

Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos

Elisabeth Niglio de Figueiredo

MÓDULO POLÍTICO GESTOR

ESPECIALIZAÇÃO EM
SAÚDE
 da FAMÍLIA

Sumário

Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos.....	49
Introdução	53
Conhecendo a evolução da Vigilância à Saúde.....	53
Mas afinal, o que é Vigilância à Saúde?	54
O que é a Estratégia Saúde da Família?	55
A Vigilância à Saúde e sua relação com a Estratégia Saúde da Família	55
Quais os princípios norteadores da Estratégia Saúde da Família?.....	56
Operacionalização da Estratégia Saúde da Família	56
Como funcionam as Unidades de Saúde da Família?	57
Composição da equipe da Unidade de Saúde da Família.....	58
Principais programas da Atenção Primária a serem executadas pelas Estratégias Saúde da Família	59
Avaliação das atividades da Estratégia Saúde da Família	61
Núcleo de Apoio à Saúde da Família.....	62
Quais os princípios norteadores e as responsabilidades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família?.....	62
Como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família se organiza?.....	63
Quais as principais responsabilidades atribuídas a todos os profissionais que compõem os Núcleo de Apoio à Saúde da Família?	64
Ferramentas utilizadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família em sua organização	65
Considerações Finais	67
Referências	68

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) pressupõe um conjunto de ações individuais e coletivas relacionadas à promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação – constituindo-se em uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde, devendo resolver 80% dos problemas de saúde da população. Ela está centrada na família e na participação ativa da comunidade e dos profissionais responsáveis pelo seu cuidado (CAMPOS e GUERRERO, 2010).

A APS é considerada um arranjo assistencial importante nos países que almejam um sistema com atenção de saúde qualificada. Estudos realizados por Starfield (2002) apontam que muitas são as evidências dos impactos positivos da Atenção Primária à Saúde, ao se comparar sua atuação em diferentes países.

Antes de iniciarmos as discussões em relação à Estratégia Saúde da Família (ESF) – estratégia esta assumida pelo Ministério da Saúde para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS (BRASIL, 1997a) – parece-me importante discutirmos o referencial teórico e político a que está subordinada e permeada tanto a ESF quanto o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – o de Vigilância à Saúde. Vamos lá?

Conhecendo a evolução da Vigilância à Saúde

Na década de 70, o Ministério da Saúde instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, por meio de legislação específica. Em 1977, este mesmo ministério elaborou o primeiro Manual de Vigilância Epidemiológica, reunindo e compatibilizando as normas técnicas então utilizadas para a vigilância de cada doença, no âmbito de diferentes programas (BRASIL, 2009a).

Neste período, a vigilância era vista apenas como uma forma de notificar e investigar compulsoriamente os agravos infectocontagiosos, gerando dados que alimentavam as bases de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Este processo era pouco vinculado à ação instituída junto aos indivíduos e comunidade.

Na década de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, definindo em seu texto legal a vigilância epidemiológica como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer

mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (BRASIL, 2009).

Ainda no decorrer desta década, entra em pauta o referencial teórico denominado “Vigilância à Saúde” (VS), centrado na articulação de conhecimentos e técnicas provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde. Permeando este momento, dois conceitos, um mais restrito, entendia a VS como a integração entre as vigilâncias epidemiológica e sanitária; e outro ampliado, onde VS era compreendida como uma proposta de mudança do modelo assistencial em seu conjunto (TEIXEIRA e COSTA, 2003).

Mas afinal, o que é Vigilância à Saúde?

Vigilância à Saúde é uma proposta de redefinição das práticas sanitárias que se fundamenta no princípio de integralidade. Ela incorpora a reflexão em torno da adequação das ações e serviços aos problemas, necessidades e demandas da população, articulando o **enfoque populacional** (promoção) com o **enfoque de risco** (proteção) e o **enfoque clínico** (assistência), constituindo-se em uma forma de pensar e de agir em saúde, de acordo com a situação de saúde das populações (TEIXEIRA e COSTA, 2003).

A Vigilância à Saúde incorpora à prática de saúde outro sujeito – além dos trabalhadores da saúde, a população organizada. Ela abarca, além das determinações clínico-epidemiológicas no âmbito individual e coletivo e do uso dos conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias, as determinações sociais, que afetam os distintos grupos populacionais, em função de suas condições de vida (TEIXEIRA e COSTA, 2003).

Outro ponto importante desta proposta inclui, além dos conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias, as de planejamento e de comunicação social, que estimulam a mobilização, organização e atuação dos diversos grupos na promoção e na defesa das condições de vida e saúde (TEIXEIRA et al., 1998).



SAIBA MAIS...

A noção de Vigilância à Saúde, em sua concepção “ampliada”, ou seja, enquanto proposta de reestruturação do **modelo de atenção**, redundou na implantação da Estratégia Saúde da Família.

O que é a Estratégia Saúde da Família?

A Saúde da Família é uma das principais estratégias, propostas pelo Ministério da Saúde do Brasil, para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde, a partir da atenção básica (BRASIL, 1997). Ela procura reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais na lógica da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, enfim, da **promoção da qualidade de vida da população**, constituindo-se em uma proposta com dimensões técnica, política e administrativa inovadoras. Ela pressupõe o princípio da Vigilância à Saúde, a inter e multidisciplinaridade e a integralidade do cuidado sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (BRASIL, 1998).

Sua expansão ganhou impulso com a Norma Operacional Básica (NOB-96) (BRASIL, 1997b) que operacionalizou a descentralização de recursos e a municipalização da saúde, apresentando as orientações para o repasse, aplicação e mecanismos de controle e acompanhamento dos recursos financeiros que compõe o Piso da Atenção Básica (PAB), assim com a responsabilidade dos municípios enquanto gestores (COIMBRA et al., 2005).

A Vigilância à Saúde e sua relação com a Estratégia Saúde da Família

Como vimos anteriormente, a ESF tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de suas práticas, adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes. É composta pelas ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos e deve estar amparada nos conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais (GASTÃO e GUERRERO, 2010). Além disso, para viabilizar suas ações, é necessário compor uma equipe multiprofissional com a participação de enfermeiro generalista, do médico, um ou dois auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (TEIXEIRA e COSTA, 2003; BRASIL, 2006).

Entre seus objetivos incluem-se: a prestação da assistência integral e contínua de boa qualidade à população, elegendo a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; a intervenção sobre os fatores de risco a que esta população está exposta, humanizando as práticas de saúde por meio de estabelecimento de vínculo de confiança e contribuindo para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença (BRASIL, 1997c).

Neste contexto, a Vigilância à Saúde resume em si todo conceito de saúde e conseqüentemente do ato de cuidar, pois antevê a saúde de modo positivo, cuja meta para ser alcançada pressupõe áreas fora do saber específico da saúde como: condições de trabalho, habitação, educação adequada, meio ambiente saudável, equidade no cuidado, entre outros. Ela foi colocada, como tema de discussão, em uma série de conferências internacionais, nas quais foram definidos conceitos que mudaram de forma substancial o paradigma de saúde, até então restrito à ausência de doença, com destaque às ações curativas em detrimento da prevenção e promoção de saúde (CAMPOS e GUERRERO, 2010).

Quais os princípios norteadores da Estratégia Saúde da Família?

A Estratégia Saúde da Família incorpora os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2000) e se estrutura a partir da Unidade Saúde da Família (USF), conforme contextualizado a seguir (BRASIL, 2006):

- **Integralidade e Hierarquização:** A Unidade de Saúde da Família (USF) está inserida na atenção primária à saúde. Suas equipes devem realizar o diagnóstico de saúde do território adscrito, identificando o perfil epidemiológico e sociodemográfico das famílias, reconhecendo os problemas de saúde prevalentes e os riscos a que esta população está exposta, elaborando, com a sua participação, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde. O cumprimento desses dois princípios pressupõe que os profissionais envolvidos nas equipes de saúde compreendam que seus serviços estão organizados em níveis de complexidade crescentes, desde o nível local de assistência, até os mais especializados; este sistema é denominado **referência e contra-referência**, sendo que a referência se dá do nível de menor para o de maior complexidade, inversamente à contra-referência. A articulação entre esses dois sistemas é bastante difícil uma vez que a demanda de serviços mais complexos excede ao número de solicitações por parte da atenção básica, dificultando atingir excelência no atendimento aos clientes que necessitam de serviços especializados.
- **Territorialização e Adscrição da Clientela:** a USF trabalha com território de abrangência definido, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento desta população. Recomenda-se que a equipe seja responsável por, no máximo, 4000 pessoas do território.
- **Equipe Multiprofissional:** composta por um enfermeiro, um médico generalista ou de família, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Além desses, odontólogos, assistentes sociais e psicólogos, dentre outros, poderão fazer parte das equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades locais.
- **Caráter Substitutivo:** substituição das práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho, centrado na Vigilância à Saúde (SANTANA e CARMAGNANI, 2001).

Operacionalização da Estratégia Saúde da Família

A operacionalização desses objetivos ocorre por meio da definição territorial da clientela, a noção da família como foco da assistência, o trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional e o vínculo entre os profissionais e as famílias assistidas (COSTA e CARBONE 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997a), a territorialização pressupõe o diagnóstico das características sociais, demográficas e epidemiológicas e deve impactar, de forma favorável, as condições de saúde da população adscrita. Para tal, as equipes de saúde devem realizar o cadastramento das famílias por meio de visitas domiciliares.

Este diagnóstico permite:

- Identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco desta população;
- Elaborar, em conjunto com a comunidade, um plano de ação para o enfrentamento dos determinantes de processo saúde/doença;
- Prestar assistência integral na USF, na comunidade, no domicílio além do acompanhamento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar;
- Desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde.

É na equipe multiprofissional que as situações levantadas no diagnóstico de saúde devem ser enfrentadas, valorizando-se a soma de olhares dos distintos profissionais que compõem esta equipe, obtendo-se, desta forma, um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. Para isso, é imprescindível que a estruturação do trabalho, na ESF, consolide-se nos princípios da vigilância à saúde, rompendo assim com a dinâmica médico-centrada.

Uma das maiores dificuldades na implementação da ESF diz respeito à carência de profissionais para atender a esta nova realidade (CAMPOS e BELISARIO, 2001). A ESF exige para sua consecução, profissionais com formação generalista, capazes de atuar de forma efetiva, na complexa demanda de cuidados da Atenção Básica, estando, desta forma, na contramão da medicina intervencionista e sofisticada de nossos dias.

É urgente resgatar o valor destes profissionais e propiciar a este modelo, espaço como especialidade e campo do saber e afastando a ideia de que o profissional que não se especializa é o que “vai para a Saúde da Família” (COSTA e CARBONE, 2009). Além disso, faz-se necessário, o desenvolvimento de um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos, de forma a incorporar, não apenas novos conhecimentos, mas mudança na cultura e no compromisso com a gestão pública, garantindo uma prática pautada nos princípios da promoção da saúde (ARAUJO, 2007).

Como funcionam as Unidades de Saúde da Família?

O funcionamento das Unidades Saúde da Família (USF) se dá pela atuação de uma ou mais equipes de profissionais que devem se responsabilizar pela atenção à saúde da população, vinculada a um determinado território. Cada equipe é responsável por uma área onde residem entre 600 a 1000 famílias, com limite máximo de 4000 habitantes.

Essas equipes devem realizar o cadastramento das famílias por meio de visitas domiciliares às residências, em sua área de abrangência. As informações desse cadastro, juntamente com outras fontes de informação, levam ao conhecimento da realidade daquela população, seus principais problemas de saúde e seu modo de vida.

Essas informações servem para que o gestor e a equipe, juntamente com a população, possam planejar as atividades a serem desenvolvidas, para que cumpram seu objetivo de melhorar as condições encontradas. O cadastro destas famílias é registrado no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). O SIAB é, portanto, um sistema de informação que sistematiza os dados coletados, possibilita a sua informatização e gera relatórios de acompanhamento e avaliação.



SAIBA MAIS...

Importante perceber que todas essas atividades, desde uma visita domiciliar, uma consulta médica ou de enfermagem, um grupo educativo, o acolhimento e toda e qualquer atividade desenvolvida na USF, estão em sinergia com a filosofia da Vigilância à Saúde.

Composição da equipe da Unidade de Saúde da Família

Do mesmo modo que na ESF, a equipe da Unidade de Saúde da Família é composta por um enfermeiro, um médico generalista ou de família, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Além desses, odontólogos, assistentes sociais e psicólogos, dentre outros, devem fazer parte tanto nessas equipes quanto nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Todos esses profissionais devem desenvolver suas atividades laborais, tanto nas unidades quanto na comunidade, devendo ter gosto pelo trabalho em equipe, facilidade no trato com pessoas, habilidade em trabalhar com planejamento e programação em saúde; capacidade em adaptar-se a situações novas e qualificação profissional adequada às práticas de saúde pública.

Você sabe quais são as principais atividades que deve ser desempenhadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família na unidade básica de saúde?

Cada uma das ações desempenhada pelos profissionais que compõem a ESF, antes de se constituir em uma tarefa que finda em si mesmo, faz parte de um projeto maior de Vigilância à Saúde. Nessa lógica é importante refletirmos qual o sentido de uma área adscrita, do acolhimento, da visita domiciliar, da consulta ou de um grupo educativo. Caso estas ações findem em si mesmas e resolvam, ou não, apenas problemas pontuais, e os profissionais envolvidos no processo de cuidar, não transcendam às queixas, foi vã a proposta da integralidade do cuidado e consequentemente da Vigilância à Saúde.

Conheça ou relembre as principais atividades:

- Mapeamento da área adscrita e dos equipamentos sociais presentes nesse território;
- Planejamento, busca ativa, cadastramento e acompanhamento das famílias;
- Acolhimento e marcação de consultas;

- Ações individuais e/ou coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças;
- Consultas médicas, de enfermagem e de odontologia;
- Realização de procedimentos odontológicos, médicos e de enfermagem: imunizações, inalações, curativos, drenagem de abscessos e suturas;
- Administração de medicamentos orais e injetáveis, terapia de reidratação, entre outras;
- Acolhimento e urgências básicas de enfermagem, de medicina e de odontologia;
- Realização de encaminhamento adequado das urgências e de casos de maior complexidade.

Principais programas da Atenção Primária a serem executadas pelas Estratégias Saúde da Família

Atenção à Saúde da Criança:

- Vigilância nutricional com acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, promoção ao aleitamento materno;
- Imunização - realização de esquema vacinal básico e busca ativa de faltosos;
- Assistência às doenças prevalentes entre elas as diarreicas em crianças menores de cinco anos;
- Assistência e prevenção das patologias bucais com foco no desenvolvimento neurolinguístico e no processo de socialização da criança.

Atenção à Saúde da Mulher:

- Pré-natal - diagnóstico de gravidez, cadastramento das gestantes com e sem riscos gestacionais, na primeira consulta. Vacinação antitetânica, avaliação no puerpério e atividade educativa de promoção à saúde;
- Planejamento familiar com fornecimento de medicamento e orientação quanto a métodos anticoncepcionais;
- Prevenção de câncer de colo e útero;
- Prevenção de problemas odontológicos e levantamento de doenças bucais especialmente cáries e doenças gengivais.

Controle de hipertensão e diabetes:

- Diagnóstico de caso e cadastramento dos portadores;
- Busca ativa dos casos com medição de pressão arterial e/ou dosagem dos níveis de glicose;
- Tratamento dos casos com fornecimento de medicação e acompanhamento do paciente;
- Diagnóstico precoce de complicações;

- Ação educativa para controle de risco como obesidade, vida sedentária, tabagismo além da prevenção de patologias bucais.

Controle de Tuberculose:

- Busca ativa de casos e identificação de sintomáticos respiratórios;
- Diagnóstico clínico dos comunicantes, vacinação com BCG e quimioprofilaxia quando necessário;
- Notificação e investigação dos casos;
- Tratamento supervisionado dos casos positivos e busca de faltosos;
- Fornecimento de medicamentos;
- Ações educativas.

Eliminação da Hanseníase:

- Busca ativa de casos e identificação dos sintomáticos dermatológicos e de seus comunicantes;
- Notificação e investigação dos casos;
- Diagnóstico clínico dos casos com exames dos sintomáticos e classificação clínica dos casos multi e paucibacilares;
- Tratamento supervisionado dos casos com avaliação dermato-neurológica e fornecimento de medicamento;
- Controle de incapacidades físicas;
- Atividades educativas.

Ações de saúde bucal:

- Cadastramento de usuários, planejamento e programação integrada às demais áreas de atenção do ESF;
- Alimentação e análise dos sistemas de informação específicos;
- Participação do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência;
- Desenvolvimento de ações intersetoriais.

Observe que todas essas ações de forma conjunta ou isolada, ao trabalhar com os conceitos de promoção, prevenção e controle de doenças e agravos, estão diretamente ligadas ao processo de Vigilância à Saúde.

Avaliação das atividades da Estratégia Saúde da Família

O Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) é um sistema de informação responsável por armazenar e sistematizar os dados coletados, gerando relatórios de acompanhamento e avaliação que vão mostrar como está a situação de vida e saúde da população. Para monitorar o trabalho realizado e as atividades previstas, foram desenvolvidos no SIAB dois módulos:

- (1) Registro de atividades, procedimentos e notificações, além de doenças ou situações indesejáveis que, se detectados nos atendimentos e visitas, devem ser registrados. Esses dados vão indicar para a equipe se a prevenção e promoção de saúde estão tendo bons resultados. A informação deve estar disponível em tempo oportuno, permitindo a tomada de decisões para o enfrentamento imediato dos problemas identificados.
- (2) Acompanhamento de grupos de risco, como diabéticos, hipertensos, portadores de hanseníase e tuberculose, gestantes e crianças. No diagnóstico da comunidade pode ter surgido outra situação, caracterizada como de importante risco para o adoecimento e morte na população. A consolidação desses dados permite ainda o cálculo de indicadores de saúde e seu acompanhamento ao longo do tempo.

Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Quais os princípios norteadores e as responsabilidades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família?

Constitui-se em desafios à ESF sua integração à rede assistencial, o aumento de sua resolutividade e a capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado. Com o objetivo de superar estes desafios, o Ministério da Saúde, em 2008, criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2009b) para ampliar a abrangência e as ações da Atenção Básica, reforçando o processo de territorialização e regionalização em saúde.

O NASF não é uma estrutura desvinculada da atenção primária à saúde e, como esta, tem dentre seus pressupostos a territorialização; a educação permanente em saúde; integralidade; participação social; promoção da saúde e humanização. Ele procura ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na ESF, superando uma lógica fragmentada e privilegiando a construção de redes de atenção e cuidado, constituindo-se em apoio às equipes de SF.

A principal diretriz do SUS a ser praticada por este núcleo é a integralidade e deve estar presente na atitude do profissional no encontro com seus clientes. Além desta, outros princípios e diretrizes devem orientar as ações a serem desenvolvidas pelo NASF, como o território onde deve ser desenvolvida a atuação dos profissionais; a educação em saúde da população; a interdisciplinaridade – onde diversas ações, saberes e práticas se complementam; a participação social com foco na gestão participativa; a educação permanente em saúde buscando a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho; a humanização, a partir de construções coletivas entre gestores, trabalhadores e usuários e promoção da saúde que procura eleger formas de vida mais saudáveis (BRASIL, 2009b).

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

Desafios a serem superados

O trabalho em grupo/equipe constitui-se em um dos desafios que se coloca para os profissionais do NASF e da ESF. Este trabalho deve ser realizado em espaços coletivos e com contratos bem definidos de funcionamento, com garantia de sigilo, uma vez que nesses encontros, todos os assuntos devem ser tratados e, as críticas devem ser feitas e recebidas de forma adequada, num aprendizado contínuo de gerenciamento de conflitos de forma positiva.

Como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família se organiza?

O NASF está organizado em duas modalidades: **NASF 1** e **NASF 2**. Esta constituição diferencia-se entre si pelo número de profissionais com formação universitária envolvidos, bem como ao número de equipes a que estão vinculados (confira no quadro 1).

QUADRO 1	
Modalidades 1 e 2 do Núcleo de Apoio à Saúde da Família segundo profissionais envolvidos e constituição dos núcleos	
NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – CONSTITUIÇÃO	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS
<p>NASF 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deve ter no mínimo cinco profissionais com formação universitária. • Deve estar vinculado a, no mínimo de oito e máximo de vinte equipes de SF, exceto nos Estados da Região Norte, onde o número mínimo passa a ser cinco. 	Psicólogo; Assistente social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico ginecologista; Profissional da educação física; Médico homeopata; Nutricionista; Médico acupunturista; Médico pediatra; Médico psiquiatra; Terapeuta ocupacional.
<p>NASF 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deve ter no mínimo três profissionais, com formação universitária. • Deve estar vinculado a, no mínimo, três equipes de SF. 	Psicólogo; Assistente social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da educação física; Nutricionista; Terapeuta ocupacional.
<p>NASF 3*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deve estar vinculado a, no mínimo, quatro e, no máximo, a sete equipes de Saúde da Família. 	

*. Portaria nº 2.843, 2010 - Atenção integral em saúde e saúde mental, prioritariamente para usuários de crack, álcool e outras drogas na Atenção Básica, para Municípios com porte populacional menor que vinte mil habitantes.

Para a implantação das diferentes modalidades do NASF foram definidos alguns critérios e responsabilidades, cabendo ao gestor municipal a definição de quais os profissionais que irão compor cada Núcleo, devendo organizar o seu processo de trabalho com foco nos territórios de sua responsabilidade, conjuntamente com as equipes de SF.

Desta forma, o atendimento compartilhado entre os profissionais do NASF e os da ESF deve ser priorizado, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, devendo o atendimento individualizado pelo NASF se dar apenas em situações extremamente necessárias, sempre respeitando os territórios sob sua responsabilidade (BRASIL, 2009b).

Quais as principais responsabilidades atribuídas a todos os profissionais que compõem os Núcleo de Apoio à Saúde da Família?

São elas (BRASIL, 2009b):

- Identificar as atividades, ações e práticas a serem adotadas em cada uma das áreas de abrangência;
- Identificar, o público alvo a cada uma das ações;
- Atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas ESF de Internação Domiciliar, quando estas existirem;
- Acolher os usuários e humanizar a atenção;
- Desenvolver ações intersetoriais de forma a integrar a saúde a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer etc.;
- Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio dos Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde;
- Elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF bem como material educativo e informativo em sua área de atuação;
- Avaliar, em conjunto com as ESF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;
- Elaborar projetos terapêuticos individuais, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, pelas ESF e os NASF, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

Importante refletir aqui também que, da mesma forma que em relação às ações desenvolvidas pela ESF, cada ação por si ou todas elas, analisadas no conjunto da obra, pressupõe um conjunto ações, a serem desenvolvidas em conjunto com as Equipes de Saúde da Família e a comunidade, com vista à vigilância à saúde.

Ferramentas utilizadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família em sua organização

Diversas ferramentas, já testadas na realidade brasileiras, são utilizadas na organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF como: **Apoio Matricial**, **Clínica Ampliada**, **Projeto Terapêutico Singular (PTS)** e **Projeto de Saúde no Território (PST)** (BRASIL, 2009b).

Apoio Matricial - A expressão “apoio” constitui-se como central na proposta do NASF, e remete à compreensão de uma tecnologia de gestão denominada **apoio matricial** (NASF), que se complementa com o processo de trabalho em **equipes de referência** (equipe SF), que buscam mudar o padrão dominante de responsabilidade nas organizações: em vez das pessoas se responsabilizarem por atividades e procedimentos, caracterizadas como tecnologia dura e leve-dura, o que se pretende é construir a responsabilidade de pessoas para pessoas, caracterizada pelas tecnologias leves. Desta forma o apoio matricial agrega tanto a dimensão leve-dura, caracterizada pela assistência, responsável por produzir ação clínica direta com os usuários, quanto da tecnologia leve, caracterizada pela ação técnico-pedagógica que produz apoio educativo com e para a equipe.

Clínica Ampliada - A proposta de Clínica Ampliada se direciona a todos os profissionais que fazem clínica, ou seja, os profissionais de saúde na sua prática de atenção aos usuários. Toda profissão faz um recorte, um destaque de sintomas e informações, cada uma de acordo com seu núcleo profissional. Ampliar a clínica significa ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários. A discussão em equipe de casos clínicos, principalmente se mais complexos, é um recurso clínico e gerencial importantíssimo. A existência desse espaço de construção da clínica é privilegiada para o apoio matricial e, portanto, para o trabalho dos profissionais do NASF.

Projeto Terapêutico Singular (PTS) - Constitui-se em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, direcionadas a um sujeito individual ou coletivo, realizada por uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. É uma variação da discussão de “caso clínico”. Ele representa um momento em que toda a equipe compartilha opiniões e saberes na tentativa de ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações.

Projeto de Saúde no Território (PST) - Pretende ser uma estratégia das equipes de SF e do NASF, para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território articulando os serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia das comunidades. Ele deve iniciar-se pela identificação de uma área e/ou população

vulnerável ou em risco. Tal identificação pode acontecer a partir de um **caso clínico** que chame a atenção da equipe, como uma idosa com **marcas de queda** e que pode ser vítima de violência. Deve ainda ter foco na promoção da saúde, participação social e intersetorialidade, com a criação de espaços coletivos de discussão, onde sejam analisados a priorização das necessidades de saúde, os seus determinantes sociais, as estratégias e os objetivos propostos para a sua abordagem. É no espaço coletivo onde a comunidade, suas lideranças e membros de outras políticas e/ou serviços públicos, presentes no território, poderão se apropriar, reformular, estabelecer responsabilidades, pactuar e avaliar o projeto de saúde para a comunidade. O PST auxilia ainda o fortalecimento da integralidade do cuidado à medida que trabalha com ações vinculadas à clínica, à vigilância e promoção da saúde.

Considerações Finais

A Vigilância à Saúde, como forma de pensar e de agir, pressupõe a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas adequadas ao enfrentamento dos problemas e necessidades existentes, necessitando para isso redefinir a concepção acerca do complexo saúde-doença-cuidado e suas interrelações com os determinantes e condicionantes econômicos, socioambientais e culturais.

A incorporação da proposta de Vigilância à Saúde pelos profissionais e trabalhadores que atuam na ESF e no NASF pressupõe mudanças no seu processo de trabalho e nas relações que mantém com outros profissionais e trabalhadores e, sobretudo, nas relações que mantém com os usuários do sistema e com a população (COIMBRA et al., 2005).

O aprendizado dessa nova forma de pensar exige um esforço de **auto-reflexão** e disponibilidade ao novo, uma **abertura** às possibilidades que se colocam para aqueles que pretendem fazer parte do processo de construção do futuro do nosso sistema de saúde. Além disso, exige um trabalho político no sentido da mudança das relações de poder no âmbito institucional e fora dele, na medida em que a configuração atual dessas relações parece ser o principal obstáculo à efetiva implementação da proposta da Vigilância à Saúde (COIMBRA et al., 2005).

Concluindo, o conhecimento capaz de fundamentar o cuidado deve ser construído na intersecção entre a **Filosofia**, que responde à grande questão existencial do homem, a **Ciência** e **Tecnologia**, tendo a **lógica formal** como responsável pela correção normativa, e a **Ética**, numa abordagem epistemológica efetivamente comprometida com a emancipação humana (ROCHA e ALMEIDA, 2000).

Referências

ARAUJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e saúde coletiva**. v.12 n.2:455-464 Rio de Janeiro mar./abr. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Assistência à Saúde**. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997a.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/SUS**. Brasília, 1997b.

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

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Secretaria Executiva – Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica**. - 2. ed. rev. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 195 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica**. – 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

CAMPOS, F.E.; BELISÁRIO, S.A. O programa de saúde da família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. In: **Interlace Comunicação, Saúde, Educação.** Fundação UNI Botucatu/Unesp, v.5, n.9, São Paulo, 2001 (p. 133-141).

CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.

COIMBRA, V.C.C.; OLIVEIRA, M.M.; VILA, T.C.S.; ALMEIDA, M.C.P. A atenção em saúde mental na estratégia da saúde da família. **Revista eletrônica de Enfermagem**, V07, p. 113-117, 2005.

COSTA, E.; CARBONE, M. **Saúde da família: uma abordagem multidisciplinar.** Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dezembro 2000.

SANTANA, M.L.; CARMAGNANI, M.I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, v.10, n.1:33-53, jan./jul. 2001.

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

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBOAS, A.L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, VII(2): 7-28, 1998.

_____; COSTA, E.A. **Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas.** Texto preliminar elaborado para debate no 20º Seminário Temático da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2003. (Cooperação Técnica ISC/Anvisa).