuários, no plano individual ou coletivo, promovendo a saúde no âmbito biopsicossocial. E, ao gerenciar o cuidado nessa perspectiva, são necessários:

- programação de ações que dependem da clínica e da epidemiologia como campos de saberes a serem explorados pelos profissionais de saúde;
- desenho das ações programadas; e
- aplicação de normas, regulamentos e rotinas que orientem a organização de todo o processo de trabalho.

Na produção do cuidado, as necessidades apresentadas pelos indivíduos ou pelas coletividades devem ser "ouvidas" pelos profissionais de saúde e, com base nelas, os projetos terapêuticos serão desenhados visando responder aos princípios de vinculação, corresponsabilização, equidade e integralidade.

Cecílio (2001) e Fekete (2000) ressaltam que a programação das ações de saúde, bem como as respostas às necessidades apontadas pelos usuários dependem de articulação do núcleo local de assistência com os diferentes setores do sistema de saúde.

Perpassando pelos diferentes níveis de assistência em resposta às necessidades reveladas pelos usuários, a consolidação de toda essa rede integrada de serviços, elemento estruturante de todo o processo, é denominada por Franco e Magalhães Júnior (2003) como "linha do cuidado" (Figura 4).

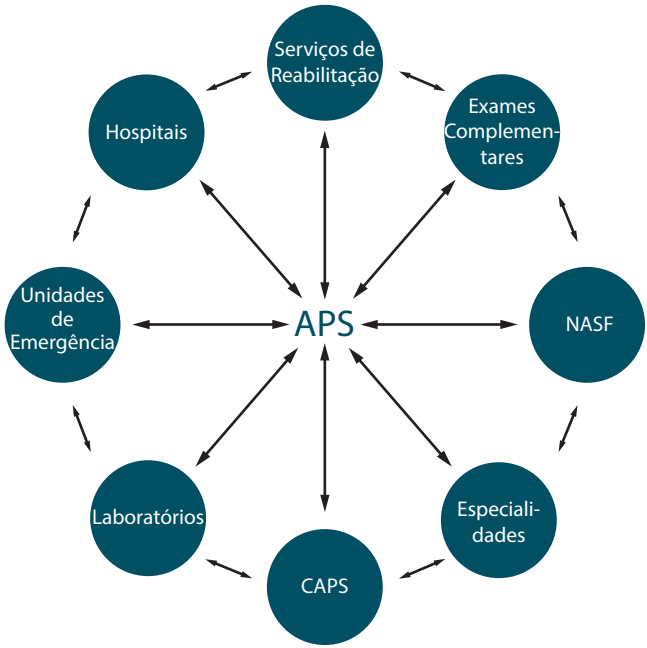



Figura 4 – Linha do cuidado

Nessa rede de cuidados, os diferentes níveis de assistência devem ser executados por equipe multidisciplinar, de forma integrada e articulada com outros níveis de complexidade. Nesse contexto, incluem-se os serviços de assistência domiciliar, cuja responsabilidade é da Equipe de Atenção Básica, que devem ser realizados dentro de uma programação específica.

A assistência domiciliar é destinada a pessoas com perdas funcionais e dependências para as atividades diárias. A internação domiciliar destina-se a indivíduos em condições clínicas que requeiram cuidados mais intensivos e mais frequentes.

Em todo esse processo, independentemente das denominações de diferentes autores, o que se busca é uma gestão integrada com foco na realidade local e nas iniciativas de novos arranjos institucionais, quais sejam:

- ampliação da autonomia e do poder local;
- definição de pactos e parcerias locais;
- desenvolvimento e revisão de métodos e instrumentos de trabalho; e
- criação e recriação de sentidos e significados das práticas.

Assim, conforme Fernandez e Mendes (2007), a gestão assumiria uma forma de organização social e de relação entre o político, o econômico e o social, denominada gestão social, em que a adoção da gestão participativa se torna fundamental.

### Na Prática

As formas de participação propostas podem ser institucionalizadas, em forma de conselhos, ou não institucionalizadas, como nos casos dos fóruns participativos, dos comitês locais de gestão e dos projetos específicos.
Esse espaço de gestão colegiada proporciona a discussão dos modos de organizar os serviços, dando autonomia aos profissionais e fazendo com que cada um saiba com clareza as suas atribuições.

Nesses espaços, contratos de gestão que delineiem as formas de intervenção podem ser definidos, com prazos e metas previamente acordados entre direção e equipes e com a participação de representantes da população. Os resultados podem ser acompanhados pelos conselhos locais de saúde ou pelos fóruns.

Dessa forma, a negociação é entendida como um processo dinâmico no qual os acordos podem ser renovados constantemente, na medida em que se ampliam as habilidades e as capacidades de resolução dos problemas (Figura 5).

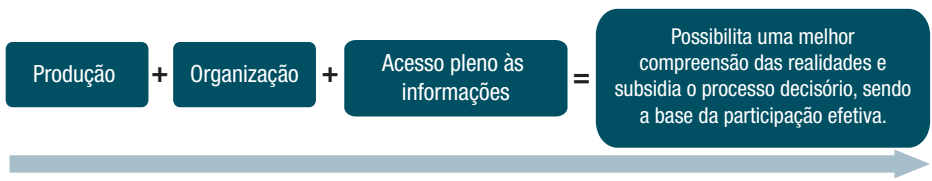



Figura 5 – Negociação

A continuidade das ações e dos acordos é indispensável à gestão participativa e integrada para determinar o caminho e identificar os entraves e as dificuldades. Com essas ações contínuas, torna-se possível a redefinição de estratégias para o alcance das metas estabelecidas. Porém, muitos são os desafios das instituições públicas de saúde em busca dessa realidade idealizada que visa construir modos de gestão que sejam compatíveis com os profissionais da saúde, em suas diferentes linhas de atuação, com os objetivos propostos pelo SUS e com a satisfação do usuário, garantindo a saúde da população de forma universal, com equidade e integralidade.

## SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, você foi apresentado(a) aos conceitos fundamentais sobre o processo de trabalho e a complexidade que demanda uma abordagem ampliada de saúde na Atenção Básica.

Tratamos das dimensões humanas e técnicas implicadas no processo de trabalho que devem ser levadas em conta para que ele seja o mais próximo das necessidades do usuário do SUS.

Nesse sentido, o atendimento integral e interdisciplinar foi trabalhado como a abordagem mais adequada para a intervenção das equipes junto às comunidades na consecução da integralidade da assistência.

Verificamos também que a saúde precisa ser entendida como um problema social que não pode ser abordado em dimensão setorial, de modo que somente ações coletivas, intersetoriais, e transdisciplinares podem apresentar resultados satisfatórios na resolução de problemas sociais.

Por fim, abordamos a gestão do cuidado  como uma forma de romper com a lógica fragmentada que separa as ações dos profissionais em vez de integrá-las, focando no conceito de comprometimento da equipe no cuidado aos usuários, sendo necessária a negociação entre os diversos profissionais e serviços.

## REFERÊNCIAS


ARAUJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.12, n.2, p.455-464, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 fev.2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Editora do Senado, 1988.

_____. **Cadernos de Atenção Básica**. Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, out. 2011. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>. Acesso em: 16 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil**: uma análise de indicadores selecionados : 1998-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 4, p. 393-404, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>. Acesso em 4 abr. 2016.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. de S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>. Acesso em: 4 abr.2016.

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

_____. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**, vol.15, n.37, p.589-599, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 5 fev. 2018.

CHIAVERINI, D. H. et al. (Org.). **Guia prático de matriciamento em Saúde Mental**. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: <http://faa.edu.br/portal/PDF/livros_eletronicos/enfermagem/manual_matriciamento.pdf>. Acesso em: 4 abr.2016

FARIA, H.P., WERNECK, M.A.F., SANTOS, M.A., TEIXEIRA, P.F. **Processo de trabalho em saúde**. 2a ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

FRANCISCHINI, A.C., MOURA, S.D.R.P., CHINELLATO, M. A importância do trabalho em equipe no Programa Saúde da Família. Investigação, v. 8, n. 1-3, p. 25–32, jan/dez 2008.

FRANCO, T.B.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: Pinheiro, R., Mattos, R.A. (Org). **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006

KRUG, S.B.F., LENZ, F.L., WEIGELT, L.D., ASSUNÇÃO, A.N. O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. **Textos & Contexto**, v. 9, n. 1, p. 77 - 88, jan./jun. 2010.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micro política do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112. (Saúde em Debate, 108; Série Didática, 6).

_____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

SOUZA, Alina Maria de Almeida; GALVÃO, Ena de Araújo; SANTOS, Izabel dos; ROSCHKE, Maria Alice. **Processo educativo nos serviços de saúde**. Brasília: OPAS, 1991. 56 p.

TELESSAÚDE/SC. Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2011. Disponível em: <https://www.telemedicina.ufsc.br/rctm/>. Acesso em: 20 abr. 2016.

VASCONCELOS, E. M. Os conceitos e os tipos de práticas interdisciplinares e interparadigmáticas. In: _____. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar:** epistemologia e metodologia operativa. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. cap. 3.

# Unidade 2

# 2 O PROCESSO DE TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA

A composição multiprofissional das equipes da atenção básica representou um importante passo para a reversão do modelo de saúde com foco na cura e no componente biológico para a produção de saúde baseada na perspectiva do modelo de determinação social. No entanto, a composição da equipe por si só não garante que haja essa ruptura com o modelo biomédico hegemônico.

Você já deve ter percebido que muitas equipes da atenção básica não conseguem trabalhar conforme o preconizado para a Estratégia Saúde da Família, não conseguem ser resolutivas, sentem-se pressionadas pela demanda, enquanto que outras conseguem administrar bem sua demanda, criar vínculos com a comunidade, desenvolver projetos, e provocar grandes mudanças na comunidade onde atuam. O que diferencia o processo de trabalho entre essas equipes? Que fatores podem interferir nesse processo de trabalho de modo a (in)viabilizar a consolidação do modelo de atenção preconizado? Refletir sobre essas questões auxilia-nos não somente a identificar as dificuldades, como também caminhos para sua superação. Nessa e nas próximas unidades, você e sua equipe serão convidados a fazer essas reflexões, através do aprofundamento das tecnologias e ferramentas do processo de trabalho na atenção básica.

A ESF tem como propósito reorganizar a prática da Atenção Básica à Saúde, rompendo com a visão da saúde fragmentada, considerando permanentemente que o meio e a forma de organização social em que o indivíduo está inserido têm relevância na ação e na produção de saúde. Assim, a ESF, que é implementada pelo SUS, reafirma os princípios básicos desse sistema, em conformidade com as abordagens sobre as quais já tratamos nos módulos anteriores.

O trabalho da Saúde da Família segue os princípios do processo de trabalho das unidades básicas de saúde.

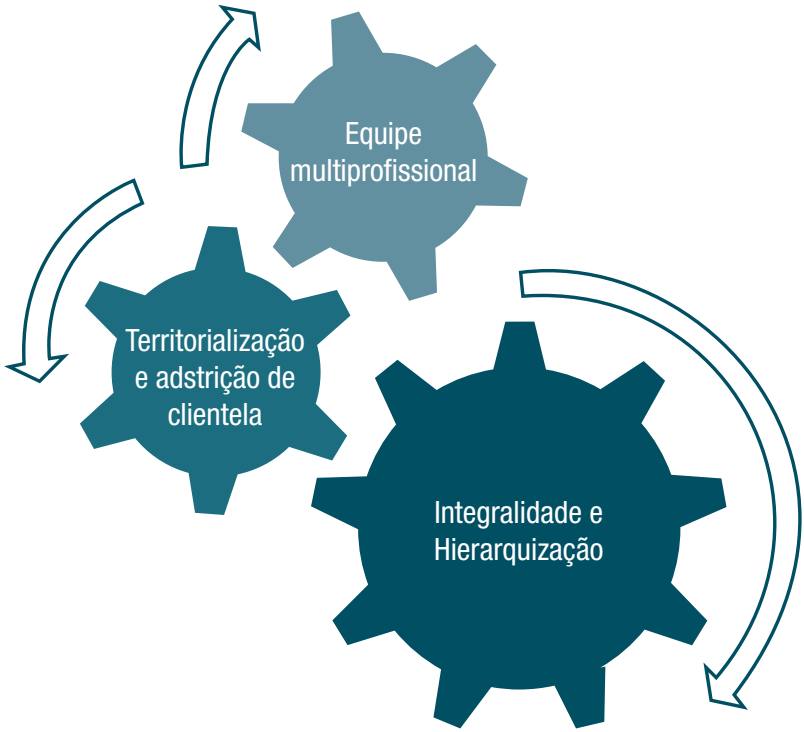



Figura 6 – Princípios das unidades básicas de saúde

- **Integralidade e hierarquização:** a Unidade Básica de Saúde inserida no primeiro nível da atenção configura-se como a "porta de entrada" preferencial do sistema, ou seja, o serviço de saúde com o qual os usuários têm o primeiro contato. Essa unidade deve estar vinculada a uma rede de serviços garantidos pela Gestão de Saúde, de forma a oportunizar atenção integral à comunidade sob sua responsabilidade, em todos os níveis de complexidade, sempre que necessário, de forma que todas as necessidades de saúde – individuais e coletivas – sejam resolvidas. Nesse sentido, a Atenção Básica tem a necessidade de articular-se com os demais níveis e serviços de saúde, garantindo que as diversas dimensões e demandas da saúde do usuário encontrem resolução ou que sejam referenciadas para os demais serviços da rede de saúde.

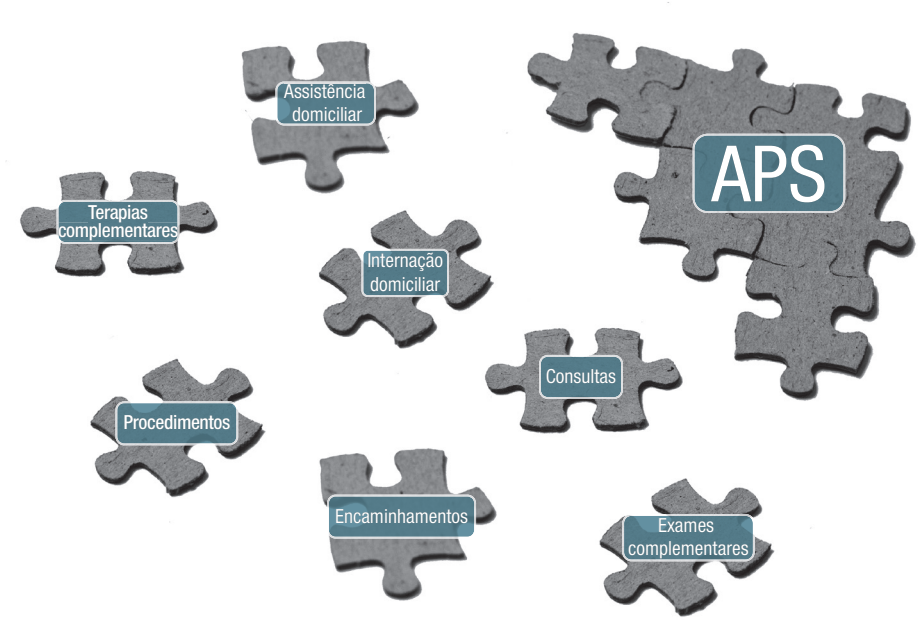



Figura 7 – Esquema demonstrativo da integralidade

- **Territorialização e adscrição da clientela:** a área de atuação das equipes tem uma base territorial definida, sendo que a equipe é responsável pela atenção, acompanhamento e monitoramento da saúde da população de sua área de atuação. A Política Nacional de Atenção Básica recomenda que cada equipe[2] seja responsável por três a quatro mil pessoas, o que corresponde a aproximadamente 750 a 1.000 famílias.

2 Para que a Atenção Básica seja resolutiva, é fundamental que existam profissionais em número suficiente, de forma que em uma mesma população mais de uma equipe possa atuar, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade.

- **Equipe multiprofissional:** a composição mínima da equipe é formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Conta ainda com um cirurgião-dentista e um auxiliar/técnico de saúde bucal. Caso a Atenção Básica do município possua NASF, ainda existem os profissionais de áreas em que o NASF atua, como psicólogos, farmacêuticos, educadores físicos, nutricionistas, psiquiatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, entre outros.

No processo de reconhecimento, explicação e intervenção sobre os determinantes de saúde, assim como em qualquer outra dimensão da assistência à saúde, deve haver o apoio e a participação efetiva da comunidade e seus representantes. Cabe à Equipe de Atenção Básica desenvolver práticas assistenciais e de mobilização comunitária que facilitem a identificação e o atendimento dos problemas de saúde dos usuários, além de criar vínculos de corresponsabilidade na manutenção e na recuperação da saúde. Mais do que pessoas que recebem o atendimento, os usuários de saúde e a comunidade devem ser encarados como parceiros no trabalho da Atenção Básica, tão responsáveis quanto e com poder de decisão semelhante aos das equipes de saúde.

## 2.1 O trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família

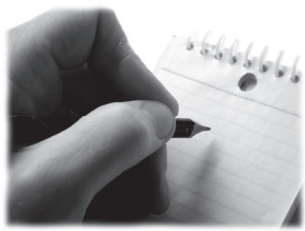
As Equipes de Saúde da Família têm posição privilegiada para identificar e intervir junto à realidade da população e fazer saúde na perspectiva integral no âmbito dos serviços. Essa condição pode ser ampliada com o trabalho integrado junto ao NASF-AB, conforme discutiremos mais adiante.

Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017) preconiza que o trabalho na Atenção Básica seja realizado conforme um programa de atividades que siga a agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais, evitando a fragmentação do trabalho segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias. O processo de trabalho das equipes deve ser desenvolvido de forma dinâmica, sob constante reavaliação das ações realizadas, principalmente através do acompanhamento dos indicadores de saúde de sua área de atuação. As equipes devem ser capazes de:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta;
- elaborar, com a participação da 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, através da adequada utilização do sistema de referência e contrarreferência, os principais problemas detectados;
- desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do auto cuidado dos indivíduos;

- promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados nos indivíduos, nas famílias e em seu entorno;
- realizar visitas domiciliares programadas ou pontuais, definidas a partir de critérios epidemiológicos e de situações de risco, com a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias e dos indivíduos, de forma racionalizada;
- prover internação domiciliar, quando as condições clínicas e familiares do paciente permitirem, com o intuito de humanizar e garantir conforto ao paciente sem, no entanto, substituir a hospitalização sempre que esta se mostrar necessária;
- estimular e participar de reuniões de grupo, discutindo os temas relativos ao diagnóstico e alternativas para a resolução dos problemas identificados como prioritários pelas comunidades.

Desse modo, as Equipes de Saúde da Família devem planejar ações, conceber a saúde como um processo de responsabilidade compartilhada e pautar suas ações entendendo a família como espaço social (Figura 8).



**Planejar ações** que produzam impacto sobre as condições de saúde da população de sua área de abrangência, orientadas por um diagnóstico participativo, capaz de identificar a realidade local e o potencial da comunidade na resolução dos problemas de saúde.

**Conceber saúde como um processo de responsabilidade que deve ser compartilhada** entre vários setores institucionais e a participação social, o que implica buscar parcerias intersetoriais e conscientizar os indivíduos, como sujeitos no processo de vigilância à saúde.

**Pautar suas ações, entendendo a família como espaço social**, respeitando suas potencialidades e limites socioeconômicos e culturais, além de buscar, nesse contexto, estratégias que otimizem as abordagens médicas e terapêuticas tradicionais.

Figura 8 – Atribuições de destaque da Equipe de Saúde da Família

Para que isso ocorra, é necessário que haja uma interdisciplinaridade na construção da equipe de saúde para que ela seja uma verdadeira unidade produtora de serviços, com uma atuação multiprofissional e multifuncional. As responsabilidades específicas de cada profissional devem estar voltadas para os objetivos comuns da equipe, e sua prática deve ser motivada pela eficácia, pela efetividade e pela eficiência do trabalho[3].

3 Eficácia, efetividade e eficiência são importantes conceitos da área de gestão, planejamento e avaliação. A eficácia deve ser entendida como a capacidade do gestor/equipe de executar corretamente suas atribuições e cumprir as metas propostas. A efetividade é o alcance das expectativas dos usuários do serviço e a resolução das necessidades de saúde por ele demandadas, refletindo o impacto social dos serviços. E a eficiência é a utilização de todo o potencial de que dispõe a equipe, atingindo melhores resultados com os recursos.

Tal posicionamento requer dos profissionais e também da população envolvida, habilidades para além das práticas tradicionais, uma vez que a amplitude e a complexidade dos problemas são pertinentes a cada local. É importante que os profissionais da Equipe de Saúde da Família desenvolvam características como:

- competência técnica;
- criatividade;
- senso crítico;
- práticas de atendimento humanizadas e resolutivas; e
- capacitação para atuar no planejamento e na avaliação das ações e na articulação intersetorial.

A resolução desses problemas extrapola os limites da intervenção clínica e impõe, além das atividades de assistência, ações de promoção, prevenção e manutenção de saúde compatíveis com o nível de complexidade de cada problema.

Dando continuidade à reflexão sobre o tema Equipe de Saúde da Família, você já parou para pensar sobre a importância de sua atuação para o trabalho dos demais integrantes de sua equipe? De que forma você poderá ampliar o potencial do grupo? Que saberes poderiam ser compartilhados?

É fundamental destacar que os espaços de troca e compartilhamento de saberes e conhecimentos entre os diferentes profissionais podem gerar novas formas de entender e praticar saúde. Ao mesmo tempo, a atuação interdisciplinar passa tanto pelo reconhecimento dos saberes oriundos dos diferentes profissionais quanto pela superação dos limites da atuação profissional na abordagem integral em saúde. Em especial, as equipes do NASF dispõem de saberes e recursos técnico-assistenciais que complementam e aperfeiçoam o trabalho das Equipes de Saúde da Família. Mas, para que essa atuação se concretize, há a necessidade de se construir um projeto comum no qual, a partir dos trabalhos especializados de cada profissional, as ações se complementem e a equipe possa interagir com os seus pares e com os usuários.

## 2.2 A ampliação da Atenção Básica com a inserção do NASF-AB

A formação dos profissionais da Atenção Básica é fundamental para as ações em Saúde da Família. No entanto, o médico, o enfermeiro e o cirurgião-dentista têm sua profissionalização em áreas gerais da saúde mediadas pela especificidade de sua área de atuação. Nesse sentido, outros campos importantes para a integralidade da atenção são exigidos, o que torna necessária a atuação de outros profissionais de saberes diversos.

Por isso o Ministério da Saúde criou em 2008 o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tornou-se um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da Atenção Básica, uma vez que amplia o escopo de ações desta e, por meio do compartilhamento de saberes, amplia também a capacidade de resolutividade clínica das equipes (BRASIL, 2014). A partir da Portaria nº 2.436 de 2017, que revisou as diretrizes para a Atenção Básica, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) passou a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), na perspectiva de que esses núcleos apoiem não apenas equipes de Saúde da Família, mas também outras equipes de Atenção Básica estruturadas nos municípios.

Assim como a Equipe de Saúde da Família, o NASF-AB é uma equipe multiprofissional, composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento (psicólogo, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, educador físico, entre outros) que devem compartilhar e apoiar as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de Atenção Básica. A composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de Atenção Básica, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações (BRASIL, 2014).

Desde sua criação, ocorreram vários movimentos para qualificação do processo de trabalho dessas equipes. Foram publicados vários materiais produzidos pelo Ministério da Saúde, por conselhos, associações, sindicatos de categorias profissionais; houve mudança no parâmetro com redução do número de Equipes de Saúde da Família vinculadas a cada NASF-AB; aumento dos incentivos financeiros repassados; e a criação da Comunidade de Práticas, que é um fórum de troca de experiências e debates sobre o cotidiano do trabalho na Atenção Básica.

Link

Se você ainda não conhece a Comunidade de Práticas, acesse <https://novo.atencaobasica.org.br>. Trata-se de um espaço online onde gestores e trabalhadores da saúde se encontram para trocar informações e compartilhar experiências sobre seu cotidiano de trabalho. Não deixe de acessar!

A proposta de atuação dos NASF-AB fundamenta-se em um arranjo organizacional para a sua integração com as Equipes de Saúde da Família e/ou as Equipes de Atenção Básica, com a reorientação do processo de trabalho para a construção de momentos relacionais entre as equipes vinculadas, nos quais há troca de saberes e compartilhamento de práticas e responsabilidades por meio de uma relação horizontal e não vertical – como normalmente se dá através da hierarquização da atenção (referência e contrarreferência tradicionais).

Este arranjo organizacional do trabalho na Atenção Básica com integração das Equipes de Saúde da Família com o NASF foi proposto inicialmente por Campos (1999). Em sua concepção, o trabalho integrado das equipes é capaz de

modificar o enfoque tradicional e fragmentado da assistência em saúde, assim como melhor lidar com a singularidade dos usuários. Isso se deve principalmente ao processo de trabalho que se baseia na comunicação entre as profissões e seus saberes, propiciando a troca de informações e a ampliação do compromisso dos profissionais com a produção de saúde integral. Assim, depende de transversalidade e diminuição da fragmentação imposta ao processo de trabalho tradicional em saúde, fruto da especialização crescente em quase todas as áreas do conhecimento (CAMPOS, 1999).

O processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família e Atenção Básica se entrelaçam com o dos NASF-AB. Há muitas atribuições comuns dos profissionais destas equipes, dentre as quais destaca-se (BRASIL, 2009):

- Identificar as ações e práticas assistenciais e técnico-pedagógicas a serem desenvolvidas e públicos prioritários em cada uma das áreas cobertas;
- atuar de forma integrada e planejada, acompanhando e atendendo casos a partir de critérios previamente estabelecidos (através de atendimentos individuais específicos ou conjuntos, visitas domiciliares, atendimentos coletivos específicos, dentre outras possibilidades);
- elaborar, desenvolver e avaliar projetos terapêuticos através de reuniões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelos profissionais envolvidos no acompanhamento de usuários e famílias;
- elaborar e participar de ações intersetoriais e de ações de prevenção e promoção da saúde;
- acolher os usuários e humanizar a atenção;
- conhecer a rede de cuidado (serviços diversos, instituições e aparelhos sociais) que possa ser acionada para o desenvolvimento de ações intersetoriais e/ou projetos de saúde no território;
- realizar a territorialização sistemática e periódica de sua área de abrangência e contribuir para a atualização constante do diagnóstico e da discussão da situação de saúde do território;
- participar das discussões sobre o processo de trabalho e a forma de organização e planejamento em saúde nas unidades de saúde, contribuindo para a sua qualificação; e
- incentivar a participação comunitária no SUS, desenvolver debates regulares com a comunidade sobre temas relacionados a cidadania, direitos à saúde e funcionamento do SUS e iniciativas com ênfase no desenvolvimento comunitário.

Esse processo de articulação das equipes da Atenção Básica, com ou sem o NASF-AB, demanda os mesmos princípios organizativos do processo de trabalho, que priorizará ações clínicas compartilhadas e/ou ações compartilhadas entre os diversos saberes profissionais de saúde no território, essencialmente interdisciplinares. Tais ações necessitam ser precedidas de discussão, planejamento e programação, com ênfase na troca de conhecimentos e nas responsabilidades mútuas através de diferentes metodologias e arranjos, tais como:

| | |
|---|---|
| Atividades coletivas conjuntas | São grupos constituídos por, no mínimo, um profissional da ESF, um profissional do NASF ou de outro setor da saúde do município e/ou Equipe de Atenção Básica.<br>Seu foco pode ser no saber específico do profissional que não é da ESF ou em diversos temas em que o saber específico desse profissional possa ser importante para a qualificação do cuidado. |
| Atendimentos individuais conjuntos | Também chamados de interconsultas, constituem-se em um atendimento em que estão presentes ao menos um profissional do NASF (ou de outro serviço que não a ESF) e um profissional da equipe de referência que atuam de maneira interdisciplinar para a produção do cuidado, independentemente de sua formação. Baseiam-se na clínica ampliada, com foco de atuação usuário-centrado. |
| Visitas domiciliares conjuntas | Também compreendidas como momentos de compartilhamento de saberes e práticas, com possibilidade de ampliação da capacidade de cuidado de ambas as equipes. |
| Espaços regulares de pactuação e repactuação | Geralmente desenvolvidos através de momentos de reunião entre profissionais do NASF e equipes vinculadas em que são promovidas discussões de casos, construções e pactuações de projetos de saúde do território e projetos terapêuticos singulares, dentre outros. Da mesma forma que os itens anteriores, onde não exista NASF implantado profissionais de outros serviços do setor da saúde devem ser envolvidos. |
| Ações compartilhadas no território | Busca-se respeitar um dos princípios da integralidade da atenção, avançando para a promoção da saúde em detrimento à ênfase em ações curativas e preventivas. Devem ter como foco a ampliação do olhar dos profissionais envolvidos sobre o território, a realização de articulações intersetoriais e o fomento ao desenvolvimento comunitário. |
| Ações de Educação Permanente com e para a equipe de referência | É importante ressaltar que todos os momentos de compartilhamento colocados anteriormente são momentos potenciais de Educação Permanente, configurando-se como espaços de ampliação da resolubilidade e da capacidade de cuidar das equipes vinculadas. Além das ações já colocadas, podem, ainda, ser desenvolvidas oficinas ou discussões temáticas a partir do núcleo específico de saber dos profissionais do NASF e/ou de outros serviços dos setores públicos (saúde, educação, serviço social etc.) ou de temas relacionados à saúde coletiva que possam contribuir para essa ampliação. |

Quadro 2 – Metodologias para a articulação do processo de trabalho
Fonte: Do autor.

Para a materialização do NASF-AB como equipe, e não apenas como núcleo de profissionais inserido na Atenção Básica, recomenda-se como primeiro passo a consolidação de espaços regulares de encontro entre os profissionais que o compõem. A instituição desses espaços e sua periodicidade devem ser acordadas com a gestão/coordenação de Atenção Básica municipal para institucionalizá-los como parte do processo de trabalho da equipe. Para que isso ocorra, é essencial que as agendas de trabalho dos profissionais de todos os setores da saúde estejam organizadas de maneira a integrá-los sempre que necessário, possibilitando o desenvolvimento de ações conjuntas na Atenção Básica. Nesses encontros, os profissionais devem promover o olhar e a discussão sobre cada equipe vinculada e seu território, o que inclui discussão de casos, estabelecimentos de contratos, definição de objetivos, critérios de prioridade, critérios de encaminhamento ou compartilhamento de casos, critérios de avaliação e de resolução de conflitos. Além disso, devem buscar ampliar seu olhar para identificar a realidade da área de abrangência do NASF-AB, que se constitui como o somatório dos territórios adscritos a todas as equipes vinculadas àquele núcleo (TELESSAÚDE/SC, 2011).

Além disso, faz-se necessário disponibilizar aos profissionais do NASF-AB condições para o desenvolvimento das ações sob a sua responsabilidade sanitária na Atenção Básica. Dessa forma, é preciso garantir espaço físico adequado e materiais necessários para atividades específicas, um sistema de registro oficial das ações desenvolvidas que deve estar integrado ao sistema de registro de informações na Atenção Básica, além de espaços de cogestão do cuidado, viabilizando-se a presença dos profissionais da equipe de referência pelo cuidado.

Mesmo nos municípios onde o NASF-AB não esteja implantado, as especialidades que o compõem poderão articular-se e dar suporte à ESF, sendo a Atenção Básica a coordenadora da Rede de Atenção à Saúde. A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017) prevê outros arranjos de equipes de Atenção Básica que atuem em conjunto, compartilhando o cuidado e apoiando as práticas de saúde nos territórios.

A equipe ou os profissionais de referência têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, enquanto os profissionais do NASF-AB dão sustentação e aporte técnico-assistencial para ampliar a resolubilidade das intervenções diante de usuários e comunidades (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

### Na Prática

A partir do estudo da área de abrangência, determinada equipe identificou alta prevalência de verminoses e baixo peso em crianças menores de dois anos em seis das oito unidades de saúde vinculadas a determinado município. Essa problemática conformava-se como constante motivo de solicitação de apoio das equipes da ESF, especialmente direcionada aos pediatras e aos assistentes sociais do Sistema Municipal de Saúde do município. Estudando o território adscrito, identificou-se que apenas 15% da população residente na área de abrangência possuía tratamento sanitário adequado, além de ser identificada uma fonte de água contaminada utilizada por grande parte da população.

Esse diagnóstico fez com que a equipe desenvolvesse um plano de ações para mudança da realidade que foi debatido com as equipes de saúde vinculadas em reuniões de planejamento das unidades de saúde, envolvendo-as também na execução do plano. Foram, então, realizadas articulações com associações de bairro para buscar apoio governamental para a mudança da situação identificada. Além disso, ações de debate ampliado sobre a questão foram programadas, envolvendo comunidade e profissionais da saúde para buscar alternativas locais visando à modificação da realidade sanitária identificada (por exemplo, evitando-se a contaminação da água consumida) e, inclusive, fomentando a constituição de um conselho local de saúde para exercer o controle social. Por último, os pediatras do município, articulados com a equipe, promoveram uma oficina sobre o tema, procurando instrumentalizar as Equipes de Saúde da Família para o cuidado dessas crianças.

Podemos perceber que o olhar ampliado sobre toda a área de abrangência possibilita a identificação de problemas ou necessidades prioritárias para a atuação da equipe. É importante ressaltar que, nas localidades em que atua o NASF-AB, seus profissionais devem buscar o desenvolvimento conjunto de ações com as equipes vinculadas, reforçando sua atuação como equipe de apoio e o papel de coordenação pela Equipe de Saúde da Família e/ou pela Equipe de Atenção Básica.

Na relação desenvolvida no âmbito da implantação e da realização no NASF-AB, o bom profissional de apoio "dialoga, solicita informações da equipe de referência do caso e, principalmente, pergunta a opinião sobre condutas, instigando a equipe a raciocinar. Com isso ele ensina e aprende, além de colocá-la em posição ativa", fazendo dos espaços conjuntos e compartilhados de produção do cuidado "um espaço de estímulo ao crescimento das competências" da equipe de referência (CHIAVERINI, 2011, p. 31).

As ações programadas podem ser direcionadas a uma equipe de saúde, uma unidade de saúde ou um território específico. Ações correlacionadas também podem ser programadas para a área de abrangência do NASF-AB, em situações em que são identificados necessidades e problemas de saúde comuns às diferentes equipes, territórios ou unidades vinculadas. Tais ações não se restringem às ações assistenciais diretas dos profissionais do NASF-AB, mas, pelo contrário, devem contemplar principalmente ações de Educação Permanente voltadas para a ampliação da autonomia das equipes de referência para a produção do cuidado.

Para a mudança do processo de trabalho na Atenção Básica com a inserção do NASF-AB, diversos instrumentos operacionais foram necessários, agregados sob o nome de ferramentas tecnológicas, que serão estudadas no transcorrer do presente módulo. Todas elas partem do princípio de que o trabalho na ESF deve ser interdisciplinar e determinado segundo os objetivos de cada unidade de saúde, com base nas características de cada local e na disponibilidade de recursos.

### Leitura Complementar

Para aprofundar os seus conhecimentos sobre o NASF-AB, acesse a publicação do Cadernos de Atenção Básica n.39 do Ministério da Saúde, disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>

## SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, você foi apresentado(a) aos princípios do processo de trabalho na Atenção Básica, assim como os da territorialização, da adscrição de clientela e da ação em equipe multiprofissional.

Destacamos as atribuições das Equipes de Saúde da Família e como realizar intervenções conjuntas com o NASF.

Nesse tocante, mostramos como é necessária a ação em setores além do da saúde, dirigindo as ações das equipes para campos que extrapolam o conhecimento do profissional da ESF/NASF.

## REFERÊNCIAS


BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, out. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 16 mar. 2016.

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

FEKETE, M. C. A qualidade na prestação do cuidado em saúde. In: SANTANA, J. P. (Coord.). **Organização do cuidado a partir de problemas:** uma alternativa metodológica para atuação da equipe de Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2000.

FERNANDEZ, J. C. A.; MENDES, R. **Promoção da saúde e gestão local**. São Paulo: Hucitec, 2007. (Saúde em Debate, 183).

FRANCO, T. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde:** olhando e experenciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. cap. 6.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização nas linhas do cuidado. In: MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. et al. **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003, p.125-134.

JUNQUEIRA, L. A. P. et al. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 25-36, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/04.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2016.

PAULA, K. A.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? **Revista Interface**, São Paulo, v. 8, p. 331-348, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n15/a11v8n15.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2016.

PAULI, L. T. S. **A integralidade das ações em saúde e a intersetorialidade municipal**. 2007. 211 f. Tese (Pós-Graduação em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-02122008-195835/>. Acesso em: 16 fev. 2016.

SOLONÓPOLE. Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde no quarteirão:** implementando o PSF e levando a equipe multidisciplinar para sua casa. Solonópole, CE, 2009.

WIMMER, G. F.; FIGUEIREDO, G. de O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 145-154, jan./mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29458.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2016.

# Unidade 3

# 3 A HORIZONTALIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO

Nesta unidade, apresentaremos os conceitos norteadores da Educação Permanente em Saúde (EPS). Também trataremos da formação profissional e da educação continuada, processos que demandam e propiciam a construção de relações horizontais entre os integrantes das Equipes de Atenção Básica, potencializando a transformação das práticas na Atenção Básica.

A EPS não se trata apenas de palestras e cursos sobre temas específicos, mas sim do uso de processos educativos para instrumentalizar os profissionais e as equipes com base nas demandas de seu próprio cotidiano.

Outro ponto que trabalharemos nesta unidade é a humanização como parte do processo de trabalho da Atenção Básica, principalmente no aspecto da corresponsabilidade pela saúde e pelas ações de intervenção, respeitando a autonomia e o protagonismo dos usuários e dos profissionais, o estabelecimento de vínculos solidários e a construção de redes de cooperação.

Por fim, discutiremos a participação social, elemento fundamental no processo de trabalho da Atenção Básica.

## 3.1 Educação Permanente como meio de mudança

Conforme já tratamos anteriormente, a Atenção Básica no SUS foi ampliada em 2008 com a inserção dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. A Equipe de Saúde da Família, composta de médico, enfermeiro e odontólogo, passou a ter suporte técnico-pedagógico de outros profissionais com o objetivo de ampliar a resolubilidade e a integralidade na assistência à saúde.

No entanto, a tradição da formação dos profissionais, assim como dos serviços de saúde no Brasil é a do trabalho especializado e fragmentado, o que se contrapõe ao sentido de integralidade preconizado. A lógica tradicional da organização do trabalho nos serviços de saúde e no mundo em geral baseia-se na divisão do trabalho e do conteúdo da tarefa através de sistemas hierárquicos, com modalidades de comando e controle, relações de poder entre as categorias e os saberes profissionais, e divisões de responsabilidades que implicam um modo de trabalhar fragmentado (ABRAHÃO; TORRES, 2004; DEJOURS, 1987).

A formação profissional, portanto, segue esses mesmos princípios nos quais cada categoria profissional está submetida a um modelo específico de organização do trabalho que pode ou não conter elementos facilitadores para o trabalho integrado, a depender dos interesses econômicos, ideológicos e políticos dos atores que dominam o processo produtivo (MENDES, 1995).

Historicamente, a formação dos profissionais da saúde valeu-se dessa divisão do trabalho para capacitá-los exclusivamente nas demandas biológicas e suas causas de doença, uma vez que pressupõe que a função do trabalhador em saúde é a cura de doença no que compete à sua área de especialização no amplo campo das ciências da saúde.

Desde a concepção e a criação da Estratégia de Saúde da Família no Brasil, o trabalho em equipe é um dos importantes mecanismos de ação para a integralidade nos cuidados de saúde, na tentativa de apreensão ampliada das necessidades de saúde da população atendida. Ele é realizado a partir da articulação entre o trabalho do médico, do enfermeiro e do odontólogo e entre o de outros profissionais da equipe, como os agentes comunitários e técnicos (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

O trabalho em equipe não é idealizado como uma simples superposição de profissionais em um mesmo espaço ou serviço de saúde. Longe disso, ele se caracteriza, teoricamente, pela relação interativa entre os trabalhadores, que trocam conhecimentos e se articulam para a produção de saúde da comunidade, relacionando e interagindo dimensões complementares de trabalho. Dessa perspectiva, há a primazia pela interdisciplinaridade e pela construção de projetos coletivos (VIEIRA; CORDEIRO, 2005).

Para tanto, a Educação Permanente em Saúde tem como elementos centrais o trabalho e a adscrição de clientela, o acolhimento, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional, objetivando intervir sobre os determinantes do processo saúde–doença, através da ação multiprofissional e interdisciplinar no cotidiano das unidades de saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Com a inserção do NASF-AB na Atenção Básica, o trabalho da ESF passou a ter uma nova abrangência, já que, através desse programa, os profissionais das Equipes de Saúde da Família passaram a contar com o apoio e suporte de outros profissionais especializados nas áreas de Saúde Mental, Atividade Física e Práticas Corporais, Alimentação e Nutrição, Serviço Social, Assistência Farmacêutica e Práticas Integrativas e Complementares, Saúde integral e Reabilitação da Pessoa Idosa.

Para que haja sucesso e efetividade nessa iniciativa, é fundamental um processo de formação e educação permanente tutoriado pelos profissionais do NASF-AB a todos os profissionais da ESF, dando aporte técnico-científico e assistencial. São esses aportes que permitirão responder ao desafio que a perspectiva de saúde integral traz, demandando uma atuação multiprofissional através de uma construção interdisciplinar (PEDUZZI, 2001).

Assim, EPS é o espaço inicial de trabalho conjunto entre os profissionais das Equipes de Saúde da Família e do NASF-AB, já que este último não é um núcleo de referência especializado aos primeiros, mas sim uma equipe que trabalha com os primeiros.

A EPS visa instrumentalizar os profissionais das equipes para evitar práticas de atenção à saúde como as apontadas por Silva e Trad (2005). Esses autores chamam a atenção para o risco de agrupar profissionais com diferentes qualificações num mesmo espaço laboral, mas que, no entanto, trabalham com ênfase na especialidade e na autonomia técnica, independentemente de um projeto assistencial comum, utilizando-se da comunicação instrumental para interagir.

Por sua vez, a confiança entre os pares depende não somente dos requisitos afetivos e éticos, mas principalmente em tornar visíveis os ajustamentos das práticas compartilhadas e singulares utilizadas diante da necessidade de trabalho conjunto e das contradições da organização dos serviços que muitas vezes levam cada profissional a trabalhar isoladamente (MENDES, 1995).

O sistema de saúde vigente preconiza a interdisciplinaridade. Para tanto, há a necessidade de dois ou mais profissionais que interajam e se comuniquem através de seus diferentes saberes. Porém, é percebido que, na Atenção Básica, os profissionais que compõem as equipes muitas vezes têm dificuldade de se relacionar devido aos níveis hierárquicos. Além disso, há certa fragmentação do trabalho, ocasionando contradições em que muitas vezes o profissional desenvolve técnicas particulares. Com os profissionais desempenhando sua função sem terem clareza das prioridades e dos objetivos da instituição ou do município, as ações e o bom entrosamento da equipe são prejudicados.

A EPS, como espaço formativo das Equipes de Saúde da Família e do NASF-AB, não pode ser aquela que Freire (1999) nomeia como bancária, em que os profissionais são formados para memorizar protocolos ou são vistos como destituídos de conhecimentos.

A EPS precisa partir do pressuposto da aprendizagem com significados, promovendo e produzindo sentidos para todos os seus protagonistas. Nessa perspectiva, a EPS capaz de transformar as práticas profissionais deve ser produzida com base na reflexão crítica sobre as práticas reais dos profissionais dos serviços de saúde. Ou seja, a EPS consiste nas aprendizagens a partir do trabalho, incorporando o saber e o ensinar ao cotidiano das equipes.

### Na Prática

Por exemplo, um psicólogo do NASF-AB promove uma capacitação em transtornos mentais ou traços de personalidade para as Equipes de Saúde da Família, através de uma aula expositiva sobre as características de cada condição clínica, com o objetivo de que os profissionais memorizem essas características. Ao fazê-lo dessa forma, esse profissional não promove EPS. Pelo contrário, a EPS acontece na discussão ampla de casos que demandem o aporte teórico-assistencial que o psicólogo possui, com o crescimento problematizado de toda a equipe, incidindo na conduta que a equipe tomará diante do caso. Da mesma forma, se o nutricionista do NASF-AB atende os usuários individualmente e apenas ministra conteúdos à equipe da ESF de como triar melhor os casos para o encaminhamento ao atendimento de nutrição, ele não realiza EPS, tampouco atua de maneira coerente com o que é preconizado ao NASF-AB.

O diferencial da EPS reside na possibilidade de os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomarem como referência as necessidades de saúde das populações atendidas. A condução conjunta desse processo com os profissionais do NASF-AB permite que os profissionais da ESF não se restrinjam ao cuidado profissional tradicional, mas consigam incorporar às discussões e às aprendizagens a gestação setorial dos serviços e o controle social em saúde. Seu objetivo é a transformação das práticas profissionais e dos processos de trabalho com base na problematização do trabalho vivo, e não apenas na atualização técnico-científica (BRASIL, 2011).

Assim, a formação dos profissionais de saúde estará comprometida com mudanças nas estratégias de organização e no exercício do trabalho em saúde, construídas em suas práticas concretas. Nesse caso, as necessidades de capacitação não são definidas a partir das necessidades individuais dos profissionais nem das orientações dos gestores dos diferentes níveis, mas brotam dos problemas vividos pelas equipes em seu dia a dia de trabalho. É imprescindível que os profissionais aprendam a prestar atenção em seus cenários de atuação, nas necessidades da população e nas competências e habilidades necessárias para atender a todas essas demandas.

A EPS, vista desse modo, pressupõe que as demandas de capacitação sejam identificadas de acordo com as necessidades de cada serviço, garantindo a aplicabilidade e a relevância do aprendizado nos espaços de intervenção de cada equipe. Essa lógica propõe que a EPS se desenvolva em um marco processual descentralizado, ascendente e transdisciplinar que propicie a democratização institucional e o desenvolvimento das capacidades de aprendizagem de cada profissional envolvido. Dessa forma, o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento crítico e criativo das situações de saúde do território é potencializado, promovendo a melhoria da qualidade do cuidado à saúde através do trabalho em equipes matriciais.

Assim, pode-se afirmar que o objetivo da EPS é construir práticas profissionais, técnicas críticas, éticas e humanísticas capazes de transformar o trabalho em saúde, envolvendo mudanças nas relações interpessoais (entre os profissionais das equipes, os profissionais e os usuários dos serviços, os profissionais e os gestores etc.), nos processos de trabalho desenvolvidos no cotidiano, nos modos de produção dos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas envolvidas nesse processo educativo.

É importante destacar a multiplicidade de interesses e pontos de vista envolvidos nas práticas profissionais cotidianas em saúde e educação nos diversos territórios regionais, o que reforça a necessidade contínua de negociação e pactuação política, de maneira constante, na definição de ações de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004).

Pontua-se, ainda, que o foco central das ações de EPS, assim como do próprio trabalho em saúde é constituído pela população adscrita, cujas necessidades devem ser contempladas estimulando a ampliação de sua autonomia diante das intervenções desenvolvidas pelos serviços.

A efetividade dos processos de EPS está vinculada à qualidade da formulação de políticas de saúde e de educação nas áreas estratégicas e prioritárias. Por sua vez, a qualidade da formulação das políticas está relacionada à capacidade que cada equipe possua para avaliar as condições relevantes no processo de territorialização das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, compatibilizadas com as características epidemiológicas e demográficas de cada território. Portanto, a qualidade da formação em EPS depende, em última instância, da qualidade das intervenções de cada equipe em seu território.

É ingênuo pensar que a EPS se destina apenas à melhoria técnica das intervenções em saúde pelos profissionais da ESF. A EPS implica diretamente a categoria “cuidado”, que, na perspectiva da saúde integral, vai em direção às dimensões sociais e políticas da assistência à saúde. Ademais, envolve o aspecto da mediação entre ajuda e poder de ajudar, com reflexos na questão de autonomia dos usuários. Reflete ainda a dificuldade dos profissionais em ouvir demandas dos usuários e, por consequência, tratá-los como sujeitos.

Quando pensamos em “cuidado integral”, os protocolos de saúde estabelecidos para cada uma das profissões não correspondem à necessidade integral de saúde do usuário. Como compensação, na ESF o trabalho em equipe e o planejamento das ações interdisciplinares devem ser feitos em função das necessidades do grupo populacional a ser atendido, ou seja, com todas as relações entre o corpo biológico e os componentes socioculturais implicados, não se limitando apenas em programar o que cada profissional deverá fazer dentro de sua área específica.

Para haver a relação interdisciplinar, são necessárias algumas atitudes entre os profissionais como o respeito e o reconhecimento da importância de cada profissão, a tolerância, a aceitação, o comprometimento com o sistema, atitude de mudança, humildade, respeito às diferenças, ética, liderança e empatia (SAUPE et al., 2005). Com a prática dessas atitudes, mais interdisciplinaridade haverá entre as profissões, gerando tratamentos mais eficazes.

Essa complexidade na prestação de serviços de saúde necessita fundamentalmente de comprometimento da gestão com a rotina das equipes e com as necessidades de modificação da organização dos serviços, subsidiando o trabalho não apenas com os insumos necessários, mas também com os espaços de reuniões para a EPS.

### Na Prática

Discuta com a sua equipe se é possível sua participação nos diálogos necessários para a construção das propostas de formação na sua área de atuação no último ano. Inclua no debate estratégias de potencialização de suas contribuições para a EPS.

### Leitura Complementar

LIMA, Josiane Vivian Camargo de et al. A educação permanente em saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.207-227, jul/out 2010. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r296.pdf>

## 3.2 Humanização como parte do processo de trabalho

Na rotina do processo de trabalho da Saúde da Família, espera-se que as diretrizes da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão (PNH) sejam implementadas pelas equipes da ESF e do NASF-AB.

Essa política é um importante instrumento para a consecução dos objetivos da Atenção Básica, já que a humanização significa que você, como profissional, poderá estabelecer vínculos efetivos com os usuários e com os demais profissionais. Esse processo lhe permitirá criar uma rede de corresponsabilidade nas ações de saúde

e, além disso, ampliará as possibilidades de efetivação da integralidade, na medida em que o atendimento humanizado garante maior abertura dos usuários junto aos demais colegas de trabalho no transcorrer das ações da unidade de saúde.

Ao pensar no seu dia a dia, você pode se sentir distante desses pressupostos. Mas não se sinta assim! Usuários, trabalhadores e gestores apresentam dificuldades para a efetiva participação no processo de produção de saúde sob a ótica da humanização que a PNH detalha. Isso porque, segundo os valores que norteiam essa política, é necessária a perfeita horizontalidade entre os envolvidos, porém os profissionais – como você – foram formados em uma lógica diferente que, por sinal, preconizava a neutralidade e o distanciamento do sofrimento do usuário do serviço.

A PNH preconiza alguns princípios para o processo de trabalho nos serviços de saúde. São eles:

- a autonomia e o protagonismo[4] dos sujeitos;
- a corresponsabilidade entre eles;
- o estabelecimento de vínculos solidários;
- a construção de redes de cooperação; e
- a participação coletiva no processo de gestão.

A implementação da humanização segundo a PNH toma como ponto inicial a compreensão ampliada do processo saúde–doença. Nessa abordagem, você deve evitar a atuação que privilegie excessivamente o conhecimento específico de sua área, buscando um modo diferente de fazer a clínica ao ampliar o objeto de trabalho.

As dimensões das necessidades de saúde extrapolam os aspectos biológicos, sendo resultantes de condições socioculturais, econômicas e relacionais. Reconhecendo essa abordagem, os profissionais de saúde podem obter resultados mais eficientes, uma vez que o adoecimento em si é a manifestação de uma série de condicionantes, e não apenas o defeito em uma parte ou função do organismo.

4 No âmbito da PNH, estes dois conceitos-chaves devem ser perfeitamente entendidos:

• **autonomia** – no seu sentido etimológico, significa "produção de suas próprias leis" ou "faculdade de se reger por suas leis próprias". Em oposição à heteronomia, designa todo sistema ou organismo dotado da capacidade de construir regras de funcionamento para si e para o coletivo. Pensar os indivíduos como sujeitos autônomos é considerá-los como protagonistas nos coletivos de que participam, corresponsáveis pela produção de si e do mundo em que vivem (PNH/MS, 2003); e

• **protagonismo** – é a ideia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupa lugar central nos acontecimentos. No processo de produção da saúde diz respeito ao papel de sujeitos autônomos, protagonistas e implicados no processo de produção de sua própria saúde (PNH/MS, 2003).

Cabe destacar que o que chamamos aqui de objeto de trabalho é a assistência à saúde em si. Pois, quando o objeto é a doença, o enfoque da assistência será o medicamento, a cura e o corpo biológico. No entanto, é preciso compreender que a saúde é resultante de inúmeros fatores, tais como a estrutura social em que o usuário se encontra, a dinâmica da comunidade, sua inserção econômica e as relações humanas. Dessa forma, você não apenas compreenderá mais refinadamente o que levou ao quadro de doença, mas também ganhará ampla possibilidade de intervir nesses determinantes para assistir ao usuário e melhorar sua saúde.

Esse movimento de mudança para a humanização, visando entender o usuário como um ser humano complexo para além do seu problema de saúde e constituir a equipe como sujeitos além de técnicos da saúde, pressupõe a existência da chamada cogestão. Desse modo, ele induz à inclusão de todos os sujeitos envolvidos nos processos de gestão de saúde, tanto na análise do contexto e dos problemas como no processo de tomada de decisão. Sendo assim, todos são gestores dos processos de trabalho, inclusive o usuário, que é quem recebe as intervenções.

A cogestão compreende as seguintes funções:

- a análise da instituição problematizando os modelos de agir institucional;
- a formulação de projetos como espaço de criação;
- a tomada de decisão como força positiva; e
- um espaço pedagógico em que se aprende e se ensina produzindo a socialização dos conhecimentos.

Com base na PNH, você deve se conscientizar de que, para que a humanização se efetive, é preciso que alguns parâmetros estejam presentes no cotidiano da Saúde da Família. São eles:

- o acolhimento deve ser organizado para promover a ampliação efetiva do acesso à atenção básica e aos demais níveis do sistema, eliminando as filas, organizando o atendimento com base em riscos/vulnerabilidade priorizados e buscando adequação da capacidade resolutiva;
- a definição inequívoca de responsabilidades sanitárias da equipe de referência com a população referida, favorecendo a produção de vínculo orientado por projetos terapêuticos de saúde, individuais e coletivos, para usuários e comunidade, contemplando ações de diferentes eixos, levando em conta as necessidades de saúde;

- o avanço na perspectiva do exercício da clínica ampliada, capaz de aumentar a autonomia dos sujeitos, das famílias e da comunidade;
- o estabelecimento de redes de saúde, incluindo todos os atores e equipamentos sociais de base territorial (e outros), firmando laços comunitários e construindo políticas e intervenções intersetoriais;
- a organização do trabalho, com base em equipes multiprofissionais e atuação transdisciplinar, incorporando metodologias de planejamento e gestão participativa, colegiada, e avançando na gestão compartilhada dos cuidados/atenção;
- a implementação de sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores, com garantia de análise e encaminhamentos a partir dos problemas apresentados;
- a garantia de participação dos trabalhadores em atividades de Educação Permanente em Saúde;
- a promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e a qualidade de vida no trabalho; e
- a organização do trabalho com base em metas discutidas coletivamente e com definição de eixos avaliativos, avançando na implementação de contratos internos de gestão.

Para tanto, a equipe precisará organizar-se com uma agenda de trabalho e dar conta da demanda espontânea. Discussões com a população e com o Conselho Municipal de Saúde devem ser a base para a demanda da unidade, cuja organização dar-se-á em conjunto com a equipe e o gestor.

A unidade de Saúde da Família deve atender as singularidades da população da sua área de abrangência com base nas habilidades técnicas e relacionais da equipe. Os profissionais devem estar atentos aos horários de atendimento, assim como as agendas devem estar organizadas de forma a contemplar a realidade da população, como horários de transporte e de trabalho.

Link

Para conhecer mais sobre a PNH e ter acesso às publicações dessa importante política de saúde, acesse <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf>.

## 3.3 Acolhimento em saúde

Conforme a humanização preconizada pela PNH, o acolhimento é fundamental. Ressaltemos que isso não se trata apenas de ser educado e tratar bem o usuário, pois, além de civilidade e respeito, o acolhimento implica assumir uma postura ética.

Essa postura não pode se limitar a um profissional específico, como no caso da triagem de casos. Pelo contrário, pressupõe-se que todos os profissionais da equipe de saúde, em todos os contatos com o usuário, devem tê-la, implicando o compartilhamento de saberes, angústias e intervenções entre os profissionais e os usuários.

Quem acolhe[5] assume a responsabilidade com a melhor resolubilidade possível para o caso atendido. Assim, o acolhimento se distingue da triagem por se constituir na inclusão que vai além da recepção e que acontece em todos os momentos e locais do serviço de saúde.

O acolhimento não se restringe à recepção da unidade de saúde, o acolhimento só acontece quando adotado por toda a equipe de saúde como parte do processo de produção de saúde, podendo ser trabalhado em todos os encontros nos serviços de saúde.

5 A palavra "acolher", conforme a definição do dicionário Aurélio, significa dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir. O ato de acolher pressupõe uma aproximação em relação a alguém. É nesse sentido que a PNH propõe o acolhimento, no compromisso de envolver-se e potencializar os protagonismos dos sujeitos, acolhendo-os nas suas diferenças, dores, alegrias, modos de vida, sentir e estar na vida.

A menção de vínculo aborda também a questão do acolhimento em saúde. O acolhimento se estabelece como uma forma de reconhecer a capacidade de todos os membros de uma equipe de saúde para atuarem sobre os problemas de saúde, exercendo a atividade dentro de suas competências profissionais específicas em um trabalho centrado no usuário. Trata-se de um processo que articula três dimensões: relacional, organizacional, e ética. (Figura 9).

Figura 9 – Dimensões do processo de acolhimento

Dessa forma, o acolhimento deve ser compreendido e trabalhado como um processo de encontro entre indivíduo/família/comunidade e trabalhadores de saúde, capaz de colocar em prática, na atenção à saúde, a integralidade, a equidade e a resolubilidade.

É relevante destacar que o acolhimento, como processo de construção do vínculo, humanização da atenção em saúde e escuta qualificada em relação às necessidades de saúde dos usuários, deve acontecer em todo e qualquer espaço de encontro no qual a atenção à saúde se realize, e não apenas na porta de entrada do sistema de saúde.

A perspectiva do acolhimento, não como uma atividade específica, mas como prática de toda e qualquer atividade assistencial, possibilita ao usuário transitar em diferentes espaços da rede de saúde e consiste num processo contínuo de investigação, elaboração e negociação das necessidades de saúde.

O processo de acolhimento pressupõe uma escuta qualificada e atenta à fala do usuário. Para além da necessidade de reorganização do processo de trabalho, é preciso que as pessoas sejam envolvidas pelo escutar a partir de uma compreensão humanizada. Dessa forma, elas tornar-se-ão partícipes do processo amplo que engloba o direito à saúde como um dos constituintes principais para a consolidação da cidadania (SILVA; BORGES, 2006).

No entanto, é necessário deixar claro que esse processo de escutar segundo a compreensão humanizada não permite que o acolhimento em saúde aconteça a partir do atendimento centrado na atenção médica. Isso significa compreender que acolher, nessa perspectiva, não pode se restringir à queixa imediata do usuário. Significa que você deve construir a atenção em saúde a partir da ótica de construção da responsabilização e do vínculo.

O acolhimento precisa ter continuidade mediante a construção de uma rede de conversação efetivada através do serviço de saúde, ao longo da qual são definidas as trajetórias que cada usuário e sua família precisam na busca de satisfação para suas demandas. Ou seja, o processo de acolhimento, quando desenhado na atuação em saúde pela equipe, orienta a organização do processo de atendimento da unidade de saúde para responder adequadamente às necessidades identificadas. Dessa maneira, todas as demais atividades da equipe visam responder às necessidades de saúde apresentadas pelos usuários, assim como as identificadas também durante o acolhimento.

### Leitura Complementar

Para aprofundar seus conhecimentos sobre a questão do acolhimento, recomendamos:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_saude_2ed.pdf>.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>.

## 3.4 Participação social

Tendo em vista o que vimos até agora, a participação do usuário nos processos decisórios é de fundamental importância no que se refere à Saúde da Família.

Do ponto de vista conceitual, participação social é o processo mediante o qual os diversos grupos sociais tomam parte nas decisões em determinada sociedade. Na perspectiva sociológica, a participação é um processo relacional que promove a mobilização dos sujeitos e opera no campo da construção de identidades. Os atores coletivos se consolidam no curso das ações de reflexão e mobilização em torno de características ou problemas comuns. Nesse processo, constroem e negociam identidade coletiva. Portanto, participação é um processo de conquista construído gradativamente e de maneira peculiar nas diferentes sociedades. É um conjunto de ações que possibilita a partilha do poder decisório por meio de negociação e superação de conflitos de interesses (STOTZ, 2009).

A participação social não é um processo de concessão, mas uma conquista no âmbito político e deve ser encarada dentro da noção da ética da responsabilidade. O SUS é resultado de uma ampla mobilização social cujas reflexões e negociações consolidaram o ideário do sistema de saúde na Constituição de 1988.

A participação organizada da sociedade no setor saúde se constitui em um dos pilares para a obtenção dos objetivos do Sistema Único de Saúde, assim como a descentralização, a regionalização e a hierarquização dos serviços.

> Cabe aqui destacar que, no escopo da participação social, o termo "controle social" é configurado com significado distinto daquele originário da sociologia, que designa, grosso modo, os processos de influência da sociedade (ou do coletivo) sobre o indivíduo. A concepção de controle social na saúde refere-se à capacidade da sociedade em estabelecer práticas de vigilância e de controle sobre as ações do Estado.

O controle é exercido pela sociedade por meio da presença e da ação organizada de diversos segmentos ou movimentos sociais.

O exercício do controle social no âmbito da saúde está previsto na Lei n. 8.142/90 (BRASIL, 1990), em que foram definidas duas instâncias colegiadas:

- Conselho de Saúde; e
- Conferência de Saúde.

A Conferência de Saúde é um espaço amplo de discussão e reflexão de diferentes segmentos da sociedade civil organizada sobre os problemas e as ações desenvolvidas na área. Dela saem proposições de diretrizes para a formulação de políticas nas esferas de governo correspondentes, configurando-se como um espaço de consulta à sociedade. Cabe ao Poder Executivo ou ao próprio Conselho de Saúde convocá-la e organizá-la em uma periodicidade não superior a quatro anos. O Conselho de Saúde é um órgão colegiado composto de três segmentos (Figura 10).

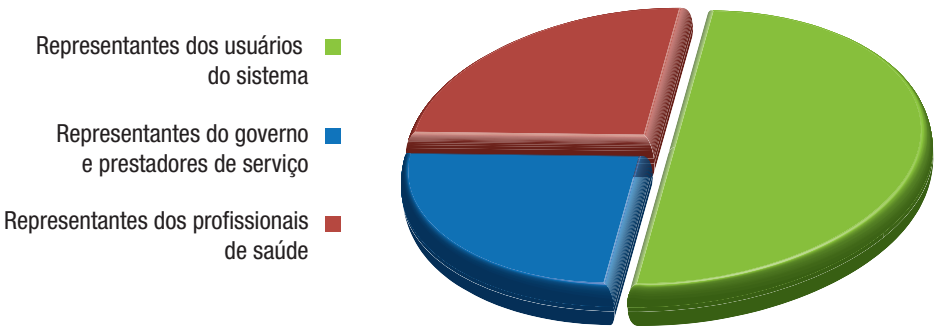



Figura 10 – Segmentos do Conselho de Saúde

Esse conselho tem caráter permanente e deliberativo, e sua atuação envolve a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, em cada esfera de governo correspondente.

A regulamentação da participação social no planejamento e no controle dos serviços foi normatizada pela Lei n. 8.142/90 (BRASIL, 1990), e as recomendações para sua constituição, estruturação e competências foram definidas pela Resolução n. 33/92, de dezembro de 1992, e reafirmadas pela Resolução n. 333/03, de novembro de 2003, ambas do Conselho Nacional de Saúde.

A partir daí, os conselhos de saúde[6] passaram a se constituir em todo o país e surgiram também outros, como:

6 Com base no que vimos até aqui, podemos refletir:
Quem, efetivamente, deve compor os conselhos?
Quem deveria participar? Quem deveria representar?
Os conselheiros permanentes (que desde a implantação do SUS ocupam espaços de representação nos conselhos) constituem uma nova categoria profissional?
Os conselheiros deveriam conhecer os aspectos legais e os princípios que devem nortear a organização do SUS?
Sugerimos que, ao longo dos seus estudos, você reavalie suas reflexões e confronte-as com o conhecimento que irá adquirir até o final do módulo.

- Conselhos Distritais;
- Conselhos Gestores; e
- Conselhos Locais.

É inegável que a institucionalização da participação social contribuiu para avanços na consolidação da implantação do SUS e para o processo de democratização da gestão pública. A partir da experiência realizada na área da saúde é que foram assegurados os mecanismos de participação social em outros setores das políticas públicas.

Com relação à participação social, devemos refletir sobre o tipo de participação e o nível de decisão efetivado; sobre a composição e a representação dos conselheiros; sobre a capacitação dos conselheiros; sobre o funcionamento do sistema; e sobre a transparência das decisões.

Participação, pluralismo e cidadania são as características do processo de fortalecimento da sociedade civil na construção de uma nova realidade social (CORREIA, 2000). Os Conselhos de Saúde vão ao encontro dessa realidade, pois são o "*locus* político" assentados sobre a concepção de participação social, sendo espaços onde há diferentes interesses em disputa.

Além disso, se no nosso país a conquista legal afirma o direito do cidadão à saúde e o dever do Estado em garanti-lo, o princípio da responsabilidade também cria para o cidadão o dever ético de participar na tomada de decisões (FORTES, 2004).

A participação e o controle social efetuam-se no exercício da vontade autônoma da coletividade, partilhando o poder de decidir questões públicas. Porém, a existência de formas de participação junto à administração pública não deve ser vista como panaceia. Esses meios somente não são suficientes. Para que haja manifestação dessa vontade, é preciso que se estabeleçam comissões, conselhos ou comitês, pois participar é redistribuir poder político.

Westphal (1992) menciona a utilização de formas de participação comunitária baseadas em visões beneficentes, de cunho paternalista, utilizadas em diversas etapas da construção do sistema de saúde. Isso é feito para tentar diminuir as tensões sociais ou integrar as camadas mais pobres aos serviços de saúde. Esses mecanismos estimulariam a coesão social, porém eles mesmos, por si só, não seriam suficientes para incentivar a busca pela real autonomia da coletividade.

Nesse contexto de múltiplos e divergentes interesses, a presença de diversos segmentos da sociedade nas decisões do aparato de Estado, exercendo o controle social, constitui uma forma de garantir o direito de tornar o Estado, efetivamente, uma "coisa pública". Torna-se um instrumento de redistribuição do poder do Estado, que, mesmo assim, motivado pela beneficência, acaba assumindo formas paternalistas autoritárias.

Essas questões possivelmente conduziram você a pensar que a construção da participação e do controle social se dá quando cada cidadão se percebe partícipe do processo de construção do SUS e exerce seu direito de controle social sobre o Estado nos microespaços. Daí a importância da Estratégia Saúde da Família.

A ESF possui profunda identidade de propósito com a defesa da participação popular em saúde, particularmente na adequação das ações de saúde às necessidades da população.

Os profissionais que atuam segundo essa lógica estão especialmente implicados na construção e na consolidação das instâncias participativas, particularmente com os Conselhos Locais de Saúde.

Mas poderíamos afirmar que apenas a disposição do profissional da saúde garante a participação social e a construção das instâncias de controle social? Ou ainda, é válido afirmarmos que, ao ser instalado um conselho local de saúde em uma comunidade, ele automaticamente passa a responder pelo controle social das ações de saúde implementadas?

Na verdade, estamos longe de encontrar respostas positivas para essas afirmações. Todavia, a mobilidade dos profissionais de saúde ligados à ESF é um dos muitos elementos que possibilitam a participação e a construção do controle social[7].

7 Como está a construção da participação social em sua unidade de saúde? Existe conselho local? Ele atua? Quais os principais assuntos abordados nas reuniões?

Promover ações que busquem a integralidade da atenção em saúde e patrocinem espaços de construção da autonomia dos usuários pode contribuir significativamente para o processo de participação e controle social. Essas ações configuram-se no exercício de aprender a partilhar e consolidar poder entre profissionais e comunidade.

A integralidade, ao romper com as práticas cristalizadas de entendimento e de realização do processo de trabalho em saúde e avançar na construção de uma prática de cuidar mais participativa, ética, solidária e centrada no vínculo, estabelece o alicerce da participação social.

Link

Você pode pesquisar assuntos relacionados na biblioteca virtual do Ministério da Saúde, disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/>.

## SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, você foi apresentado ao conceito de Educação Permanente em Saúde como um dos processos fundamentais para transformação das práticas na Atenção Básica. Além disso, o papel do NASF-AB como potencializador da EPS na Atenção Básica foi abordado.

Conhecemos os elementos centrais da EPS, obtendo uma visão geral e aplicada dessa importante ferramenta na Atenção Básica que visa instrumentalizar os profissionais e as equipes com base nas demandas de seu próprio cotidiano.

Tratamos também da humanização como parte do processo de trabalho com base na Política Nacional de Humanização. Focamos especialmente no aspecto da corresponsabilidade pela saúde e pelas ações de intervenção, respeitando a autonomia e o protagonismo dos usuários e dos profissionais, o estabelecimento de vínculos solidários e a construção de redes de cooperação.

Quanto ao acolhimento em saúde, vimos que é uma forma de a equipe assumir a responsabilidade com a melhor resolutividade para os casos, com base nas demandas além do corpo e das manifestações biológicas no processo saúde–doença.

Por fim, discutimos a participação social, elemento fundamental no processo de trabalho da Atenção Básica.

## REFERÊNCIAS


ABRAHÃO, J.; TORRES, C. Entre a organização do trabalho e o sofrimento: o papel de mediação da atividade. **Revista Produção**, São Paulo, v. 14, n. 3, set./dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a07.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2016.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da Estratégia de Saúde de Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, mar./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a22v12n2.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS:** doutrinas e princípios – o que há de novo em saúde. Brasília: MS, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, out. 2011. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>. Acesso em: 16 fev. 2016.

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

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho:** estudo de Psicopatologia do Trabalho. Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. São Paulo: Oboré, 1987.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e política de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 30-35, 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/04.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2016.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>. Acesso em 25 mar. 2016.

SAUPE, Rosita; CUTOLO, Luiz Roberto Agea; WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira and BENITO, Gladys Amélia Vélez. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface** (Botucatu) [online]. 2005, vol.9, n.18 [cited 2012-12-19], pp. 521-536. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a05v9n18.pdf>. Acesso e 27 mar. 2016.

SILVA, H. T.; BORGES, R. Acolhimento e a estratégia saúde da família: manual de terapêutica assistência à família. In: ACAMPORA, J. A.; CUTOLO, L. R. A. (Orgs.). **Assistência à família**. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 2006. p. 77-90.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 25-38, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a03.pdf>. Acesso em 10 abr. 2016

STOTZ, E. N. Participação social. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

VIEIRA, C. M.; CORDEIRO, M. P. Trabalho e subjetividade: intervenção psicossocial envolvendo uma equipe de profissionais do "Programa Saúde da Família". **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 1, n. 57, p. 58-74, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v57n1/v57n1a06.pdf>. Acesso em 25 abr. 2016.

WESTPHAL, M. F. **Participação popular e políticas municipais de saúde:** Cotia e Vargem Grande Paulista. 1992. Tese (Livre-Docência em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

# Unidade 4

# 4 FERRAMENTAS DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Nesta unidade, apresentaremos os instrumentais gerais das tecnologias utilizadas no trabalho na Atenção Básica para qualificar o trabalho da ESF. Abordaremos também a territorialização como um instrumento poderoso para a efetivação da ESF, partindo da concepção de que o território é um espaço dinâmico no qual a equipe deverá atuar não apenas nas demandas estritamente biológicas dos indivíduos, mas também na comunidade e seus determinantes.

## 4.1 Informação

O processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família está especificado pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria Ministerial n.2.436 de 21 de setembro de 2017, referente à Política da Atenção Básica (BRASIL, 2017), conforme apresentamos a seguir.

> I. Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
>
> II. Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
>
> III. Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).
>
> IV Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;
>
> V.Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;
>
> VI.Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII.Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;

VIII.Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;

IX.Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

X.Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;;

XI.Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;

XII.Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;

XIII.Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;

XIV.Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;

XV.Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;

XVI.Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;

XVII.Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;

XVIII.Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;

XIX.Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;

XX.Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de difere

Os itens acima, alguns dos quais já abordamos nas unidades anteriores, indicam como deve ser caracterizado o processo de trabalho das equipes. O desafio dos profissionais é criar estratégias para a sua execução.

Você deve ter notado que vários itens se referem à atualização de informações essenciais ao cuidado na perspectiva de vigilância em saúde. Para assegurar essas informações, os diversos atores sociais precisam cumprir seus papéis. Os agentes comunitários de saúde devem atualizar, mensalmente, as informações de todas as famílias sob sua responsabilidade, e não apenas daquelas eleitas como grupo prioritário ou marcadores. Isso tem a ver com a formação e o acesso aos sistemas de cadastro, aspectos por vezes negligenciados no cotidiano.

Cabe aos responsáveis pelo acompanhamento do trabalho desses profissionais monitorá-los e auxiliá-los nessa tarefa. De nada adianta a coleta de dados se o registro não for efetivado. Por outro lado, se a informação for coletada e registrada, mas não for utilizada, isso resultará em tempo perdido. Ou seja, se a organização desses cadastros se configurar como uma ação sem sentido, possivelmente esse trabalho passará a ser negligenciado.

Além disso, é preciso que as informações do atendimento clínico sejam efetivamente registradas no prontuário do paciente, com indicação correta e legível dos procedimentos realizados e, principalmente, dos agravos que os originaram.

Alguns municípios adotaram o prontuário eletrônico, uma importante medida para a integração do processo de trabalho e para a integralidade da atenção. Integrados à agenda de atendimentos, os procedimentos realizados por diferentes profissionais da equipe, e também nos atendimentos especiais, são registrados e consultados mediante senha de acesso.

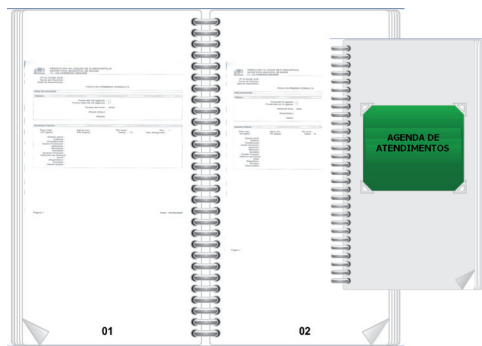



Figura 11 – Agenda de atendimentos com os prontuários

Muitas vezes, vemos nas unidades prontuários individuais com numeração própria e independente, sem qualquer relação com território ou família. Vemos também o cadastro, atualizado mensalmente pelos agentes comunitários de saúde, arquivado em pastas separadas, cujo registro no Sistema de Informação apenas é efetuado quando o pessoal administrativo "tem tempo". Isso dificulta o processo de trabalho conforme preconizado e reflete ineficiência. Dessa forma, as informações das famílias serão perdidas e somente poderão ser resgatadas pelos ACSs, caso as considerem importantes.

A atualização das informações é primordial para o acompanhamento do perfil da microárea. Esse é um aspecto que precisa ser considerado pela equipe no processo de organização do trabalho.

Para qualificar o registro das informações na Atenção Básica em nível nacional, o Ministério da Saúde tem induzido a implantação do e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). Trata-se de uma estratégia de informatização do processo de trabalho e de qualificação da informação, que permite coletar informações individualizadas por meio de dois softwares disponibilizados pelo Ministério: Coleta de Dados Simplificado (CDS) e Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), os quais alimentam o novo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), que substitui o SIAB.

Cabe ressaltar que o prontuário do paciente deve estar orientado pela lógica do prontuário da família/domicílio e essa relação precisa ser facilmente visualizada, como também é essencial que o cadastro e o prontuário da família estejam articulados. Ou seja, os profissionais, ao atenderem os indivíduos, devem ter acesso a todas as atualizações do cadastro.

Saiba Mais

Para saber mais sobre a estratégia do e-SUS e sobre o SISAB, acesse o link http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php. Lá você encontra a legislação, os manuais, e outros materiais de apoio à implantação da estratégia.

## 4.2 Apropriação do território

Outro aspecto pouco enfatizado pelas equipes diz respeito ao reconhecimento do território e ao acompanhamento sistemático do espaço social. De maneira geral, a delimitação do território definida pela gestão é orientada pela lógica burocrático-administrativa, com base em critérios geográficos. Essa lógica se contrapõe ao conceito de território–processo definido por Mendes (1995), que fundamenta o modelo de atuação das Equipes de Saúde da Família.

O entendimento de território–processo utilizado por Mendes (1995) vai além da ideia de um espaço físico acabado, definido apenas por consonância administrativa. Ele engloba, também, os aspectos econômicos, políticos, culturais e epidemiológicos. Dessa forma, o mapeamento do território deve considerar os problemas de saúde e sua relação com aspectos da vida dos diferentes grupos populacionais que ali habitam.

Um equívoco inicial da concepção do território não deve ser mantido quando da organização do processo de trabalho da equipe. Se os limites geográficos são definidos burocraticamente, cabe à equipe entender esse território como um espaço social em contínua transformação.

Portanto, o espaço territorial e as suas características sociossanitárias são importantes instrumentos a serem considerados no processo de trabalho.

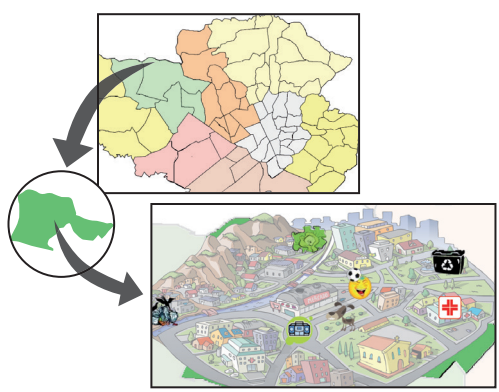


Figura 12 – Exemplo de mapa territorial plotado

Em local reservado de acesso exclusivo à equipe, um mapa inteligente, com identificação dos domicílios, precisa ser constantemente atualizado. E nele devem estar plotados:

- os marcadores de saúde eleitos no planejamento;
- os marcadores eleitos pela gestão;
- os locais e as famílias de atuação prioritária; e
- as áreas ou situações de risco.

Esse instrumento permitirá o acompanhamento e o monitoramento da situação de saúde do território e facilitará a apropriação de informações atualizadas pela equipe.

Veja no exemplo abaixo como a apropriação do território subsidia o trabalho das equipes na Atenção Básica.

### Na Prática

A partir do estudo da área de abrangência, determinada equipe identificou alta prevalência de verminoses e baixo peso em crianças menores de dois anos em seis das oito unidades de saúde vinculadas a determinado município. Essa problemática conformava-se como constante motivo de solicitação de apoio das equipes da ESF, especialmente direcionada aos pediatras e aos assistentes sociais do Sistema Municipal de Saúde do município. Estudando o território adscrito, identificou-se que apenas 15% da população residente na área de abrangência possuía tratamento sanitário adequado, além de ser identificada uma fonte de água contaminada utilizada por grande parte da população.

Esse diagnóstico fez com que a equipe desenvolvesse um plano de ações para mudança da realidade que foi debatido com as equipes de saúde vinculadas em reuniões de planejamento das unidades de saúde, envolvendo-as também na execução do plano. Foram, então, realizadas articulações com associações de bairro para buscar apoio governamental para a mudança da situação identificada. Além disso, ações de debate ampliado sobre a questão foram programadas, envolvendo comunidade e profissionais da saúde para buscar alternativas locais visando à modificação da realidade sanitária identificada (por exemplo, evitando-se a contaminação da água consumida) e, inclusive, fomentando a constituição de um conselho local de saúde para exercer o controle social. Por último, os pediatras do município, articulados com a equipe, promoveram uma oficina sobre o tema, procurando instrumentalizar as Equipes de Saúde da Família para o cuidado dessas crianças.

## 4.3 Reconhecimento e enfrentamento dos problemas

Os princípios da integralidade, da universalidade e da equidade norteiam o SUS e orientam também a construção do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família. Esses princípios também apontam para a importância da qualificação do planejamento local e da programação de ações e estratégias orientadas para as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade.

As ações, como o acolhimento, a atuação em grupos, as visitas domiciliares, a programação das ações profissionais específicas, a promoção da saúde, a prevenção de agravos e as ações de educação em saúde, só terão êxito na

produção do cuidado em saúde, em seu sentido mais amplo, se forem percebidas e construídas através de reuniões de planejamento da Equipe de Saúde da Família.

A proposta de encontros entre os profissionais das Equipes de Saúde da Família, orientados a partir da concepção do planejamento e da programação local, pode constituir espaços de construção da interdisciplinaridade para partilhar conhecimento e, consequentemente, integralizar a atenção em saúde. Vale salientar que o vínculo entre os profissionais envolvidos dificilmente ocorre quando o trabalho em saúde se processa a partir da lógica de programas e ações definidos isoladamente e segundo a orientação da especificidade das profissões.

É importante reservar um espaço no cronograma de atividades da unidade de saúde para reuniões de equipe, de forma sistemática e orientada para o monitoramento e a avaliação dos objetivos e das metas propostos no planejamento conjunto. Sua finalidade é proporcionar meios de engajamento no trabalho colaborativo e influenciar, positivamente, os estados de ânimo, objetivando gerar ações evolutivas.

Realizar a atenção em saúde a partir da identificação dos problemas presentes na área adscrita da Equipe de Saúde da Família permite também à população acompanhar, de forma efetiva e avaliativa, as ações praticadas pelo serviço de saúde, o que concede visibilidade à questão da participação e do controle social por parte da comunidade.

A partir deste momento, nasce o espaço para a construção e a consolidação do vínculo, elemento fundamental para que a relação de compartilhamento se estabeleça, tanto entre os diferentes profissionais que constituem a equipe quanto entre a equipe e a comunidade.

Ao se consolidar a interação entre profissionais e usuários, qualificam-se os vínculos e a corresponsabilização, em que todos são protagonistas do processo de cuidado da saúde, e assegura-se o favorecimento do acesso do usuário à atenção em saúde (SCHOLZE et al., 2006).

### Na Prática

Como estão estruturadas as informações das famílias e do espaço social na sua unidade de saúde?
Você já percorreu a pé o território onde residem as famílias sob sua responsabilidade? Ainda não? Então está na hora!
Programe uma atividade de reconhecimento do território com sua equipe e em conjunto construam um mapa inteligente.
Conheça, efetivamente, sua área de atuação.

## Leitura Complementar

Para conhecer mais a respeito desse assunto, consulte:
SILVA, José Paulo Vicente da; BATISTELLA, Carlos; GOMES, Mauro de Lima. Problemas, Necessidades e Situação de Saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.159-176. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/includes/header_pdf.php?id=508&ext=.pdf&titulo=Cap%EDtulo%205>

## SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, você foi apresentado(a) às ferramentas do processo de trabalho na Atenção Básica. Iniciamos com a importância da informação qualificada como base para os processos de planejamento e programação das ações das Equipes de Atenção Básica e com os instrumentos para melhorar a qualidade das informações utilizadas no seu trabalho e no da sua equipe.

O território, base para todos os processos na Atenção Básica, foi estudado além dos aspectos burocrático-administrativos, englobando também os aspectos econômicos, políticos, culturais e epidemiológicos para delimitar esse espaço. É na abordagem territorial que deverão ocorrer os reconhecimentos e os enfrentamentos dos problemas de saúde da comunidade. Dessa forma, discutimos como a integralidade, a universalidade e a equidade referem-se às ações da equipe nesse espaço.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>. Acesso em: 10 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Rede Amamenta Brasil:** caderno do tutor. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, out. 2017.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

SCHOLZE, A. S. et al. A implantação do acolhimento no processo de trabalho da equipe de Saúde da Família. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 7-12, dez. 2006.

# Unidade 5

# 5 AS FERRAMENTAS TECNOLÓGICAS DO TRABALHO DO NASF-AB

Até agora falamos sobre como deve ser o processo de trabalho do NASF-AB e da ESF. Vimos que o NASF-AB não é um serviço de referência e que seu trabalho se dá junto com os profissionais da ESF, apoiando e trabalhando em conjunto com eles.

É também importante que nos lembremos de que há equipes da ESF que não são apoiadas pelo NASF-AB, mas que, nessas realidades, ainda assim a mesma perspectiva de trabalho pode ser desenvolvida, desde que exista articulação com outros profissionais do sistema de saúde do município e mesmo entre os profissionais da ESF. Basta vontade política e planejamento para isso. No entanto, fica a questão: como fazer o trabalho conjunto?

É isso que esperamos responder nesta unidade. Também falamos sobre a existência de ferramentas tecnológicas destinadas a tornar operacional esse trabalho.

Para iniciarmos, vamos discutir um pouco sobre o que queremos dizer por tecnologias. Ao estudarmos a origem do termo "tecnologia", perceberemos que "tecno" vem da palavra grega *techné*, que significa o saber fazer, e "logia" vem de *logos*, que significa razão; ou seja, tecnologia significa a razão do saber fazer.

A tecnologia é entendida como um processo que envolve diferentes aspectos e dimensões originando um produto, ou seja, uma tecnologia permite que se atinja um resultado desejado. Nessa perspectiva, o termo "tecnologia" não se refere apenas a equipamentos ou coisas que tenham concretude material e palpável, mas também ao processo cujo resultado implica um conjunto de ações articuladas em um aporte teórico para atingir determinadas finalidades.

Pensando nesses aspectos, as ferramentas tecnológicas do trabalho do NASF-AB se baseiam na relação entre os profissionais, com a gestão e com os usuários. Dessa forma, elas apresentam o chamado "caráter relacional", ou seja, referem-se à forma de agir entre os envolvidos no processo de trabalho e na produção do cuidado em saúde, tanto em nível individual como no coletivo. Além disso, são baseadas no uso do diálogo, da comunicação e da construção conjunta, em que os saberes profissionais e a vida dos usuários e da comunidade têm a mesma relevância.

As ferramentas tecnológicas do NASF-AB são pautadas no entendimento de que qualquer ato assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário ocorre através de um processo de relações, no encontro entre dois sujeitos e de suas vidas, na intersubjetividade.

A perspectiva ampliada da saúde, orientada pela integralidade, reconhece a relevância desse encontro, uma vez que ele permite que haja abertura para surgir os determinantes sociais da saúde/doença, através da escuta qualificada, do acolhimento e da horizontalidade entre as partes envolvidas.

Considerando essas informações introdutórias, estudaremos cinco ferramentas tecnológicas a partir da perspectiva de processos relacionais e de horizontalidade entre profissionais da ESF e do NASF-AB, gestores e usuários/comunidades. Essas ferramentas podem contribuir no seu trabalho cotidiano, nas ações do NASF-AB em conjunto com as equipes de referência.

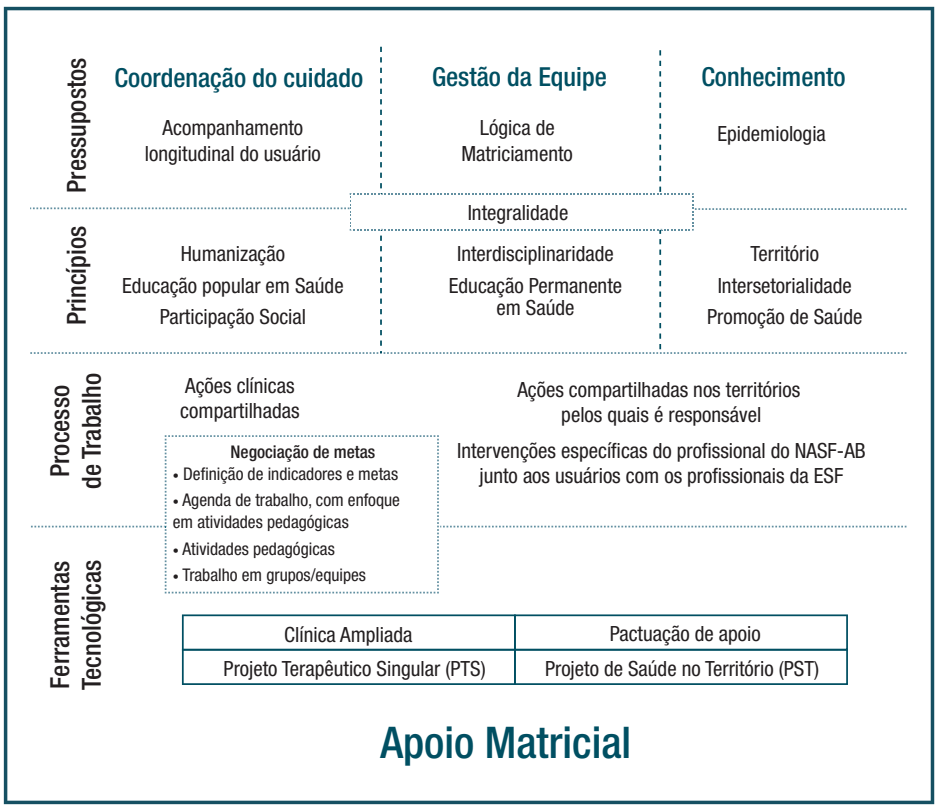



Figura 13 – Síntese das ações do NASF-AB em conjunto com as equipes de referência

## 5.1 Projeto de Saúde no Território

A primeira ferramenta tecnológica do NASF-AB é o Projeto de Saúde no Território (PST). Abordamos essa ferramenta primeiro não por ser a mais importante, mas por ser aquela que inicia o processo de implantação do NASF-AB na Atenção Básica de um município.

Antes da estruturação do NASF-AB, é fundamental que haja momentos de discussão horizontais[8] entre gestores, profissionais da ESF e usuários, que inicialmente levantarão quais são os principais problemas das equipes da ESF e das comunidades, traçando o perfil de morbimortalidade para, daí em diante, discutir quais são os profissionais necessários no NASF-AB.

O PST é uma estratégia das equipes de referência (Equipe de Saúde da Família) e de apoio (NASF-AB) que visa desenvolver ações na produção da saúde no território articulando os serviços de saúde com outros serviços e políticas no território. Através do diagnóstico inicial das condições de saúde da comunidade, há um investimento na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades em seu território.

8 Esse passo inicial não se dá apenas por formalidade. Devemos nos lembrar de que a proposta da inserção do NASF junto à ESF visa ampliar a abrangência, o escopo e a resolutividade das ações da Atenção Básica, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da Atenção Básica. Ou seja, somente essas intenções realizar-se-ão se a equipe do NASF for composta de profissionais que reflitam sobre a necessidade de saúde da comunidade e de apoio para os profissionais da ESF.

O PST pretende ser uma estratégia do NASF-AB e das equipes vinculadas para a produção de saúde em determinado território. Seus preceitos são o entendimento ampliado do processo saúde–doença, a participação social e a intersetorialidade das ações, buscando investir na promoção da saúde e na autonomia dos sujeitos e das comunidades envolvidas.

Além disso, o PST auxilia no fortalecimento da integralidade – na medida em que trabalha com ações vinculadas à clínica, à vigilância em saúde e à promoção da saúde – funcionando como catalisador de ações locais para a redução de vulnerabilidades, instaurando processos de cooperação entre os diferentes atores envolvidos e estabelecendo redes de cogestão e corresponsabilidade no território.

Como já falamos, o passo inicial para realizar o PST é a identificação e a análise da situação-problema. Para que isso aconteça, é necessário que a equipe da ESF, os gestores e a comunidade se reúnam em diversos momentos, identificando quem são os usuários e as áreas do território que apresentam problemas que possam ser trabalhados pela Atenção Básica, ou seja, a população em risco ou socioeconomicamente vulnerável.

Levantados os perfis das áreas (e microáreas) do território, discute-se a priorização de problemas, áreas e grupos populacionais, utilizando não apenas os elementos epidemiológicos e econômicos dos perfis, mas também a disponibilidade de serviços e características da estrutura social das áreas, assim como os processos históricos e sociais que conferem singularidade às áreas no território.

A partir desse panorama construído pelos gestores, profissionais e usuários, os objetivos e os temas prioritários são definidos para as ações a serem desenvolvidas. É nesse momento que se elegem os profissionais que devem compor o NASF-AB, pois ao agregá-los a Atenção Básica trabalhará com mais efetividade no atendimento das demandas levantadas.

O passo seguinte é identificar quais são os setores da sociedade, as instituições e os grupos externos à saúde que possam se constituir como parceiros para a efetivação do PST.

Obviamente, será necessário o encontro periódico entre os envolvidos no PST após o início da sua implantação. Assim, o próximo passo é a criação de um espaço coletivo, com reuniões periódicas para a discussão da implantação do PST, cujas decisões relacionadas deverão buscar o esclarecimento, o diálogo, o consenso e a corresponsabilização.

A partir desse momento, e com a inserção do NASF-AB na Atenção Básica, o plano de ação estabelecido é implantado.

Periodicamente, o grupo responsável pela gestão do PST, ou seja, os profissionais da ESF e do NASF-AB e os representantes dos usuários, além dos parceiros de outros setores, deve se reunir para realizar a avaliação e a reflexão sobre os resultados, corrigindo eventuais distorções, mantendo ações ou modificando o curso do PST, cuja principal finalidade é a produção de saúde integral à comunidade, que se refletirá no perfil de morbimortalidade.

| | |
|---|---|
| **Preparação** (nos espaços coletivos Equipe de Saúde da Família com o apoio do NASF) | Identificar área e/ou população vulnerável ou em risco |
| | Justificar priorização da área e/ou população |
| | Compreender processo histórico e social singular do território |
| | Definir objetivos e estabelecer ações para alcançá-los |
| | Identificar atores sociais e/ou instituições importantes para o PST podendo dele fazer parte |
| **Planejamento e Implementação** (no espaço coletivo ampliado com usuários, comunidade e outros setores públicos e privados) | Criação de espaço coletivo ampliado (com usuários, outros setores, etc.) |
| | Buscar sinergia com outras políticas e/ou serviços públicos (ex: PPP da escola) |
| | Construção compartilhada do PST: consenso, pactuação, corresponsabilização |
| | Implementar o plano de ação |
| **Avaliação** | Reflexão sobre processo de implementação e os resultados em relação aos objetivos pactuados |

Quadro 3 – Componentes do Projeto de Saúde no Território
Fonte: BRASIL, 2010, p. 31.

## 5.2 Apoio Matricial

O Apoio Matricial é a principal ferramenta tecnológica no trabalho do NASF por apresentar tanto ações assistenciais diretas quanto ações técnico-pedagógicas, como a elaboração de materiais de apoio, a discussão de casos, os atendimentos conjuntos, dentre outros. Ao realizar matriciamento, a equipe do NASF-AB utiliza as informações da Equipe de Saúde da Família, buscando sua qualificação para a oferta de apoio às equipes vinculadas.

A estrutura tradicional dos serviços de saúde, fundamentada no modelo hegemônico biomédico, não propicia a articulação e a composição de saberes e práticas necessárias para o alcance da atenção e do cuidado integral. Pelo contrário, intensifica o isolamento profissional, reproduzindo a fragmentação do trabalho e autorizando a diluição de responsabilidades.

Diante do reconhecimento dessa perspectiva e com o intuito de provocar mudanças na estrutura gerencial e assistencial dos serviços de saúde, Campos (2000) propôs um novo arranjo para o processo de trabalho na Atenção Básica – equipe de referência e de apoio matricial. Sua sugestão é trabalhar com uma matriz organizacional em que no sentido vertical estariam as equipes de referência e no sentido horizontal, os apoiadores matriciais. Essa reordenação do trabalho em saúde estaria pautada nas diretrizes de vínculo entre equipe e usuários, na cogestão e na interdisciplinaridade para superar o modelo médico hegemônico.

Esse arranjo seria uma potência para a construção de um novo padrão de responsabilidade, para o aumento da comunicação e da integração horizontal entre as distintas profissões que atuam nos serviços de saúde, viabilizando o ideário da interdisciplinaridade e, assim, aumentando as chances de concretizar a atenção e o cuidado integral.

Mas qual o significado do termo "Apoio Matricial"?

"Apoio" é uma palavra polissêmica e dela derivam alguns significados como suporte, base, auxílio, sustentáculo. O sentido da palavra "apoio", atribuída ao termo "Apoio Matricial", indica um modo para operar-se a relação horizontal (e tantas outras possíveis) entre os profissionais de referência e os especialistas (CAMPOS; DOMITTI, 2007; OLIVEIRA; CASANOVA, 2009). Apoiar implica a tentativa de aumentar a capacidade de os sujeitos lidarem com o poder, os afetos e o saber. Nesse contexto, o apoio é considerado um "modo interativo, um modo que reconhece as diferenças de papéis, de poder e de conhecimento, mas que procura estabelecer relações construtivas entre os distintos atores sociais", considerando a experiência, o desejo e o interesse dos envolvidos (CAMPOS, 2003, p. 86).

Matriz pode indicar-nos tanto o lugar onde se geram e criam coisas como um conjunto de números que possuem relação entre si, quer na vertical, na horizontal ou em linhas transversais. Mas também pode significar relações de repetição e reprodução, comando e obediência – a matriz e suas filiais.

A composição dos sentidos de matriz e de apoio no termo "Apoio Matricial" indica-nos uma possibilidade de se alterarem a forma vertical de relação entre os trabalhadores nas organizações de saúde e a diferença entre os que pensam e os que executam, admitindo, assim, que todos são capazes.

A utilização da matriz no campo da saúde já havia sido sugerida por alguns autores da administração, em especial ligados à teoria contigencial e ao estruturalismo, para assegurar integração entre as distintas profissões no trabalho em saúde. No entanto, esse uso caracterizava-se por encontros episódicos entre as distintas profissões para a realização de reuniões, programas, projetos, sem necessariamente alterar o desenho tradicional dos departamentos estanques (CAMPOS, 2000).

A matriz, sugerida pela administração, de modo geral intentava opor-se à estrutura burocrática das organizações. Mas, com ela, de fato

> [...] os departamentos convencionais continuam a existir, servindo inclusive de estoque de especialistas para diversos projetos, [...]. Terminando o projeto, o pessoal retorna aos seus departamentos, onde desempenha atividades preestabelecidas, participa de programas de treinamentos e espera novas designações (LODI apud MOTTA; VASCONCELOS, 2008, p. 262).

Esse modo de organização poderia apenas enfraquecer os problemas engendrados pela desarticulação entre as diversas categorias profissionais que atuam em saúde, mas não os resolveria. Assim, o autor propôs uma subversão acerca daquilo que seria permanente e o que seria transitório. Ou seja, a composição multiprofissional (transitória por ora) passaria a ser permanente, compondo o "esqueleto de sustentação das organizações de saúde", e os departamentos organizados segundo categorias profissionais (permanentes no modelo sugerido pela administração) passariam a atuar de modo matricial.

Dito de outra forma, Campos (2000) recomendou o trabalho, na perspectiva da matriz organizacional, com a seguinte disposição: no sentido vertical da matriz estariam as equipes de referência e no horizontal, os trabalhadores que realizariam o Apoio Matricial.

Em suma, equipes de referência e de apoio matricial nasceram, portanto, ao mesmo tempo como um arranjo de organização e como uma metodologia de gestão dos serviços de saúde para transpor a "racionalidade gerencial tradicionalmente verticalizada, compartimentalizada e produtora de processo de trabalho fragmentado e alienante para o trabalhador" (BRASIL, 2010). Em geral, essa lógica verticalizada é imposta por sistemas de poder que tendem a determinar um processo de trabalho focado em procedimentos nos quais não há espaço para o comprometimento dos trabalhadores com os usuários no que se refere à produção de saúde.

---

Um dos intuitos do Apoio Matricial é romper a lógica tradicional dos encaminhamentos. É importante ressaltar que no trabalho organizado, a partir das equipes de referência e de apoio matricial, a posição do especialista em relação ao trabalhador que demanda seu apoio se altera. Em sistemas hierarquizados de saúde em que os trabalhadores da Atenção Básica encaminham os casos para o nível secundário e assim sucessivamente, os especialistas ocupam lugar de destaque na famosa pirâmide dos níveis de assistência, estabelecendo, assim, uma diferença de poder entre quem referencia um caso e quem o recebe. Nessa circunstância, ou seja, ao encaminhar um caso, a responsabilidade pela sua condução também é transferida (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Com o trabalho organizado com a lógica do Apoio Matricial, não há transferência, ao contrário, o usuário não é mais referenciado/encaminhado para um serviço especializado, mas sim compartilhado, sendo a responsabilidade pela condução do caso da equipe de referência (CAMPOS, 1999).

---

É necessário lembrarmos que a proposta de organização dos serviços por meio das equipes de referência e de apoio matricial é extensiva aos diversos serviços e níveis de assistência, ou seja, é extensiva aos hospitais, aos centros de referência, aos prontos-atendimentos e à Atenção Básica. Essa proposta, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006):

- caracteriza-se por 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, a reabilitação e a manutenção da saúde;
- é desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações;
- utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território;
- é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde; e
- orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A partir das características descritas, percebe-se a complexidade no processo de trabalho da Atenção Básica e sua relação com as necessidades de saúde da comunidade. A Atenção Básica precisa garantir a acessibilidade da população ao direito universal à atenção à saúde, articulando as ações de promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação, de modo longitudinal, com o entendimento mais global do processo saúde–doença e sua determinação social. Ainda, a característica de porta de entrada atribuída à Atenção Básica também exprime a complexidade desse âmbito de assistência, pois a entrada aqui não diz respeito somente ao sistema de saúde, mas também a uma diversidade de demandas sociais que não encontram espaços outros para se expressar.

Para aqueles defensores do SUS, como Emerson Merhy (1997, p. 199), é exatamente toda essa complexidade da Atenção Básica de Saúde que permite que ela seja um campo fecundo para a criação e a experimentação de novas estratégias que permitam a produção de saúde, pois a Atenção Básica "apresenta a possibilidade de menor aprisionamento de suas práticas a um processo de trabalho médico restrito, ou mesmo circunscrito no tempo e no evento".

Para uma melhor compreensão, a equipe de referência, como o próprio nome já diz, deve ser referência para determinada população, ampliando, assim, o vínculo

com essa. Ela deve ser constituída por um conjunto de trabalhadores de distintas áreas, considerados essenciais para a condução dos problemas de saúde apresentados por essa população (CAMPOS; DOMITTI, 2007). No que concerne ao seu propósito, a equipe de referência deve se responsabilizar efetivamente pelos usuários, tendo-os como centro do seu processo de trabalho. Sabe-se que o usuário, muitas vezes, não é visto "totalmente" pelos serviços de saúde, mas como uma "parte"; porém, não há quem "junte as partes" (STARFIELD, 2002) analisadas pelos distintos profissionais. Dessa forma, a equipe de referência deve superar essa tendência.

Na Atenção Básica de Saúde, a Equipe de Saúde da Família deve responsabilizar-se, de modo longitudinal, pelo cuidado integral de dada população, mantendo a gestão e a coordenação do cuidado, mesmo quando a atenção em outros serviços do sistema de saúde seja requerida. Essa forma de organização propicia a construção de vínculo entre os profissionais e a população, aumentando o comprometimento desses atores. Desse modo, pode-se afirmar que as Equipes de Saúde da Família constituem-se em equipes de referência para uma população adscrita.

Sendo a equipe de referência a responsável pela condução dos casos – individuais ou coletivos[9], clínicos ou sanitários – apresentados pela população adscrita, tal responsabilidade deve incluir o acionamento da rede complementar quando necessário. Essa rede pode ser constituída de inúmeras formas, inclusive contar com trabalhadores que realizam Apoio Matricial.

9 Entendemos por coletivo o "agenciamento de modos de subjetivação que se expressam na intensidade dos encontros nos diferentes espaços de intervenção [...] buscando a produção do comum". O comum emerge "no regime das diferenças, não propriamente a partir do que 'temos em comum', do que nos iguala e serializa" (OLIVEIRA, 2011, p. 37).

Em resumo, a equipe de referência expressa um modo de organização do trabalho em saúde que busca redefinir o poder de gestão e de condução de casos, geralmente fragmentado entre especialidades e profissões de saúde, concentrando-o em uma equipe interdisciplinar (CUNHA, 2004).

O Apoio Matricial em saúde, por sua vez, trata-se de uma metodologia de gestão de trabalho complementar à definição de equipes de referência, inscrita na lógica das unidades de produção, como "coletivos organizados em torno de um objeto comum de trabalho" (CAMPOS, 2003).

Na Atenção Básica de Saúde, a proposta do Apoio Matricial ganhou visibilidade com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, pois essa metodologia constitui a centralidade no processo de trabalho da proposta do NASF.

O Apoio Matricial objetiva garantir retaguarda especializada assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência a fim de ampliar o seu campo de atuação e qualificar as suas ações, contribuindo para o aumento da sua capacidade resolutiva (CAMPOS, 1999).

Segundo Cunha (2004, p. 28), a dimensão assistencial do Apoio Matricial é aquela que vai demandar uma ação clínica direta com os usuários e a ação técnico–pedagógica vai demandar ações de cunho educativo com e para a equipe. Desse modo, os trabalhadores que realizam o Apoio Matricial "terão dois tipos de usuários: a população adscrita às equipes e as próprias equipes".

O principal objetivo do Apoio Matricial é oferecer suporte ou retaguarda às equipes de referência para o cuidado de certa população na Atenção Básica, ou seja, às Equipes de Saúde da Família e/ou de Atenção Básica vinculadas ao NASF. Esse tipo de arranjo busca mudar o padrão dominante de responsabilidade nas organizações: em vez de pessoas se responsabilizando por atividades e procedimentos, busca-se a responsabilidade de pessoas por pessoas (BRASIL, 2010). Nesse sentido, espera-se que a equipe de referência realize a coordenação do cuidado, procurando estabelecer finalidades comuns entre as intervenções dos diferentes profissionais envolvidos, valorizando as diferenças, mas garantindo a interdependência entre elas.

Para tanto, o Apoio Matricial deve ser acionado de acordo com as necessidades de cada indivíduo, família ou grupo. O conjunto de profissionais responsável por prestar tal apoio não necessariamente tem uma relação direta com esses atores, mas deve oferecer suporte às Equipes de Saúde da Família e/ou às Equipes de Atenção Básica através de diferentes estratégias interdisciplinares, considerando-se as duas dimensões do Apoio Matricial: técnico-pedagógica e assistencial.

A **dimensão técnico-pedagógica** engloba ações de desenvolvimento de competência e Educação Permanente junto às equipes vinculadas, com e para ela, podendo se materializar através de discussões de caso ou tema, ações coletivas conjuntas, atendimentos conjuntos e outros arranjos possíveis. Tais ações visam ampliar a autonomia da equipe para a produção do cuidado, em que o compartilhamento do núcleo de saber específico do profissional do NASF-AB com a equipe de referência possibilita criar condições para a constituição de um campo de conhecimento, comum e compartilhável, para a atuação na saúde, buscando a integralidade e o aumento da resolubilidade na Atenção Básica.

### Na Prática

Os limites entre o que seria conhecimento nuclear e conhecimento comum são bastante tênues e variáveis de acordo com as necessidades de cada equipe vinculada (BRASIL, 2010). Por exemplo, uma equipe que lidasse com grande número de idosos portadores de doenças crônicas não transmissíveis possivelmente necessitaria de maior suporte de um nutricionista para o cuidado direcionado ao manejo dietético nessas condições; por outro lado, ao realizar apoio a outra equipe inserida em um contexto importante de vulnerabilidade social com violação do direito humano à alimentação adequada, esse mesmo nutricionista precisaria oferecer conhecimentos diferentes para serem utilizados por essa equipe.

Portanto, tendo como foco a área de abrangência sob sua responsabilidade, os temas ou as situações que devem ser trabalhados nessas ações devem ser mapeados juntamente às Equipes de Saúde da Família e/ou às Equipes de Atenção Básica. Além disso, esses assuntos podem ainda ser identificados de diversos modos, como através de estudos de demanda ou a partir de discussões de caso realizadas com as equipes. Nessas ocasiões poderão ser detectadas as maiores ou as mais frequentes dificuldades para a prática de saúde na Atenção Básica.

Além das ações técnico-pedagógicas, ações clínicas diretas do profissional do NASF também podem ser efetuadas para a produção do cuidado, conformando-se à **dimensão assistencial** do Apoio Matricial. Entretanto, para a sua realização, é importante ressaltar que o NASF-AB não é porta de entrada, ou seja, suas ações não são de livre acesso na Atenção Básica. Apesar de ser parte integrante desse nível de atenção, devem ser evitadas as demandas individuais. Por conseguinte, quando necessárias, as intervenções diretas do profissional do NASF-AB – individuais ou coletivas – devem ser previamente acordadas e reguladas pelas Equipes de Saúde da Família e/ou pelas Equipes de Atenção Básica. Portanto, a equipe de referência deve compreender as propostas, as implicações e as interações que essas ações irão produzir, procurando remodelar o cuidado oferecido de maneira a integrar suas ações com aquelas desenvolvidas pelo profissional do NASF-AB, sem transferir a ele toda a responsabilidade pelo cuidado.

Na lógica do Apoio Matricial, a equipe de referência não apenas encaminha o indivíduo, a família ou a comunidade, mas solicita apoio, cuja realização poderá se dar através de ações assistenciais diretas ou técnico-pedagógicas – isso dependerá das pactuações realizadas. Nessa pactuação, é necessário ter clareza de que a ação central do NASF-AB deve estar pautada na ampliação da autonomia das Equipes de Saúde da Família e/ou das Equipes de Atenção Básica para a produção do cuidado, como já colocamos anteriormente.

Portanto, baseando-se na priorização de ações compartilhadas e interdisciplinares, com trocas de saberes, corresponsabilização e responsabilidades mútuas mediante a utilização de amplas tecnologias, o Apoio Matricial à Equipe de Saúde da Família e/ou à Equipe de Atenção Básica deve possibilitar que essa equipe se mantenha responsável pelo cuidado, qualificando-o.

Esse modo de operar, que coloca os profissionais de saúde diante de um novo modelo de produção de cuidado, com novas possibilidades e ferramentas para a construção de uma relação interdisciplinar na saúde, nem sempre é uma tarefa fácil. Podemos encontrar diversos desafios para a efetivação do Apoio Matricial, a começar pelo fato de que seu próprio conceito e a prática preconizada constituem aspectos relativamente recentes no SUS, de difícil compreensão e consolidação pelas Equipes de Saúde da Família e/ou pelas Equipes de Atenção Básica e pelo próprio NASF-AB. Contribui para isso o fato de que o modelo é pouco ou nada discutido nas graduações em saúde e de que pouco se tem promovido formação sobre o tema para os profissionais que estão envolvidos com o Apoio Matricial.

Além do entendimento sobre a lógica de atuação preconizada para o NASF-AB, há também dificuldades relacionadas à sua operacionalização. De modo geral, existe uma sobrecarga importante de trabalho na Atenção Básica, tanto para as equipes de referência quanto para os profissionais do NASF-AB. São muitas as equipes vinculadas em distintas unidades de saúde e diferentes territórios pelos quais cada uma é corresponsável, sendo diversas as realidades de necessidades, estruturações e fluxos de trabalho, nem um pouco simples de serem integradas.

Em situações em que os profissionais da Estratégia Saúde da Família e/ou das Equipes de Atenção Básica para populações específicas não se organizam ou apresentam dificuldades para se estruturar em equipes, há maior dificuldade de efetivar-se o Apoio Matricial. É importante reforçar que esse apoio baseia-se em uma relação de compartilhamento e corresponsabilização, dependente também do modo de atuação da equipe de referência para sua materialização.

Pode-se, ainda, discutir sobre os diferentes entendimentos sobre os modos de cuidar que podem influenciar na maneira como são operacionalizados os processos de trabalho dos profissionais do NASF-AB. Parece ser comum que os profissionais que o compõem sofram pressão por parte da gestão de saúde, dos usuários e até mesmo dos profissionais das equipes de saúde vinculadas por produção numérica de atendimentos individuais. Essa é uma lógica de atuação divergente daquela que vimos colocando até então, caracterizando o NASF-AB como um serviço ambulatorial de especialistas e generalistas inseridos na Atenção Básica, mas não incluídos na Equipe mínima de Saúde da Família.

Figura 14 – Síntese da ideias vinculadas ao Apoio Matricial – apoio das temáticas do NASF-AB e respectivos focos de atuação junto à ESF
Fonte: BRASIL, 2010.

Por fim, a concepção do NASF-AB como núcleo de especialistas inserido na Atenção Básica, em vez da compreensão dele como equipe de apoio para a qualificação da Atenção Básica, pode reduzir o potencial de transformação das práticas em saúde e de concretização de mudanças na realidade sanitária local a partir do suporte matricial.

### Saiba Mais

Acesse este artigo: CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>.

Campos e Domitti (2007) ressaltam que o trabalhador que realiza o Apoio Matricial possui um núcleo de conhecimento distinto daqueles que recebem o apoio. Núcleo de conhecimento e de responsabilidade refere-se ao "conjunto de saberes e responsabilidades específicos a cada profissão ou especialidade" (CAMPOS, 1997, p. 248-249). Para esses autores, a diferença entre o núcleo

de conhecimento dos trabalhadores que realizam o Apoio Matricial e dos que compõem a equipe de referência tem potência para agregar saberes e contribuir para o aumento da resolubilidade dos problemas de saúde.

Todavia, o apego demasiado ao núcleo de conhecimento pode dificultar a interdisciplinaridade – necessária para responder às demandas não contempladas pelos núcleos de cada profissão. Em estudo desenvolvido em um centro de saúde do município de Campinas/SP, que analisou o cotidiano dos trabalhadores no campo da saúde mental, o autor, matriciador em saúde mental no mesmo centro de saúde, afirma que foi necessário distanciar-se do seu núcleo de conhecimento, da especialização, para que fosse possível o alargamento das discussões durante o matriciamento e assim exercer o seu papel de apoiador (PENA, 2009). Dito de outro modo, para realizar um encontro de mais qualidade, foi necessário relativizar a identidade profissional.

No depoimento de Pena (2009) fica evidente que o núcleo de conhecimento de um profissional é insuficiente para lograrem-se determinados fins. Nesse sentido, Campos (1997, p. 248-249) apresenta outro conceito importante para compreender que existem demandas que extrapolam as atribuições específicas de cada categoria profissional – o de campo de conhecimento e de responsabilidade. Esse campo constitui os "saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões" para o alcance de dado fim. É nesse ponto que repousa a ideia da composição entre equipe de referência e de apoio matricial, na delimitação desse estudo – entre Equipes de Saúde da Família e NASF –, para qualificar as ações em Saúde.

De acordo com o foco dessa discussão, Teixeira (2005) aponta que o encontro entre duas partes, no qual uma delas busca ter suas necessidades atendidas, enquanto a outra, supostamente, detém os meios para satisfazê-las, supõe o estabelecimento de comum: o que um necessita é o que o outro tem a ofertar. E se um não tiver o que o outro precisa? Como se dará o encontro? Para o autor, o mais difícil em um encontro é reconhecer o que nos outros é diferente, singular. É aqui que se estabelece a potência do Apoio Matricial, em que uma singularidade – equipe de referência – se encontra com a outra – equipe de apoio matricial. O autor ainda coloca que é nesse momento que se inicia o desafio da alteridade. Essa potência depende da qualidade do encontro que ambos desejam realizar, mas também daqueles que o serviço permite realizar. Esse contato possivelmente influenciará os outros próximos – o da equipe de referência com o usuário – para que, nessas ocasiões, o usuário possa dar sentido à experiência que o levou até lá e ambos, usuário e profissional, possam construir-se, contribuindo para a potência dos coletivos aos quais pertencem.

Mas como o encontro entre as equipes de referência e de apoio matricial pode ocorrer? Campos e Domitti (2007) destacam que o Apoio Matricial depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para o acionamento desse apoio pelas equipes de referência. Assim, o matriciamento pode ser exercido de várias formas. Campos e Domitti (2007) e Brasil (2010) apontam para o atendimento, as intervenções conjuntas, a discussão de casos e a troca de conhecimentos entre especialistas matriciais e profissionais das equipes de referência, tendo como produto sempre a construção de um projeto terapêutico integrado, ou seja, um Projeto Terapêutico Singular (PTS), que será tratado mais adiante no tópico 5.4.

O contato entre os trabalhadores das equipes de referência e os que realizam o Apoio Matricial pode ocorrer por meio da combinação de encontros periódicos e regulares. Pode acontecer também diante de situações não previstas nas quais a comunicação deve ocorrer de modo direto, como, por exemplo, por meio de telefone e correio eletrônico. Entretanto, deve-se evitar que a comunicação ocorra informalmente por meio de impressos, o que parece dificultá-la (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

No que concerne à experimentação do arranjo equipe de referência e de apoio matricial, essa foi iniciada no município de Campinas/SP, na área da saúde mental (CAMPOS, 1999). A proposta do Apoio Matricial nessa área foi incorporada à Atenção Básica a partir da constatação da necessidade de se incorporarem as ações de saúde mental nesse nível de atenção para que houvesse avanço no processo da reforma psiquiátrica. Do mesmo modo, foi reconhecido que os profissionais da Atenção Básica sentem-se despreparados para acolher as demandas em saúde mental que chegam ao serviço. Nesse sentido, o Apoio Matricial foi introduzido com o objetivo de oferecer apoio técnico a esses profissionais e engendrar a corresponsabilidade (GOMES, 2006). Em seguida, o mesmo município experimentou a proposta também em outros serviços e em outras áreas e mais tarde outros municípios também foram experimentando o Apoio Matricial.

Mais tarde, o Ministério da Saúde, reconhecendo o êxito do Apoio Matricial, propôs o uso da metodologia para facilitar o direcionamento dos fluxos na rede de atenção à saúde, promovendo uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e a Atenção Básica.

O arranjo – equipe de referência e de apoio matricial – também foi adotado como um dispositivo pela Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde com o propósito de difundir essa experiência nos diversos âmbitos do SUS.

## 5.3 Clínica ampliada

Na produção de cuidado, toda profissão de saúde faz um recorte, um destaque de sintomas e informações, a depender do núcleo de saber profissional envolvido. A clínica ampliada busca, através da interação entre a equipe e da intersetorialidade, constituir-se como um instrumento para enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial dos diferentes saberes.

Nesse sentido, a clínica ampliada valoriza a escuta atenta e qualificada na Atenção Básica e amplia o entendimento sobre o processo saúde–doença, sem supervalorizar determinada matriz de conhecimento. Para isso, orienta os profissionais para o reconhecimento da singularidade de cada situação a fim de ponderar o quanto é possível e necessário compartilhar diagnósticos e terapêuticas.

Por meio do compartilhamento, são envolvidos diferentes profissionais, serviços e setores da sociedade e, inclusive, o indivíduo, a família ou a comunidade abrangida, considerados também sujeitos das ações de saúde, e não meros objetos de trabalho dos técnicos do setor, buscando ajustar os recortes teóricos de cada profissão às suas necessidades.

Essa ampliação do objeto de trabalho comumente traz incertezas aos profissionais de saúde, acostumados a trabalhar com objetos restritos, especificamente relacionados ao seu núcleo de saber. Ampliar o objeto para a pessoa, para a família ou para a comunidade em questão pode trazer insegurança, mas deve ser compreendido como um processo que é parte da mudança e da qualificação do trabalho em saúde.

Portanto, para sua realização, é necessário que os meios ou objetos de trabalho também se modifiquem, transformando-se em arranjos que possibilitem alto grau de colaboração na equipe e entre equipes, melhorando a capacidade de escuta e de lidar com problemas e condutas automatizadas de forma crítica. Além disso, é preciso criar mecanismos de suporte aos profissionais, de forma que eles que possam lidar com as próprias dificuldades e com aproximações e distanciamentos positivos e negativos nas diferentes situações identificadas e trabalhadas através de uma clínica ampliada.

Por fim, a prática de uma clínica ampliada pode ser caracterizada por cinco movimentos:

1. compreensão ampliada do processo saúde–doença;
2. construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas;
3. ampliação do objeto de trabalho;
4. transformação dos meios ou objetos de trabalho; e
5. suporte para os profissionais de saúde.

Dessa perspectiva surge a construção compartilhada dos diagnósticos e das terapêuticas. Ao ampliar a compreensão do processo saúde–doença, reconhecemos que a ação clínica é complexa, tanto nos determinantes do processo que origina a doença como nas consequências das intervenções profissionais. Dessa forma, também compreendemos que o projeto terapêutico estabelecido por um profissional isolado não dará conta dessa complexidade e, portanto, é preciso compartilhar os diagnósticos dos problemas. A construção conjunta de propostas de solução entre a equipe e o usuário potencializará a obtenção de resultados positivos.

Quando os profissionais pautarem o trabalho nesses pressupostos, naturalmente ocorrerá a ampliação do "objeto de trabalho". A formação disciplinar e isolada dos profissionais, assim como a organização do trabalho em saúde promoveram uma fragmentação do processo de trabalho, no qual os profissionais de saúde não se percebem como responsáveis por pessoas ou famílias. Assim, muitas vezes eles focam suas ações na realização de procedimentos, diagnósticos ou intervenções em pontos específicos. A perspectiva humanizadora convida à ampliação do objeto de trabalho para que pessoas se responsabilizem por pessoas, uma vez que são vistas como seres humanos em sua complexidade, e não como simples fragmentos das especialidades da saúde.

Para a consecução desses pressupostos, há a necessidade de transformação dos "meios" ou instrumentos de trabalho, de forma que as relações entre a equipe, com outras equipes e com o usuário enfoquem a comunicação. Nessa abordagem, é necessária a capacidade de escutar o outro em si mesmo, de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com família e com comunidade. Isso tudo demandará um olhar complexo sobre os casos que se apresentam na unidade de saúde.

No entanto, os profissionais de saúde ainda apresentam uma formação díspar em relação a esses pressupostos e processo de trabalho. Assim, é fundamental que a gestão promova suporte para os profissionais de saúde. Uma vez que essa abordagem faz com que o mundo do usuário e suas relações complexas e dinâmicas cheguem até o profissional, será necessário suporte para que ele lide com a própria dor ou o medo que o trabalho em saúde pode proporcionar. Existirá a necessidade de criação de mecanismos para que os profissionais possam trabalhar suas próprias dificuldades, enfrentando a "neutralidade" e o "não envolvimento" – que muitas vezes é proposto como forma de autoproteção diante do coletivo de sofrimento enfrentado na atuação. A equipe também precisa ser cuidada, ter apoio da saúde mental e espaço para discussão desses sentimentos, evitando se culpar ou individualizar, mas trabalhando os problemas no processo de trabalho, procurando melhorá-lo. É necessária a criação de redes de colaboração em que o profissional tenha suporte e apoio para suas demandas, assim como colabore com as dos demais membros da equipe de saúde.

Para tanto, uma rede de relações claras e saudáveis deve existir, de forma que ocorra a formação de vínculos entre usuários, família e comunidade com a equipe de saúde. No quadro 4 são elencadas algumas estratégias que a PNH sugere para adoção na Atenção Básica, objetivando a formação de vínculos.

| Estratégias sugeridas para a formação de vínculos na Atenção Básica |
|---|
| • Identificar famílias e pessoas que requerem atenção especial, no seu cadastramento das famílias, no olhar dos agentes comunitários de saúde, nas visitas domiciliares ou em outras atividades na comunidade. Isso pode ocorrer a partir da necessidade explicitada ou identificada no "encontro" com pessoas em situação ou risco de violência, pessoas com deficiência, portadores de transtornos mentais e outros. |
| • Destacar, no atendimento cotidiano da demanda, as pessoas que merecem atenção especial – atenção a ser definida a partir do risco/vulnerabilidade, e não por ordem de chegada. |
| • Qualificar a atenção a partir de um projeto terapêutico para cada situação: marcar retornos periódicos, agendar visita domiciliar, solicitar apoio de outros profissionais, combinar atendimento em grupo ou outras práticas que potencializem o cuidado. |
| • Identificar pessoas em situação de transtorno ou adoecimento em função de discriminação de gênero, orientação/identidade sexual, cor/etnia ou estigma de certas patologias. |
| • Considerar especificidades das populações quilombolas, indígenas, assentadas, ribeirinhas, de povos da floresta e presidiários, dentre outras. |
| • Garantir o cuidado aos grupos de pessoas com maior vulnerabilidade em função de agravo ou condição de vida, para os quais já existem programas estruturados (pré-natal, imunização, hipertensão e diabetes, hanseníase, tuberculose etc.). |
| • Trabalhar em articulação com outros níveis de atenção/especialidades, policlínicas, hospitais, maternidades, Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), urgências, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), apoio diagnóstico, fortalecendo a rede de saúde local. |
| • Estabelecer parcerias também com outros setores, como escolas, creches, universidades, centros de assistência social e outras instituições/equipamentos sociais da região e organizações do movimento social/comunitário. |
| • Estimular e possibilitar que a equipe conheça, discuta e avalie os diversos relatórios com os dados produzidos, periodicamente, para que esses gerem informação útil, apoiem o planejamento, o monitoramento e a avaliação e compartilhem-nos com a população. Por exemplo, cobertura vacinal, cobertura de aleitamento materno, mortalidade materna e infantil, início precoce do pré-natal, número de casos de doenças transmissíveis etc. |
| • Espaço de análise, discussão e negociação envolvendo gestão, profissionais de saúde e participação social para a definição dos profissionais a serem incluídos na equipe NASF (em sua implantação e em momentos de revisão de sua composição), procurando identificar necessidades de saúde do território e temas/situações em que as equipes de referência necessitam de mais apoio. |

Quadro 4 – Estratégias para a formação de vínculos na Atenção Básica

## Leitura Complementar

Leia este artigo: BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf>.

## 5.4 Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou um grupo que resulta da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar com Apoio Matricial, se esse for necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas, buscando a singularidade como elemento central de articulação na tentativa de mudar a tendência de igualar as situações e/ou os sujeitos a partir dos diagnósticos firmados.

O PTS pode ser uma ferramenta de cogestão e compartilhamento do cuidado, na medida em que possibilita a definição de objetivos comuns e o estabelecimento de tarefas correlacionadas e pactuadas em equipe. Nesse sentido, pode ser utilizado como uma ferramenta do processo de integração entre NASF e equipes vinculadas, permitindo que, mesmo em situações em que seja necessária uma intervenção específica do profissional do NASF, a equipe de referência possa manter a coordenação do cuidado.

O PTS desenvolve-se em quatro momentos:

1. **diagnóstico** – avaliação/problematização de aspectos orgânicos, psicológicos e sociais que possibilita identificar riscos, vulnerabilidades e potencialidades para a produção de cuidado. Nesta etapa, a equipe procura compreender como o sujeito singular, individual ou coletivo, é coproduzido diante de distintas forças, como a doença, os desejos, o trabalho, a cultura e a rede social, e sintetizar um consenso operativo sobre quais os problemas relevantes do ponto de vista dos profissionais de saúde e do(s) usuário(s) em questão. É entendido como uma avaliação orgânica, psicológica e social que possibilita uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. “Deve tentar captar como o sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Ou seja, tentar entender o que o sujeito faz de tudo que fizeram dele” (BRASIL, 2010);
2. **definição de metas** – propostas construídas para curto, médio e longo prazo que serão negociadas com o sujeito doente pelo membro da equipe com quem tiver um vínculo melhor;
3. **divisão de responsabilidade** – as tarefas de cada envolvido, inclusive do sujeito singular em questão, devem ser bem definidas. Além disso, deve-se identificar um profissional de referência na Equipe de Saúde da Família, independentemente da formação, para exercer esse papel, favorecendo a continuidade do andamento das ações acordadas no PTS. Esse será o profissional que o sujeito procurará, caso seja necessário, ou que acionará o NASF sempre que preciso; e
4. **reavaliação** – momento para discussão da evolução e acordo de correções, se necessário.

O Projeto Terapêutico Singular pode ser proposto também para um território, sendo desenvolvido no mesmo momento, tendo como sujeito a comunidade ou parte dela.

Para iniciar o PTS, a equipe da ESF deve se reunir com o(s) profissional(is) do NASF que mais pode(m) contribuir com o caso. Nessa reunião, todos os aspectos e informações conhecidas sobre o usuário, sua vida e sua família devem ser trazidos, além da queixa principal, outras necessidades e o que já foi realizado pela equipe ou por outros serviços.

Em seguida, discutem-se os determinantes para o agravo em saúde, em uma perspectiva integral e pautada na historicidade e vivência social do usuário.

Definem-se, então, quais profissionais e áreas do serviço de saúde podem atuar no caso.

Em seguida, é verificado se há necessidade de articulação com outros serviços de saúde e externos à área para estabelecer quem será o contato entre o usuário e a equipe. Nesse momento, novas ações são planejadas.

Por fim, deve-se agendar novas reuniões para discussão do caso e sua evolução.

### Leitura Complementar

SILVA, E.P. et al;. Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, 17(2):197-202, 2013. Disponível em: <http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Projeto_Terap%C3%AAutico_Singular_como_Estrat%C3%A9gia_de_Pr%C3%A1tica_da_Multiprofissionalidade_nas_A%C3%A7%C3%B5es_de_Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em 27 abr. 2016.

TRAD, Leny Alves Bomfim; ROCHA, Ana Angélica Ribeiro de Meneses e. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1969-1980, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/31.pdf>. Acesso em 27 abr. 2016.

## 5.5 Pactuação do apoio

A pactuação do apoio é uma ferramenta de cogestão que deve manter-se em constante construção. Ela é coordenada pela gestão de saúde e delimitada em duas atividades:

| Atividade | Discriminação |
|---|---|
| Avaliação conjunta da situação inicial do território | Espaço de análise, discussão e negociação envolvendo gestão, profissionais de saúde e participação social para a definição dos profissionais a serem incluídos na equipe NASF (em sua implantação e em momentos de revisão de sua composição), procurando identificar necessidades de saúde do território e temas/situações em que as equipes de referência necessitam de mais apoio. |
| Pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas | É a atividade rotineira que visa traçar os objetivos a serem alcançados, os problemas prioritários a serem abordados, os critérios de encaminhamento ou compartilhamento de casos, os critérios de avaliação do trabalho da equipe e dos profissionais e as formas de explicitação e o gerenciamento resolutivo de conflitos. |

Quadro 5 – Discriminação das atividades de pactuação do apoio

## SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, você aprendeu os conceitos relacionados à atuação da Equipe de Saúde da Família e sua integração com o NASF-AB. Toda a reflexão foi orientada para o processo de trabalho na concepção ampliada de saúde, que orienta os princípios finalísticos, doutrinários e organizacionais do SUS. Abordamos questões específicas da atuação na Atenção Básica e as estratégias e ferramentas para potencializar seu grau de resolução. Integralidade da atenção, atuação interdisciplinar, intersetorialidade, gestão compartilhada, gestão do cuidado e dos serviços de saúde, clínica ampliada, como também a relevância da participação social na efetiva atuação profissional foram alguns dos aspectos aqui estudados.

Acesse o Ambiente Virtual de Ensino e Aprendizagem e faça uma revisão completa de todos os conteúdos estudados e disponibilizados especialmente para a consolidação do que foi visto. Faça todas as atividades sugeridas, pois elas foram planejadas para que você tenha um aprendizado significativo na sua prática diária.

## REFERÊNCIAS


Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0257_M.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2016.

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

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Subjetividade e administração de pessoal: considerações dos modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 197-228.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva***,* n. 4, p. 393-404, 1999.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. de S. **Saúde paidéia***.* São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública***,* v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CASANOVA, A. O. Vigilância à saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Cienc. Saude Colet.**, v. 14, n. 3, p. 929-936, 2009.

CUNHA, G. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 2005. 150 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

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

GOMES, V. G. **Apoio matricial:** estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP. 2006. Trabalho de Conclusão de Curso (Aprimoramento em Saúde Mental) – Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas, 2006.

MERHY, E. Em busca do tempo perdido: a micro política do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112. (Saúde em Debate, 108; Série Didática, 6).

MOTTA, F. C. P.; VASCONCELOS, I. F. G. **Teoria geral da administração**. 3. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

PENA, R. S. **Saúde Mental atravessada:** construindo espaços de interlocução entre a queixa invisível e outras dores já instituídas. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. 2009.

OLIVEIRA, G. N. **O Projeto Terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

OLIVEIRA, G. N. O **Projeto Terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**.202 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009. p. 89-109.

OLIVEIRA, H. M. de. **Trabalho multiprofissional em Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas**: uma perspectiva arendtiana sobre relações de poder. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) –Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2011.

OLIVEIRA, C. M.; CASANOVA, A. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 928-936, 2009.

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

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.

# SÍNTESE DO MÓDULO

Concluímos mais uma etapa do Eixo II intitulado “O Trabalho na Atenção Básica”. Discorremos e refletimos sobre o processo de trabalho das equipes que atuam nas Unidades Básicas de Saúde como ordenadoras do cuidado ou que compõem a equipe do NASF para apoiar e ampliar o potencial resolutivo da Atenção Básica.

Iniciamos nosso olhar sobre o processo de trabalho na perspectiva do conceito ampliado de saúde. O olhar ampliado sobre o processo saúde-doença remete a um modelo de atenção pautado pela vigilância em saúde, pela integralidade da atenção, pela atuação interdisciplinar e multiprofissional e pelas ações que extrapolam o setor saúde. Ressaltamos a importância da horizontalidade nos processos decisórios, sejam eles de natureza administrativa ou clínica, que envolvem a população ou apenas a equipe. Lembramos que para atuar nessa lógica os aspectos pautados na Política de Humanização no SUS, e aplicáveis à Atenção Básica, devem ser observados. A educação permanente foi apresentada como uma importante estratégia, e mesmo como espaço de reflexão para a adoção dessas práticas.

Por fim, apresentamos as ferramentas de trabalho das equipes, indicando características gerais de cada um dos elementos, os quais devem ser adequados e ajustados ao contexto social, sanitário e organizacional de cada equipe.

Esperamos ter despertado em você a inquietação sobre o tema e propiciado momentos de análise e reflexão sobre sua prática. Além disso, esperamos tê-lo auxiliado na busca de alternativas para aprimorar e facilitar suas atividades cotidianas.

Mas não fique por aqui. Leia todo o material disponibilizado e busque novas publicações. Este tema é atual, e é objeto de muita reflexão e de publicação de experiências. Convide sua equipe para uma roda de conversa e leve esse material para o debate. Bom Trabalho!

# AUTORES

## Josimari Telino de Lacerda

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1985), mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (1999) e doutora em Ciências (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (2005). Professora do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Atualmente vice coordenadora do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFSC. Atividades de ensino, pesquisa e extensão na área de Saúde Coletiva com os seguintes temas: Políticas Públicas de Saúde, Planejamento, Gestão e Avaliação. Integra os grupos de Pesquisa: Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde, Clínica da Atenção Psicossocial e Uso de Álcool e outras Drogas e do TearSAN - Teia de Articulação pelo Fortalecimento da Segurança Alimentar e Nutricional.

http://lattes.cnpq.br/3150002833629910

## Rodrigo Otávio Moretti-Pires

Pesquisador na área de Ciências Sociais em Saúde Coletiva, com enfoque em Diversidade Sexual e Gênero. Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC (2012-2015). Editor Chefe do Periodico “Saúde & Transformação Socia/Health & Social Change” (ISSN 2178-7085). Docente do quadro peramente do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Mestre em Saúde Pública pelo Departamento de Medicina Social (FMRP/USP). Doutor em Enfermagem Psiquiátrica pela EERP/USP. Pos-Doutorado em pesquisa na temática do uso de Alcool e Drogas pela CICAD/ Organização dos Estados Americanos (através de programa da SENAD e EERP-USP).

http://lattes.cnpq.br/5045216268657919

## Cláudia Flemming Colussi

Possui graduação em Odontologia (1998) e mestrado em Saúde Pública (2003) e doutorado em Odontologia em Saúde Coletiva(2010), ambos pela pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Pública da UFSC e membro do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde - NEPAS  Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFSC. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: saude bucal, saude do idoso, saúde comunitária, planejamento, gestão e avaliação em saúde.

http://lattes.cnpq.br/2969799668909234

Ministério da Saúde

Secretaria de Estado da Saúde
Santa Catarina