



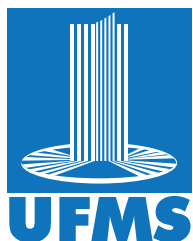
## Capacitação de Profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Mato Grosso do Sul

### MÓDULO 3:

As possibilidades e o fazer da equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família

#### ORGANIZADORES:

Adriane Pires Batiston, Fernando Pierete Ferrari, Hércules Sandim, Mara Lisiane de Moraes dos Santos e Vera Lúcia Kodjaoglanian



Campo Grande - MS  
2014

# **As possibilidades e o fazer da equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família**

## **MÓDULO 3**

Rosani Pagani  
Débora Dupas G. Nascimento  
Michele Peixoto Quevedo  
Fernanda Rocco Oliveira

Campo Grande - MS  
2014

FIOCRUZ PANTANAL

PRESIDENTE DA REPÚBLICA  
Dilma Rousseff

MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE  
Arthur Chioro

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE  
Heider Aurélio Pinto

SECRETÁRIO EXECUTIVO DA UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNA-SUS  
Francisco Eduardo de Campos

GOVERNADOR DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  
André Puccinelli

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE  
Antonio Lastória

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

REITORA  
Célia Maria da Silva Oliveira

VICE-REITOR  
João Ricardo Filgueiras Tognini

COORDENADORA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTANCIA – UFMS  
Angela Maria Zanon

COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA/PPGSF/CCBS/UFMS  
Mara Lisiane Moraes dos Santos

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

PRESIDENTE  
Paulo Ernani Gadelha Vieira

VICE-PRESIDENTE DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL  
Pedro Ribeiro Barbosa

FIOCRUZ MATO GROSSO DO SUL  
Rivaldo Venâncio da Cunha

Elaboração, Distribuição e Informações  
FIOCRUZ Mato Grosso do Sul  
Rua Gabriel Abrão, 92, Jardim das Nações  
CEP 79081-746 – Campo Grande-MS

COLEGIADO GESTOR  
Vera Lúcia Kodjaoglanian  
Mara Lisiane Moraes dos Santos  
Fernando Pierette Ferrari  
Hercules Sandim  
Adriane Pires Batiston

Revisão Linguística e Ortográfica: Prof. Dra. Patrícia Graciela da Rocha  
Projeto Gráfico e Editoração Eletrônica: Marcos Paulo de Souza

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P856 As possibilidades e o fazer da equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, módulo 3 / Rosani Pagani...[et al.]. – Campo Grande, MS : Fiocruz Pantanal, 2014.  
25 p. ; 30cm.

ISBN 978-85-66909-08-1

Material de apoio às atividades didáticas do curso de Capacitação de Profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Mato Grosso do Sul /CEAD/UFMS.

1. Núcleo de Apoio a Saúde da Família – Mato Grosso do Sul. 2. Serviços de saúde – Administração – Mato Grosso do Sul. I. Pagani, Rosani. II. Fiocruz Mato Grosso do Sul.

CDD (22) 362.1098171



# Capacitação de Profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Mato Grosso do Sul

## **MÓDULO 3:**

As possibilidades e o fazer da equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família



# SUMÁRIO

<b>Módulo 3 - As possibilidades e o fazer da equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família.....</b>	<b>4</b>
Introdução.....	5
<b>1 - Núcleo de Apoio à Saúde da Família.....</b>	<b>7</b>
<b>2 - Diretrizes e Princípios do Nasf .....</b>	<b>8</b>
<b>3 - Processo de Trabalho da Equipe Nasf.....</b>	<b>9</b>
<b>4 - Tecnologias (de Gestão e Assistência) e as ferramentas de trabalho do Nasf.....</b>	<b>10</b>
4.1 Apoio Matricial: conceito e aplicabilidade .....	11
4.2 O Apoio Matricial e suas principais Atividades/ Ações.....	12
4.3 Clínica Ampliada: conceito e aplicabilidade .....	13
4.4 O Projeto Terapêutico Singular: conceito e aplicabilidade.....	16
4.5 Projeto de Saúde no Território: conceito e aplicabilidade.....	18
4.6 Educação Permanente em Saúde: conceito e aplicabilidade.....	19
4.7 Educação em Saúde: conceito e aplicabilidade .....	19
Considerações Finais.....	21
Referências Bibliográficas .....	22



## **Módulo 3:** **As possibilidades e o fazer da equipe do** **Núcleo de Apoio a Saúde da Família**

### **AUTORES:**

Rosani Pagani  
Débora Dupas G. Nascimento  
Michele Peixoto Quevedo  
Fernanda Rocco Oliveira

# INTRODUÇÃO

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

A AB apresenta um alto grau de complexidade, por se caracterizar em um conjunto de ações de saúde - no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. A AB tem como foco, ainda, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Brasil, portaria PNAB 2011).

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

A AB utiliza em sua prática diária variadas tecnologias de cuidado que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior prevalência e magnitude no território, observando os critérios de risco, a vulnerabilidade e o imperativo ético de toda a demanda, a necessidade de saúde e o sofrimento devem ser acolhidos. Além disso, a AB deve ser o contato preferencial dos usuários, ou seja, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, na perspectiva da descentralização, hierarquização e regionalização. (Brasil, portaria PNAB 2011).

A Atenção Básica orienta-se, também, pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-econômica-cultural e histórica, buscando produzir atenção integral mais próxima das necessidades dos indivíduos.

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

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

- Rede de Atenção Psicossocial;
- Rede de Urgência e Emergência;
- Rede Cegonha;
- Rede da Pessoa com Deficiência (Viver sem Limites);
- Rede de atenção à saúde das pessoas com Doenças Crônicas.

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

- Academia da Saúde;
- Programa Saúde na Escola;
- Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade / PMAQ;
- Criação de critérios de equidade para o Piso da Atenção Básica (critérios diferenciados para os Municípios);

- Modificação da carga horária dos médicos (portaria 2.027/11, com 5 novas configurações);
- Saúde para Todos em Todos os Lugares (fixação de profissionais em áreas e regiões prioritárias);
- Brasil sem Miséria (voltado à população em extrema pobreza);
- Consultório na Rua;
- Melhor em Casa/ Atenção Domiciliar e;
- Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

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

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

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

- Equipe Saúde da Família;
- Equipe de Atenção Básica parametrizada;
- Equipe Saúde Bucal;
- Equipe de Agente Comunitário de Saúde;
- Equipes de Consultório na Rua;
- Equipes de saúde da família para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense;
- Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF);
- Equipe de Melhor em Casa/ Atenção Domiciliar;
- Equipe dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

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



# 1. Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF surgem para potencializar e fortalecer a AB no Brasil através da ampliação, da abrangência e do escopo das ações da AB, aumentando assim sua resolubilidade. Esses núcleos foram criados por meio da Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, republicada em 04 de Março de 2008, e estão incluídos na própria PNAB desde 2011, de acordo com a Portaria nº 2.488. Sua inclusão na PNAB, conforme apontado anteriormente, reforça o papel do NASF como componente estratégico da AB e ainda traz mudanças em relação ao funcionamento e a composição desta equipe.

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

Vale ressaltar que os NASF fazem parte da AB, mas não se constituem como serviços, com unidades físicas independentes ou especiais e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (quando necessários, eles devem ser regulados pelas equipes da AB).

Destaca-se aqui que é também função do NASF, realizar uma atenção específica individual para o usuário, quando identificado essa demanda junto com a equipe de saúde, de maneira pontual e com objetivos terapêuticos condizentes com as características da AB.

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

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

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

Com a publicação da portaria nº 3.124, de 28 de Dezembro de 2012, os NASF passam a ser organizados em três modalidades: NASF 1, NASF 2 e NASF 3 e tem nova definição dos parâmetros populacionais e de vinculação com as equipes da AB.

Conforme definido na portaria mencionada, o NASF 1 deve estar vinculado a no mínimo 5 e no máximo 9 Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, Equipes Ribeirinhas e Fluviais), enquanto o NASF 2 deve estar vinculado a no mínimo 3 e no máximo 4 Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, Equipes Ribeirinhas e Fluviais). O NASF 3 deverá estar vinculado a no mínimo 1 e no máximo 2 Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, agregando-se de modo particular ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada.

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

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

Cada NASF deverá ser vinculado a no máximo 03 (três) polos do Programa Academia da Saúde em seu território de abrangência, independentemente do tipo de NASF e da modalidade do polo implantado.

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

## 2. Diretrizes e Princípios do Nasf

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

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

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

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

Nesse sentido, a busca da integralidade deve ser uma diretriz fundamental a ser praticada pelos NASF, podendo ser compreendida em três sentidos: (a) A abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; (b) As práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura, além de (c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades da população (BRASIL, 2010a).

Para melhor compreensão do cotidiano de trabalho do NASF, faremos uma discussão, a seguir, sobre os princípios e diretrizes orientadores da organização do processo de trabalho dos NASF de forma contextualizada, refletindo sobre a utilização de cada uma das ferramentas e tecnologias pertinentes ao trabalho dessa equipe.

### 3. Processo de Trabalho da Equipe Nasf

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

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

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

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

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

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

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

- **Ações Clínicas Compartilhadas** para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos.

- Tecnologias e Ferramentas principais: Projeto Terapêutico Singular, Clínica Ampliada, Apoio Matricial e Educação Permanente.
- **Intervenções específicas** do profissional do NASF para com os usuários e/ou famílias, com discussão e negociação *a priori* com os profissionais da Equipe de Atenção Básica responsável pelo caso. Quando essas intervenções forem necessárias, a continuidade do contato e coordenação desse cuidado deverá permanecer sob a responsabilidade da Equipe de SF e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas que não deve se descomprometer com o caso, ao contrário, procura redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível com o cuidado oferecido pelo NASF diretamente ao usuário, ou à família, ou à comunidade.
  - Tecnologia e Ferramenta principal: Clínica Ampliada e Projeto Terapêutico Singular.
- **Ações compartilhadas nos territórios** desenvolvidas de forma articulada com as equipes, para desenvolver ações de produção da saúde no território.
  - Tecnologias e Ferramentas principais: Projeto de Saúde do Território; Educação Permanente; Educação Popular e Educação em Saúde.

Para que a organização do processo de trabalho do NASF ocorra e se estruture dentro dessas 3 dimensões é necessário, fundamentalmente, que se estabeleçam espaços rotineiros de discussões e de planejamento em equipe (NASF) e entre equipes (NASF e Equipe SF e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas). Esses espaços visam a definição de objetivos comuns, critérios de prioridades, critério de avaliação, resolução de conflitos, dentre outros.

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

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

## 4. Tecnologias (de Gestão e Assistência) e as ferramentas de trabalho do Nasf

Para desenvolvimento do processo de trabalho do NASF, algumas tecnologias de gestão e assistência, como também as ferramentas, podem ser enumeradas, como: Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território (PST), Educação Permanente em Saúde e a Educação em Saúde.

Para facilitar a leitura, a seguir serão apresentadas cada uma dessas tecnologias de gestão e assistência, as ferramentas e sua aplicabilidade nas atividades/ações desenvolvidas pelo NASF.

## 4.1 Apoio Matricial: conceito e aplicabilidade

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

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

Matricial – significa o lugar onde se geram e se criam coisas. Significa também a possibilidade de sugerir que profissionais de distintas áreas/projetos/programas mantenham uma relação horizontal e não apenas vertical, como indica a tradição na organização dos sistemas de saúde. Trata-se de uma tentativa de romper com as diretrizes clássicas de hierarquização na Rede de Atenção à Saúde (CAMPOS, 2007).

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

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

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

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

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

Um pressuposto fundamental da proposta do NASF é a compreensão do que é *conhecimento nuclear* e do que é *conhecimento comum* e compartilhável entre a equipe de AB e o especialista. Tal conhecimento, todavia, é sempre situacional e mutante, por exemplo: uma equipe que lida com grande número de crianças com obesidade ou sobrepeso terá que incorporar uma grande quantidade de conhecimentos sobre o manejo dessa condição. Assim, um pediatra que fizesse apoio matricial a essa equipe teria que investir grande energia na dimensão técnico-pedagógica, compartilhando conhecimentos com a equipe de referência – nesse caso, a ESF – para que ela pudesse se aproximar da resolutividade desejada para esses casos. Isso vale para um psicólogo, para um nutricionista ou para qualquer outro especialista que preste apoio a essa equipe. Entretanto, os mesmos especialistas, ao realizar apoio à outra equipe, em uma população diferente, terão que oferecer conhecimentos diferenciados para serem incorporados pela nova equipe (BRASIL, 2010a).

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

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

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

- Ampliação da clínica das equipes de saúde;
- Aumento da capacidade de intervenção e resolutividade;
- Estruturação de um processo de trabalho com corresponsabilização – construção dialogada, desviar a lógica do encaminhamento e fortalecer a lógica do compartilhamento dos casos;
- Estímulo aos profissionais para trabalharem com outras racionalidades e visões de mundo além das próprias de seu núcleo (interdisciplinarmente);
- Potencialização e estruturação de novos dispositivos de atenção em resposta às diferentes necessidades de saúde (como grupos de convivência, artesanato, caminhada, dentre outros).

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

Esse movimento deve acontecer levando em consideração a efetivação dos mecanismos de coordenação do cuidado – que são de responsabilidade das equipes de referência, e estas devem se responsabilizar pelas ações desencadeadas, garantindo a integralidade da atenção em toda a Rede de Atenção à Saúde.

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

## **4.2 O Apoio Matricial e suas principais Atividades/ Ações:**

### **a) O contato dialógico pretende:**

- Estruturar uma agenda integrada para o Apoio Matricial;
- Construir espaços rotineiros de encontros (reuniões) para pactuar e negociar o processo de trabalho para gestão do cuidado (critérios de prioridade, gestão dos atendimentos compartilhados, planejamentos, entre outros);
- Criar mecanismos e espaços de compartilhamento dos casos/situações, rompendo com a lógica do encaminhamento sem comunicação e discussão entre os profissionais;
- Ter visitas pré-agendadas, seguindo uma rotina previsível. O encontro deve promover o compartilhamento de saberes e o estreitamento de laços entre as equipes;
- Realizar estudo cuidadoso do território e suas particularidades geográficas e epidemiológicas;

- Criar estratégias de abordagens comuns a todos, como, por exemplo: as questões de violência, abuso de álcool e outras drogas, dentre outras;
- Desenvolver Formação Permanente entre as Equipes;
- Fomentar ações intersetoriais;
- Acionar o apoio mediante contato personalizado, para discussão ou intervenção, disponibilizando o telefone do matriciador para a equipe matriciada, ou outra forma rápida de comunicação, (e-mail, comunidades de práticas, redes sociais, dentre outros);
- Criar estratégias de comunicação e divulgação das produções conjuntas.

#### **b) O trabalho compartilhado pretende:**

- Construir previamente um objetivo comum de trabalho entre os profissionais envolvidos no atendimento considerando, para além dos protocolos clínicos do núcleo específico de atuação de cada profissional, um foco único de intervenção.
- Realizar Atendimento/interconsulta/consulta conjunto e atividades multiprofissionais e interdisciplinares;
- Realizar conjuntamente a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- Acompanhar, avaliar e trocar conhecimentos e orientações sobre Projetos Terapêuticos Singulares entre Apoio e Equipe de SF;
- Realizar Visita Domiciliar conjunta;
- Realizar Atendimento Domiciliar conjunto;
- Realizar Atividade Educativa compartilhada;
- Realizar Oficinas e grupos compartilhados.

### **4.3 Clínica Ampliada: conceito e aplicabilidade**

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

O NASF traz o desafio de refletir sobre a clínica que se faz no dia a dia da ESF e sua presença provoca, em certa medida, uma reorganização dos processos de trabalhos das equipes de saúde. Porém, é fundamental destacar que toda profissão faz um recorte, um destaque de sintomas e informações, cada uma de acordo com seu núcleo profissional. Ampliar a clínica significa justamente ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários. A clínica ampliada busca evitar uma abordagem que privilegie excessivamente alguma matriz de conhecimento disciplinar. Ela vai buscar construir sínteses singulares, tencionando os limites de cada matriz disciplinar e colocando em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde, vivida a cada instante por sujeitos reais (BRASIL, 2010a).

Gastão e Tenório (2009) ao proporem a ampliação da clínica fazem uma definição sobre a atuação dos profissionais em relação ao seu CAMPO E NÚCLEO de conhecimento, sendo, o Núcleo – identidade profissional, práticas e tarefas peculiares a cada profissão – e o Campo – saberes, práticas e responsabilidades comuns a todos os profissionais de saúde, espaço de interseção entre as áreas, que permite o entrelaçamento das ações.

Tradicionalmente, o setor da saúde trabalha com a política de modo fragmentado, ou seja, a saúde coletiva separada da clínica, qualidade da clínica independente da qualidade da gestão, gestão separada

da atenção, atenção separada da vigilância, vigilância separada da proteção de agravos externos e cada um desses fragmentos divididos em tantas áreas técnicas quantos sejam os campos de saber especializados. Essa fragmentação também tem gerado especialistas, intelectuais e consultores (expertises) com uma noção de concentração de saberes que terminam por se impor sobre os profissionais, os serviços e a sociedade e cujo resultado é a expropriação dos demais saberes e a anulação das realidades locais em nome do conhecimento da expertise (MARQUES; FEUERWRKER; CECCIM, 2004).

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

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

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

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

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

Para sua efetivação são necessários arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes (nas organizações e rede assistencial). Mas, principalmente, são necessárias técnicas relacionais que permitam uma clínica compartilhada, ou seja, são indispensáveis a capacidade de escuta (do outro e de si mesmo), a capacidade de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com a família, com a comunidade, entre outras pessoas e grupos sociais (BRASIL, 2010a).



Ao se discutir essa temática surgem diversos questionamentos sobre como é “realizar” a Clínica Ampliada e, diante disso, alguns pré-requisitos são apresentados:

- Ter um compromisso radical com o sujeito doente que deve ser visto de modo singular;
- Assumir responsabilidade integral sobre os usuários dos serviços de saúde;
- Buscar ajuda em outros setores – fortalecer a intersetorialidade;
- Fomentar a corresponsabilidade entre os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (trabalhadores de saúde, usuários e rede social) (BRASIL, 2007c).

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

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

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

- Conhecimento da estrutura e dinâmica familiar – compreendendo a pessoa como um todo (no contexto social, cultural, econômico, moradia, etc.);
- Identificação de Redes de apoio do território e de qual é a Rede que o sujeito em questão se identifica e interage;
- Valorização dos aspectos subjetivos (como a pessoa percebe o que está sentindo, etc.).

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

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

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

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

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

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

Principais ações e atividades da clínica ampliada:

**a) O contato dialógico pretende:**

- Realizar atuação em equipe multiprofissional/interdisciplinar (diversos olhares);
- Potencializar ou articular a integração da equipe multiprofissional;
- Ter a adstrição de clientela e construção de vínculo;
- Elaborar Projetos Terapêuticos Singulares conforme a vulnerabilidade de cada caso;
- Ofertar a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença;
- Ter na prática equipes de referência que atuem como a retaguarda especializada.

**b) O trabalho compartilhado prevê:**

- Atendimento/consulta/interconsulta conjunta;
- Atividade educativa multiprofissional;
- Visita e atendimento domiciliar multiprofissional;
- Trabalho em grupo multiprofissional;
- Trabalho intersetorial no território;
- Atendimentos individuais ampliados.

#### **4.4 O Projeto Terapêutico Singular: conceito e aplicabilidade**

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

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

O PTS pode ser estruturado em etapas, através dos momentos de diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e avaliação.

- DIAGNÓSTICO – avaliação física, psicológica e social, visualizando os riscos e vulnerabilidades do usuário;
- DEFINIÇÃO DE METAS – propostas a curto, médio e longo prazo;
- DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES – definir os responsáveis por cada ação com clareza;
- AVALIAÇÃO – discutir a evolução e realizar correções.

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

### **Exemplo de formato de PTS:**

#### **1) Identificação:**

- Data da Reunião da Equipe de Saúde da Família com o NASF;
- Identificação do usuário: Nome, idade, número de Família;
- Constituição e dinâmica familiar.

#### **2) Histórico:**

- Queixa Principal (física, psicológica e social);
- Outras necessidades/demandas;
- O que já foi feito (considerar riscos e vulnerabilidades do usuário).

#### **3) Objetivo final a ser alcançado:**

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

#### **4) Articulação com a rede do território:**

- Necessita de articulação com a rede do território?
- Quem se responsabiliza pelo contato?

#### **5) Data da próxima discussão e avaliação.**

Ações e espaços necessários para construção do PTS implicam:

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

## 4.5 Projeto de Saúde no Território: conceito e aplicabilidade

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

Por território compreendemos não apenas o espaço geográfico, mas um conjunto de sistemas naturais e artificiais que engloba indivíduos e instituições, independentemente de seu poder. Deve ser considerado em suas divisões jurídicas e políticas, suas heranças históricas e seus aspectos econômicos e normativos. É nele que se processa a vida social e nele tudo possui interdependência, acarretando no seu âmbito a fusão entre o local e o global.

É indispensável que as equipes da AB e de apoio conheçam a realidade do território em suas várias dimensões, identificando suas fragilidades e possibilidades como algo vivo e dinâmico.

O PST deverá ser realizado no território em conjunto com os outros setores e atores que pertencem ao mesmo local, priorizando as ações intersetoriais. Vale ressaltar que trabalhar a intersetorialidade é trabalhar no paradigma ampliado de saúde, no reconhecimento de uma complexa rede de condicionantes e determinantes sociais da saúde e da qualidade de vida que exigem dos profissionais e equipes um trabalho articulado com redes/instituições que estão fora do seu próprio setor. A intersetorialidade é essa articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, a fim de abordar um tema ou situação em conjunto (BRASIL, 2010a).

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

Em síntese, o Projeto de Saúde no Território pode ser construído através dos seguintes momentos:

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

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

- Territorialização, diagnóstico situacional e análise epidemiológica;
- Articulação dos serviços de saúde do território em conjunto com a equipe e o Apoio;
- Visita à rede intra e intersetorial;
- Planejamento conjunto da Comunidade/NASF/AB;
- Análise prévia buscando identificar e incluir as ações no território já desenvolvidas pela ESF e no coletivo da comunidade (inclusão social, enfrentamento da violência, da dengue, ações junto aos equipamentos públicos – escolas, creches, grupo de jovens, pastorais etc.);
- Estímulo à organização e participação social no PTS para que a comunidade tenha autonomia e “empoderamento” para enfrentar os diversos condicionantes e determinantes de saúde.

## 4.6 Educação Permanente em Saúde: conceito e aplicabilidade

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

Esse conceito foi incorporado na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o SUS, como estratégia de formação e desenvolvimento de trabalhadores, instituído na Portaria nº 198 GM/MS/13, de fevereiro de 2004, e está vinculado à política de descentralização que tem como base o desenvolvimento dos serviços de saúde a partir de suas características e necessidades (NASCIMENTO, 2008).

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

Os espaços de EPS devem ser construídos de forma coletiva, a partir do envolvimento e compromisso de profissionais, gestores e usuários com a produção de conhecimento no território e a partir dele, visando um repensar das práticas em saúde, com vistas à transformação de realidades e problemas concretos dos serviços e das comunidades.

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

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

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

## 4.7 Educação em Saúde: conceito e aplicabilidade

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

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

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

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

A educação em saúde tem uma interface com a educação permanente e se expressa em diferentes atividades ligadas à assistência na ESF como consultas, visitas domiciliares e grupos, uma vez que compreendemos que toda relação estabelecida com o outro, pode e deve ser educativa. Ela também deve ser enfatizada nas reuniões do conselho gestor e ações intersetoriais, a fim de haja uma compreensão ampliada do processo – saúde-doença dos indivíduos, a partir da problematização e articulação de diferentes saberes em busca de soluções consensuais, face à complexidade das necessidades da população (NASCIMENTO, 2008).

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

## Considerações Finais

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

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

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

## Referências Bibliográficas

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; FONSECA, C. D. A Estratégia Saúde da Família. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2004.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. Cad. Saúde Públ., v.19 (supl. 1), p. 181-91, 2003.

BONETTI, D. A. et al. Serviço Social e ética: convite a uma práxis. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

BOWER, P. et al. Collaborative care for depression in primary care: Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. Brit. J. Psych., v. 189, n.6, p. 484-93, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.065, de 4 de julho de 2005. Credencia municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, para receber o incentivo financeiro aos criou o Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família (NAISF).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.150, de 9 de junho de 2008. Credencia municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, para receber o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.616, de 6 de agosto de 2008. Credencia municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, para receber o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 2.488, DE 1 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).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA nº 3.124 de 28 de Dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.107, de 4 de junho de 2008. Credencia municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, para receber o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF.

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



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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 68 p. – (Serie E. Legislação de Saúde, Serie Pactos pela Saúde 2006, v.4).

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília, 2006d. 76 p. (Série A. Normas e Anuais Técnicos).

BUDO, M. L. D.; SAUPE, R. Conhecimentos populares e educação em saúde na formação do enfermeiro. Rev. Bras. Enferm.,v. 57, n. 2, p. 165-9, 2004.

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

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciênc. Saúde Colet., v. 5, n. 2, p. 219-30, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciênc. Saúde Colet., v. 4, n. 2, 1999.

CASTELANI FILHO, L. Educação Física no Brasil: a história que não se conta. 14. ed. Campinas, SP: Papirus, 1998.

CATRIB, A. M. F. et al. Promoção da Saúde: saber fazer em construção. In: BARROSO, G.T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. (Orgs.). Educação em Saúde: no contexto da promoção humana. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003.

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

CORREIA, M. V. C. Que controle social?: os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 164 p.

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

- DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (Orgs.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a praticas na implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- FORTES, S. Transtornos mentais em Unidades de Atenção Primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do Programa de Saúde da Família do município de Petrópolis/ Rio De Janeiro/ Brasil . Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: UERJ, 2004.
- FREIRE, P. Conscientização: teoria e prática da libertação; uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. Tradução de Kátia de Melo e Silva. São Paulo: Moraes, 1980.
- FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2000.
- FREITAS, M. W. O modo de pensar a educação permanente em saúde em uma região da cidade de São Paulo. Dissertação. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2011. 86 p.
- LEFEVRE, F. A função simbólica dos medicamentos. Rev. Saúde Públ., v. 17, n. 6, p. 500-03, 1983.
- LEITE, S. N.; VASCONSELLOS, M. P. C. Adesão á terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciênc. Saúde Colet., v. 8, n. 3, p. 775-82, 2003.
- LEONELLO, V. M. Competências para ação educativa da enfermeira: uma interface entre o ensino e a assistência de enfermagem. Dissertação. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2007.
- LUZ, M.T. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1996. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 62).
- MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde as propostas do SUS - uma revisão conceitual. Ciênc. Saúde Colet., v. 12, n. 2, p. 335-42, 2007.
- MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. Interface: comunicação Seduc, v. 7, n. 13, p. 109-18, 2003.
- NASCIMENTO, D. D. G. A residência multiprofissional em saúde da família como estratégia de formação da força de trabalho para o SUS. Dissertação. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2008. 154 p.
- PATRÍCIO, Z. M. Métodos qualitativos de pesquisa e de educação participante como mediadores na construção da qualidade de vida: novos paradigmas outros desafios e compromissos sociais. Texto Context. Enferm., v. 8, n. 3, p. 53-77, 1999.
- RAYA, R. et al. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. Brit. J. Psych., v. 178, n. 3, p. 228-33, 2001.
- SCHALL, V. T.; STUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. Cad. Saúde Públ., v. 2, p. 4-5, 1999.

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

VASCONCELOS, E. M. A medicina como deseducadora. In: Educação popular nos serviços de saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

VICTOR, J. F. Educação em saúde na unidade básica de saúde da família: atuação do enfermeiro. Dissertação. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará, 2004.

**Direção de arte, Editoração Eletrônica e Projeto Gráfico:**

Marcos Paulo de Souza