

PROCESSO DE TRABALHO NA ABS: ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA**

**PROCESSO DE TRABALHO NA ABS:
ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO**

**Florianópolis – SC
UFSC
2018**

GOVERNO FEDERAL

Presidência da República

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenação Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

GOVERNO ESTADUAL DE SANTA CATARINA

Governo do Estado

Secretaria de Estado da Saúde

Superintendência de Planejamento e Gestão

Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação do SUS

Gerência de Coordenação da Atenção Básica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitoria

Pró-Reitoria de Pesquisa

Pró-Reitoria de Extensão

Centro de Ciências da Saúde

Departamento de Saúde Pública

NÚCLEO TELESSAÚDE DE SANTA CATARINA

Coordenação Geral: Maria Cristina Marino Calvo

Coordenação de Tele-educação: Josimari Telino de Lacerda

EQUIPE TELE-EDUCAÇÃO

Josimari Telino de Lacerda

Luise Ludke Dolny

Elis Roberta Monteiro

AUTOR

Jorge Ernesto Sergio Zepeda

REVISORES

Elis Roberta Monteiro

Josimari Telino de Lacerda

Design Gráfico: Catarina Saad Henriques

Design de Capa: Catarina Saad Henriques

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DO CURSO.....	05
----------------------------	----

Unidade 1 - Organização do trabalho em equipe e gestão do cuidado na ABS...06

1. Introdução.....	07
2. Competências dos profissionais da ABS e trabalho em equipe.....	07
2.1 Atribuições comuns a todos os profissionais das equipes SF/SB.....	08
2.2 Atribuições específicas de cada profissional da ESF.....	09
2.3 Visitas do ACS e demais membros da equipe.....	11
2.4 Atribuições específicas de cada profissional da equipes de Saúde Bucal.....	12
2.5 Integração das equipes de SF/SB com as equipes dos NASF-AB.....	16
2.5.1 Atribuições comuns a todos os profissionais NASF-AB	18
3. Organização do acesso e gestão da Atenção.....	18
3.1. Barreiras de acesso.....	20
3.2. Organização das agendas de consultas e demais ofertas assistenciais.....	21
4. Reuniões, educação permanente e atividades não assistenciais.....	25

Unidade 2 - Mecanismos de integração de serviços e coordenação da atenção.....29

1. Introdução.....	30
2. Mecanismos de coordenação da atenção e integração de serviços.....	30
2.1. Fragmentação da atenção e organização em redes.....	31
2.2. Mecanismos de integração assistencial.....	32
3. Estratégias de integração da ABS nas redes de atenção.....	34
3.1. Ampliando a abrangência da ABS.....	34
3.2. Apoio matricial e integração com os NASF-AB.....	35
4. Regulação do acesso à atenção especializada.....	37
5. Integração intersetorial e ampliação de parcerias na ABS.....	38

Conclusão do curso.....	42
-------------------------	----

Referências Bibliográficas.....	43
---------------------------------	----

APRESENTAÇÃO DO CURSO

Prezados alunos, sejam bem vindos ao curso: “[Processo de Trabalho na ABS: organização da atenção](#)”!

Neste curso serão apresentadas diretrizes e exemplos de trabalho em equipe, organização do acesso à unidade básica de saúde, agendamento de usuários, gestão da atenção ao longo do tempo, organização de reuniões e ações educativas e integração com outras equipes e serviços.

A operacionalização de conceitos e diretrizes do SUS e da Atenção Básica em práticas de atenção nem sempre é tarefa fácil. Esperamos ajudá-lo a entender como o princípio da equidade, por exemplo, pode se expressar no equilíbrio entre atendimento à demanda espontânea e programada, ou como o princípio da integralidade pode se realizar no trabalho coordenado entre os profissionais de uma equipe e entre equipes de serviços diferentes.

Assim, esperamos que, ao terminar este curso, você entenda a importância dos conceitos trabalhados e, principalmente, que seja capaz de colocá-los em prática em seu local de trabalho, motivando sua equipe a organizar uma atenção em saúde centrada nas pessoas, integral, resolutiva e com o melhor uso possível dos recursos disponíveis na Atenção Básica.

O conteúdo foi organizado em duas Unidades de Aprendizagem:

- Unidade 1 - Organização do trabalho em equipe e gestão do cuidado na ABS.
- Unidade 2 - Mecanismos de integração de serviços e coordenação da atenção.

Ao longo do texto foram utilizados ícones para facilitar a compreensão dos temas propostos:



Palavras do Professor: Dicas do professor a respeito do tema.



Saiba mais: Indicações de outras fontes de informação sobre o assunto, como livros, trabalhos científicos, sites e outros materiais, para aprofundamento do conteúdo;



Para refletir: Perguntas disparadoras realizadas ao longo do texto para promover a reflexão sobre o seu cotidiano de trabalho. Aproveite estas questões para refletir sobre os temas durante as reuniões de equipe.

Desejamos à todos uma boa leitura e um bom curso!

Unidade 1

**Organização do trabalho em equipe
e gestão do cuidado na ABS**

Organização do trabalho em equipe e gestão do cuidado na ABS

OBJETIVO DE APRENDIZAGEM

Apresentar maneiras de organizar o processo de trabalho em uma equipe de Atenção Básica (ABS), com base nas necessidades da demanda atendida e de forma a oferecer acesso com equidade ao longo do tempo para a maior gama possível de problemas da população sob sua responsabilidade.

1. Introdução

Nesta unidade apresentaremos o perfil das atribuições de cada membro das equipes de Atenção Básica à Saúde (ABS), as noções de competências e de trabalho compartilhado, com ênfase na importância do desenvolvimento de equipes integradas e funcionais, com máximo de aproveitamento das potencialidades de cada profissional.

Serão apresentadas diretrizes para organização da atenção na unidade de saúde, com ênfase na discussão sobre acesso, agendamento e adequação entre oferta e demanda. Serão abordados de maneira introdutória também a gestão da atenção e o desenvolvimento da equipe. Discutiremos ainda os usos das reuniões de equipe como espaços de planejamento, discussão de casos e educação permanente.

2. Competências dos profissionais da ABS e trabalho em equipe

As necessidades de saúde são complexas. Na ABS, os problemas costumam se apresentar de maneira pouco diferenciada e com muitas superposições orgânicas, funcionais e psicossociais. Para responder ao desafio de oferecer uma atenção à saúde integral à população, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) traz alguns diferenciais importantes em relação aos modelos de outros países:

ESF: Forma brasileira de organizar o SUS, orientada pela ABS.

- A presença dos Agentes Comunitários de Saúde.
- A inclusão da saúde bucal.
- A centralidade em equipes multidisciplinares, com territórios definidos, e que atendam todas as idades, grupos populacionais e tipos de problemas (SAMPAIO, MENDONÇA & LERMEN JR., 2012).

Quanto ao trabalho em equipe proposto pela ESF é importante salientar que uma equipe deve ser mais eficiente do que um grupo de pessoas sem coordenação, portanto organizar o trabalho em equipe é fundamental para a qualidade assistencial. No entanto, a simples presença de diferentes profissionais da saúde não responde este desafio. A oferta de um cuidado integral na ABS está relacionada à capacidade das equipes multidisciplinares trabalharem efetivamente de forma integrada e interdisciplinar.

Unidade 1

Para isso, as equipes precisam ter, entre outras características (SEMFYC, 2006):

- Objetivos comuns, materializados em planos de ação compartilhados, confiança entre seus membros e apoio mútuo.
- Interdependência entre seus membros, com eficiência do trabalho coordenado e responsabilidades claras sobre as ações.
- Boa comunicação, tanto nos desacordos quanto nos consensos.

Uma construção conceitual que pode auxiliar na compreensão e organização do trabalho em equipe é a diferenciação entre **campo** e **núcleo** de competência profissional. O **núcleo** define a identidade de uma determinada profissão da saúde, aquilo que é exclusivo dela, e o **campo** seria um espaço de limites menos precisos, em que cada profissão buscaria nas outras o apoio para cumprir tarefas comuns que exigem múltiplos saberes e habilidades (CAMPOS, CHAKOUR & SANTOS, 1997).

Por exemplo, o campo da Saúde da Família ou da ABS seria o espaço de sobreposição das atividades das várias profissões da saúde que atuam neste cenário, enquanto os núcleos seriam as atribuições específicas de cada uma das profissões, que as definem e justificam uma existência separada.

Apresentaremos a seguir alguns exemplos de atribuições comuns a todas as profissões que atuam na ABS – competências de campo - e exemplos de atribuições específicas de cada profissão das Equipes de Saúde da Família (eSF), das Equipes de Atenção Básica (eAB) e das Equipes de Saúde Bucal (eSB) - competências de núcleo, conforme definição normativa do MS na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017).

2.1 Atribuições comuns a todos os profissionais das equipes eSF/eAB/eSB

- Participar da territorialização da área de atuação da equipe.
- Manter atualizado o cadastramento das famílias da área (população adscrita).
- Cadastrar e manter atualizado os dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da ABS vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde.
- Realizar ações de atenção à saúde da população adscrita na unidade básica de saúde e quando necessário, nos domicílios e demais espaços comunitários, buscando sempre a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos para todas as faixas etárias e todos os problemas mais comuns.
- Garantir o atendimento da demanda espontânea, a realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, com a incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares.

- Participar do primeiro atendimento dos usuários, realizando escuta qualificada, identificação dos motivos de procura, avaliação de riscos, vulnerabilidades e identificação das possibilidades de intervenção pela própria equipe e por outros pontos de atenção, responsabilizando-se pela continuidade da atenção.
- Realizar ações de vigilância à saúde, incluindo busca ativa e notificação de agravos.
- Coordenar o cuidado da população quando esta necessita de cuidado em outros pontos de atenção do sistema de saúde.
- Participar de reuniões de equipes para planejamento e avaliação das ações.
- Participar das atividades de educação permanente.
- Identificar parceiros e recursos na comunidade e em outros setores (educação, assistência social) que possam potencializar as ações da equipe de saúde.
- Promover a participação da comunidade no autocuidado, na melhoria das condições coletivas de saúde e no manejo de seus problemas sanitários, inclusive através do controle social do SUS.

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).

2.2 Atribuições específicas de cada profissional da ESF

Enfermeiro

I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;

II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

III - Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

IV - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

V - Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;

Unidade 1

VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VII - Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;

VIII - Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e

IX - Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Auxiliar e técnico em enfermagem

I - Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

II - Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e

III - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Médico

I - Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;

II - Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros);

III - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

IV - Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;

V - Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;

VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE) em conjunto com os outros membros da equipe; e

VII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Unidade 1

Agente Comunitário de Saúde

I - Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área. Os dados devem ser mantidos atualizados no sistema de informação da ABS vigente e utilizados de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas, epidemiológicas do território e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem o diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da ABS para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

2.3 Visitas do ACS e demais membros da equipe

As necessidades de visitas devem ser discutidas nas reuniões de equipe, utilizando-se do cadastro de famílias e usuários, dos dados dos sistemas de informação utilizados no município. A partir dos dados da demanda atendida pela equipe é possível planejar a adequação da agenda de visitas do ACS e dos demais profissionais das equipes de eSF/eAB/eSB às diferentes necessidades dos usuários. Devem ser utilizados critérios de risco e vulnerabilidade para esta programação, evitando que sejam visitadas sempre as mesmas pessoas e possibilitando que famílias com maior necessidade sejam vistas mais vezes.

Por exemplo, as visitas podem ser usadas para:

- Reforço de adesão a tratamentos ou acompanhamentos preventivos.
- Acompanhamento de sinais vitais e/ou realização de procedimentos em usuários selecionados.
- Orientação sobre consultas ou exames solicitados/realizados.
- Suporte a famílias em situações difíceis.
- Avaliação de fatores de contexto influenciando situações de saúde.
- Vinculação de pessoas que normalmente não frequentam a unidade (ex: pessoas com problemas com álcool e outras drogas); etc.

2.4 Atribuições específicas de cada profissional da equipes de Saúde Bucal

Cirurgião-Dentista

I - Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

II - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;

III - Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da ABS em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);

IV - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

V - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;

VI - Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);

VII - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VIII - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e

IX - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Técnico em Saúde Bucal (TSB)

I - Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II - Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

Unidade 1

- III - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- IV - Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;
- V - Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
- VI - Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;
- VII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
- VIII - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- IX - Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;
- X - Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;
- XI - Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;
- XII - Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;
- XIII - Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;
- XIV - Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- XV - Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;
- XVI - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- XVII - Processar filme radiográfico;
- XVIII - Selecionar moldeiras;
- XIX - Preparar modelos em gesso;
- XX- Manipular materiais de uso odontológico.
- XXI - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Unidade 1

Auxiliar em Saúde Bucal (ASB)

I - Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II - Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

III - Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas.

IV - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

V - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de ABS, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VI - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

VII - Processar filme radiográfico;

VIII - Selecionar moldeiras;

IX - Preparar modelos em gesso;

X - Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;

XI - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; e

XII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

SAIBA MAIS

Acesse a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, no anexo XXII e conheça nova Política Nacional de Atenção Básica: [Clique aqui](#)

Unidade 1

Na busca de uma atuação integrada e interdisciplinar, cada profissional deve melhorar e expandir continuamente suas habilidades para exercer seu potencial máximo de trabalho colaborativo com sua equipe. Pode-se ampliar o alcance do trabalho em saúde na ABS através de processos de transferência de saberes e habilidades e de divisão do trabalho dentro da própria equipe de Saúde da Família.

Trata-se de constituir equipes mais funcionais (Gérvas & Pérez Fernández, 2011), por meio, por exemplo, da transferência gradual de competências educativas, de comunicação e administrativas para os agentes de saúde e técnicos de enfermagem. Também com uma melhor divisão do trabalho clínico entre médicos e enfermeiros, respeitando os limites técnicos e legais de cada profissão. A seguir apresentamos alguns exemplos, que devem ser vistos como sugestões e avaliados sempre em função do contexto local de cada equipe:

Os ACS e o pessoal administrativo e de recepção podem ser capacitados para: orientar os usuários sobre o funcionamento da unidade e o acesso a outros serviços; organizar a demanda espontânea na unidade, inclusive direcionando para os profissionais ou setores adequados; realizar ações educativas em sala de espera, domicílios ou outros espaços comunitários; ajudar em tarefas de gerenciamento de cuidado e continuidade da atenção como a busca de usuários para retorno na unidade, contatos por telefone para estimular adesão, devolução de exames já avaliados pela equipe de saúde, etc.

Os auxiliares e técnicos de enfermagem podem manter uma agenda de visitas e consultas para seguimento de usuários em acompanhamento pela equipe de saúde, como parte dos planos terapêuticos de alguns usuários; realizar ações educativas e preventivas com maior conteúdo técnico, inclusive educação para realização de procedimentos (curativos; cuidados com acamados; cuidados com materiais e medicamentos); participar do primeiro atendimento da demanda espontânea, realizando identificação de motivos de procura, e coleta de sinais vitais e outras informações, de forma integrada à retaguarda do enfermeiro e/ou médico; etc.

Os enfermeiros devem buscar uma atuação clínica compatível com suas competências técnicas, que muitas vezes são subaproveitadas nas equipes, mantendo uma agenda aberta para todas as faixas etárias e integrada à agenda do médico, de forma a possibilitar ampla colaboração horizontal na atenção à demanda espontânea e programada, através de interconsultas, consultas conjuntas, intercâmbio de usuários entre os profissionais; além disso, podem se responsabilizar direta ou indiretamente por grande parte das visitas domiciliares, grupos operativos, atendimentos em grupo e ações em escolas.

Os médicos devem buscar uma maior integração com os enfermeiros, com ampla troca de saberes e acompanhamento dos usuários de forma complementar e não paralela; idealmente, os médicos deveriam atender cada vez mais doenças, queixas vagas e mal definidas e outras situações de difícil manejo, oferecendo retaguarda para a equipe na realização de ações mais rotineiras como acompanhamento de usuários com doenças crônicas, gestantes e crianças.

Unidade 1



Para que sugestões como estas sejam colocadas em prática é fundamental um acordo de toda a equipe. Abertura para a troca de saberes e habilidades e a disponibilidade de cada um para se desenvolver como trabalhador de saúde. Igualmente importante é o grau de organização local da atenção, com população definida e conhecimento mínimo sobre o perfil demográfico, epidemiológico e de utilização da unidade. Estes conhecimentos também podem ser utilizados para monitorar e adequar a divisão de trabalho na equipe e as ofertas da equipe para a população.

2.5 Integração da equipes de eSF/eAB/eSB com as equipes dos NASF-AB

A ABS no Brasil vem passando por algumas mudanças importantes no sentido da ampliação do conjunto de ações e serviços oferecidos. A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017) incorpora ao escopo da ABS, além das eSF, eAB e eSB, outras equipes para populações específicas, como Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF), Equipe de Consultório na Rua (eCR), Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP) e os Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).



Os NASF-AB são equipes multiprofissionais da ABS, formadas por profissionais com núcleos de competências diversas daqueles dos profissionais das equipes de eSF/eAB/eSB, que foram criados para ampliar a abrangência e a resolubilidade das ações da ABS.

A abrangência é uma das dimensões do conceito de integralidade e se refere ao conjunto de ações e serviços oferecidos na ABS (na unidade de saúde ou em outros espaços como domicílios, escolas e espaços comunitários). A abrangência está diretamente ligada ao conceito de resolubilidade, que se refere à capacidade da ABS de resolver a maior parte dos problemas que se apresenta para ela.

Os NASF-AB devem trabalhar de forma integrada às equipes de eSF/eAB/eSB, a partir de demandas e problemas clínicos e sanitários destas equipes, oferecendo suporte assistencial e técnico-pedagógico na forma de:

- Discussão de casos;
- Atendimentos conjuntos;
- Atendimentos específicos;
- Ações de educação permanente;
- Articulação de recursos do território ou de outros setores e;
- Entre outras atividades.

As ocupações que podem compor NASF-AB são: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Homeopata; Nutricionista; Pediatra; Psicólogo; Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Geriatra; Médico Internista (clínica médica); do Trabalho; Veterinário; Profissional com Formação em Arte e Educação - arte-educador; e Profissional Sanitarista - graduado na área de saúde, com pós-graduação em saúde pública ou coletiva, ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

Unidade 1

Apesar de fazer parte da ABS, os NASF-AB não são serviços com unidades físicas independentes, o acesso aos seus atendimentos deve ser regulado pelas equipes de eSF/eAB/eSB. Sua missão central é apoiar o fortalecimento das equipes de eSF/eAB/eSB para que estas possam lidar de maneira mais efetiva com os problemas de seus usuários.

As principais apostas dos NASF-AB são de que, ao agregar outros profissionais às equipes da ABS em posição de apoio:

(i) as equipes de eSF/eAB/eSB terão oportunidades de ampliar sua capacidade de resposta a problemas complexos, através da educação permanente, atendimentos conjuntos, discussão de casos e projetos terapêuticos multiprofissionais;

(ii) os usuários terão acesso a um maior espectro de recursos terapêuticos, representados tanto pelas ações específicas dos profissionais NASF-AB, quanto pelas parcerias facilitadas pelo NASF-AB com outros serviços e outros setores. A integração do NASF-AB com as equipes de eSF/eAB/eSB representa, ainda, uma oportunidade de reflexão sobre o processo de trabalho na ABS, através da prática regular de discussão de problemas e construção de respostas conjuntas entre as equipes.

Vamos ver como estas questões podem ser colocadas em prática?

NA PRÁTICA

Como exemplo, tomemos a discussão de uma eSF com o NASF-AB sobre suas dificuldades em lidar com pessoas com problemas com álcool e outras drogas, iniciada a partir da necessidade em se estabelecer um plano terapêutico conjunto entre as equipes para um adulto com problemas com álcool e difícil adesão a consultas agendadas. Podem ser construídas diversas atividades para abordar estas dificuldades, como espaços de formação para a eSF, grupos para usuários realizados em conjunto com profissional do NASF-AB, contato com serviços de referência como os CAPSad e contato com grupos dos Alcoólicos Anônimos na região. Também se pode aproveitar a ocasião para discutir melhorias no primeiro atendimento de pessoas com este tipo de problema, combinar maior agilidade nos encaminhamentos internos entre as equipes, definir responsabilidades por seguimento telefônico de usuários que faltam a atendimentos.

A equipe pode utilizar este caso ou problema para pensar, por exemplo, sobre a incorporação de técnicas de entrevista motivacional entre as habilidades dos profissionais, úteis também para tratar problemas como obesidade e adesão a doenças crônicas. Pode perceber que o número de atendimentos de usuários de álcool e outras drogas é menor que o que seria esperado e, a partir disso, repensar as formas de acesso para aumentar a utilização por adolescentes e adultos jovens e incluir pessoas com este tipo de problema entre as prioridades de identificação pelos ACS, como forma adicional de captação.

Unidade 1

Ou seja, a discussão de um problema clínico ou sanitário pode levar a melhorias na organização do processo de trabalho das equipes, muitas vezes com consequências positivas para além do caso inicial. Esta “função adicional” da equipe NASF-AB não deve ser confundida com o trabalho da gestão, pois não há ascendência do NASF-AB sobre as equipes apoiadas. Mas para que esta discussão do processo de trabalho da ABS entre equipes de eSF/eAB/eSB e NASF-AB possa ocorrer sem resistências das próprias equipes, deve preferencialmente partir de problemas clínicos e sanitários que incomodam e mobilizam as equipes apoiadas, aumentando assim as chances de envolvimento e evitando a confusão entre papéis de apoio e supervisão do trabalho.

2.5.1 Atribuições comuns a todos os profissionais NASF-AB

- a. Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na ABS à que estão vinculadas;
- b. 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;
- c. Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território.

Fonte: Brasil (2017)

SAIBA MAIS

O Núcleo Telessaúde SC oferta um minicurso específico sobre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF-AB. Confira os canais de comunicação para saber quando acontecerá a próxima turma.

3. Organização do acesso e gestão da Atenção

A gestão da demanda dos usuários é tarefa fundamental da ABS, embora muitas vezes seja interpretada pelas equipes de saúde e pelos gestores como uma interferência no trabalho cotidiano. Não é incomum ouvir queixas de profissionais que atuam na Saúde da Família sobre o excesso de assistência quando deveria ser feita apenas promoção de saúde e prevenção de doenças, ou sobre o excesso de pressão da demanda espontânea quando se deveria realizar apenas Atenção “de rotina” a alguns grupos prioritários. Não estamos nos referindo aqui a problemas de excesso de população por equipe, que sem dúvida dificultam o desenvolvimento de um trabalho ideal, mas à percepção geral de que a assistência, principalmente à demanda espontânea, seria um “desvio de rota” da Estratégia de Saúde da Família.

Unidade 1

Esta percepção é, em parte, herança de modelos de atenção à saúde anteriores ao SUS e à ESF, em que as ações de assistência à saúde eram ofertadas em hospitais e ambulatórios, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O Ministério da Saúde ficava responsável pelas ações programáticas e preventivas, como campanhas de vacinas, puericultura e pré-natal, prevenção do câncer de colo de útero e de mama e controle de hipertensão e diabetes. Além da separação entre ações de vigilância/prevenção e ações de tratamento, grande parte da assistência era focada em ações para grupos prioritários, que são mais ou menos os mesmos até hoje (crianças, gestantes, idosos, pessoas com hipertensão, diabetes, hanseníase e tuberculose).

Os primeiros programas de abrangência nacional que poderiam ser considerados de ABS, na década de 80 (antes do SUS), eram focados em populações específicas, como os programas de assistência integral à saúde da criança e da mulher. O próprio Programa de Saúde da Família, em seus primeiros anos, priorizou a atenção a seis grupos específicos, apesar de já trazer também uma ideia de ampliação da abrangência da ABS para atender à maior parte dos problemas da área de abrangência das equipes.

Com a criação do SUS e principalmente com a expansão da ABS no modelo de Saúde da Família, ambos fortemente sustentados pelo princípio da integralidade, estas dicotomias entre prevenção e assistência, ações programáticas e atenção à demanda espontânea têm dado lugar progressivamente a uma **orientação de sistema de saúde centrado nas necessidades das pessoas**. Independente da presença de algum “marcador de prioridade”, com o máximo possível de integração entre as distintas ações e serviços de saúde de forma a facilitar o acesso das pessoas aos recursos mais adequados, dentre aqueles disponíveis para prevenir ou resolver seus problemas de saúde. Hoje, pode-se dizer que esta dupla dicotomia – prevenção versus assistência e atenção programada versus demanda espontânea – é um dos dilemas centrais a serem superados na organização de uma ABS mais resolutiva.

Veja o que está escrito no primeiro parágrafo da nova Política Nacional de Atenção Básica, sobre os princípios e diretrizes da Atenção Básica (BRASIL, 2017):

*“A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde **individuais, familiares e coletivas** que envolvem **promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde**, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com **equipe multiprofissional** e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária” (BRASIL, 2017).*



Como se pode ver, a missão da ABS é exatamente integrar estas funções e atividades de forma a atender às diferentes necessidades de saúde das pessoas.

Mas como fazer isso? Como trabalhar com vigilância em saúde e atenção a urgências, procedimentos cirúrgicos e visitas domiciliares?

Já foi ressaltada a importância de um trabalho integrado em equipe para garantia de integralidade na atenção, ampliando a capacidade de atuação de cada profissional e a capacidade de resposta conjunta da equipe aos problemas de saúde. Para que este trabalho seja mais efetivo, é fundamental, além disso, o entendimento e acordo da equipe sobre a organização da interface entre equipe e usuários e sobre a disponibilidade de ações e serviços pela equipe.

3.1. Barreiras de acesso

O acesso das pessoas, em tempo oportuno, a ações e a serviços de saúde adequados as suas necessidades é condição limitante para uma atenção à saúde de qualidade, e é atributo central dos serviços e sistemas de ABS.

Acesso pode ser definido como o grau de ajuste/desajuste entre as pessoas e os serviços de saúde, ou como as características dos serviços de saúde que influenciam a capacidade das pessoas de utilizá-los (TRAVASSOS & MARTINS, 2004).

Ou seja, existem características da organização dos serviços que podem facilitar ou dificultar sua utilização, o que nos impõe a responsabilidade de entender estes fatores para organizar os serviços de forma a facilitar sua utilização adequada e acesso oportuno às ações disponíveis. A Unidade Básica de Saúde, como referência das ações de ABS nos territórios, deve ser o primeiro contato das pessoas com a rede de serviços de saúde e o local de utilização mais frequente pela população. Mas, muitas vezes os serviços podem impor barreiras de acesso aos usuários, dificultando a utilização, limitando o acesso oportuno das pessoas às ações disponíveis e impedindo os efeitos esperados na saúde das pessoas.

As principais barreiras de acesso podem ser classificadas em geográficas – distância entre a unidade e a residência, existência de transporte – e organizacionais – horários da unidade, tipo de profissional disponível, forma de marcação de consultas, humanização ou burocracia na relação com o usuário, tempos de espera, entre outros.

Algumas situações comuns que podem dificultar o acesso da população são:

- Burocratização do contato entre população e equipe de saúde;
- “Gargalos” no agendamento de consultas, gerando filas e listas de espera;
- Ênfase excessiva em ações programáticas, gerando discriminação positiva para alguns grupos e dificultando o acesso de outros;
- Baixa disponibilidade de consultas para a demanda espontânea;
- Pouca integração entre os profissionais da equipe, gerando repetição e desperdício de consultas;
- Subutilização das competências de cada profissional;
- Excesso de retornos induzido pelo profissional;
- Má comunicação com a população sobre a organização da unidade;
- Entre outros.

Unidade 1

Podemos ver que apesar de ainda estarmos longe de uma proporção ideal entre população e equipe na maior parte dos lugares, e de reconhecer que muitas vezes as equipes de ABS são pressionadas a resolver problemas que ultrapassam suas possibilidades, é possível realizar mudanças que facilitem o contato da população com o serviço e melhorem a satisfação dos usuários e, em última instância, da própria equipe com seu trabalho.



A demanda não desaparece quando “fechamos” a unidade para ela; pelo contrário, a população tende a pressionar para obter o que necessita, gerando atritos entre equipe e população, e ao mesmo tempo tem dificuldades de se vincular à equipe, gerando falta e má adesão. Desse modo, organizar a atenção com maior abertura à demanda espontânea pode gerar um excesso de utilização nas primeiras semanas, mas este tende a se estabilizar ao longo do tempo, à medida que as pessoas percebem que são atendidas se precisam e que podem confiar na equipe não apenas para a vigilância de problemas crônicos ou orientações preventivas, mas também para problemas agudos e preocupações comuns. Com o conhecimento da população pela equipe e a oportunidade de múltiplos contatos ao longo do tempo, as consultas tendem a ser mais breves e centradas em poucos problemas. Consultas mais prolongadas ou procedimentos podem ser autorreferenciados pelo próprio profissional para espaços específicos em sua agenda. Organizar a atenção à demanda não é uma forma de reprimi-la, mas sim de coordená-la.

3.2. Organização das agendas de consultas e demais ofertas assistenciais

Os primeiros horários da manhã e da tarde podem ser reservados para atender a demanda do dia, oferecendo a possibilidade de contato com a equipe de saúde todos os dias. Nestes horários, devem ser atendidas situações urgentes e também não urgentes, como demandas de continuidade da atenção (receitas, exames), pessoas que só podem consultar neste dia, pessoas com dificuldades de adesão, pessoas que nunca vieram à unidade, problemas que geram preocupação importante entre outras situações específicas. A regra seria evitar adiar aquilo que pode ser resolvido na hora. Alternativamente, podem-se intercalar consultas agendadas com consultas do dia. Cada equipe pode ter que testar várias formas até encontrar o melhor funcionamento, sempre com acordo entre seus membros e comunicação clara com a população sobre cada mudança.

A segunda metade de cada turno (ou a metade dos horários, no caso de agenda com alternância entre consultas do dia e programadas) pode ser reservada para consultas previamente agendadas, procedimentos, visitas, reuniões de equipe, ações compartilhadas com o NASF-AB, elaboração de relatórios, contatos telefônicos com usuários. O agendamento deveria ser feito durante toda a semana, evitando filas em dias específicos.

O médico e o enfermeiro da equipe devem trabalhar de maneira integrada na atenção às demandas programada e espontânea, trocando usuários, auto encaminhando para consultas estendidas. Idealmente, um dos dois profissionais deve estar disponível para consultas na maior parte do tempo de funcionamento da unidade, oferecendo retaguarda para o pessoal de recepção ou técnicos de enfermagem.

Unidade 1

Os técnicos devem ser dispensados de atividades burocráticas, como a triagem de sinais vitais de todos os usuários, e ser capacitados para realizar funções complementares ao atendimento dos médicos e enfermeiros. Podem fazer a primeira avaliação dos usuários, com direcionamento adequado para as agendas quando necessário, procedimentos agendados sobre supervisão do enfermeiro, tarefas de seguimento e organização da atenção, como acompanhamento de sinais vitais, de adesão ou problemas com medicamentos, contatos telefônicos, devolução de exames já avaliados com orientações, entre outras. Desse modo, a equipe trabalha de maneira integrada e centrada nos usuários.

Características de uma boa agenda:

- Número de consultas disponível compatível com a demanda.
- Não separar períodos da agenda para programas específicos.
- Adaptar constantemente a agenda às variações na demanda.
- Reservar espaços para recuperação de atrasos nos atendimentos.
- Agenda complementar entre médico e enfermeiro (com utilização de interconsultas e encaminhamentos horizontais).
- Individualizar o tempo de consulta (maioria de consultas rápidas, com espaço para algumas consultas mais demoradas, programadas ou autoencaminhadas).
- Evitar excesso de consultas e retornos gerados pelo próprio profissional.

Adaptado de: Gusso & Poli Neto (2012).

É importante reservar alguns minutos da agenda de cada profissional para contatos telefônicos, úteis e efetivos principalmente para garantia de continuidade da atenção. Nesse sentido, os contatos podem servir para: monitorar o uso de medicamentos ou a evolução de sintomas; reforçar a importância da adesão a determinados procedimentos; comunicar sobre novas ofertas de promoção da saúde das equipes de eSF/eAB/eSB; obter informações de usuários ou seus familiares sobre pessoas internadas; avisar sobre exames marcados ou resultados de exames avaliados; entre outras funções. Além de ajudar a diminuir custos e tempo, pode ajudar a reduzir faltas e melhorar a adesão a atividades. A equipe deve manter um livro de recados e registros.

A principal limitação que deve ser observada na realização de consultas por telefone são a ausência da comunicação não verbal e a impossibilidade de se examinar a pessoa. Nesse sentido, um dos objetivos principais de um contato telefônico é definir se a pessoa precisa ser examinada ou vista pessoalmente. Deve-se, sempre que possível, falar com a própria pessoa que busca atenção, e não apenas com familiares.

O conhecimento prévio do usuário é a melhor forma de se evitar erros e avaliar a confiabilidade das informações. Na dúvida ou na ausência de informações confiáveis, não se deve aconselhar. Sempre que for dada alguma orientação, deve-se garantir que a pessoa entendeu, pedindo que repita com suas palavras, e estabelecer um plano de seguimento, para o caso de dúvidas ou de uma evolução diferente do previsto. Muitas vezes é necessário um contato adicional no dia seguinte, por exemplo. Toda consulta por telefone deve ser detalhadamente registrada no prontuário da pessoa.

Unidade 1

Exemplo de agenda do médico e do enfermeiro de uma equipe de SF considerando apenas a atividade 'consulta'

Médico	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
8h-10h*	Consultas do dia**	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia
10h-10h20	Telefone, receitas, relatórios, atividades não assistenciais				
10h20-12h	Consultas agendadas***	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Consultas agendadas
13h-15h	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia
15h-15h20	Telefone, receitas, relatórios, atividades não assistenciais				
15h20-17h	Consultas agendadas***	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Consultas agendadas

Enfermeiro	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
8h-10h*	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia
10h-10h20	Telefone, receitas, relatórios, atividades não assistenciais				
10h20-12h	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Reunião de equipe	Consultas agendadas
13h-15h	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia
15h-15h20	Telefone, receitas, relatórios, atividades não assistenciais				
15h20-17h	Consultas agendadas	Grupo educativo	Consultas agendadas	Visita domiciliar	Consultas agendadas

Fonte: Adaptado de Gusso & Poli Neto (2012).

***Os horários e a distribuição das atividades** nos turnos e dias são ilustrativos, devendo ser adaptados à realidade de cada equipe. Lembrando que uma parte do turno pode ser reservada para procedimentos, visitas, reuniões de equipe, ações compartilhadas com o NASF-AB, elaboração de relatórios, contatos telefônicos com usuários, entre outros.

****Consultas do dia** (exemplos) - Pessoas que se sentem mal, que estão ansiosas com algum sintoma ou problema ou precisam falar com o médico/enfermeiro; oportunidades de vinculação, como pessoas que nunca consultaram, com problemas de adesão ou dificuldade de vir à unidade.

Erros comuns: considerar como consultas do dia apenas as urgências médicas; definir critérios rígidos para inclusão na agenda.

Unidade 1

*****Consultas agendadas** (exemplos) – Pessoas que preferem agendar, retornos para reavaliação, auto encaminhamento para consulta estendida, problemas de saúde mental que exigem atenção especial, pequenos procedimentos cirúrgicos.

Erros comuns: considerar como consultas agendadas apenas as “programáticas” (hipertensos, gestantes, puericultura, etc.); separar os horários por faixa etária ou tipo de problema.

Algumas situações comuns, com procedimentos relativamente estruturados de atenção, podem ser abordadas em grupos, recurso muitas vezes utilizado para lidar com a demanda. Os grupos podem ser úteis como oferta complementar aos atendimentos individuais, e devem ser organizados de acordo com o perfil de demanda e problemas de cada eSF/eAB.

Os grupos mais comumente realizados na atenção primária são aqueles voltados para educação em saúde ou apoio no autocuidado para usuários homogêneos, seja por compartilhar faixa etária ou fase do ciclo vital – grupos de gestantes, de idosos etc. -, seja por compartilharem problemas semelhantes - grupos de diabéticos, de asmáticos, de cuidadores familiares etc. Por serem mais centrados nas características da situação em comum do que no processo grupal como veículo terapêutico, não exigem necessariamente da equipe uma capacitação consistente em trabalhos com grupos (CASANOVA, OSÓRIO & DIAS, 2012).

SAIBA MAIS

Para entender um pouco sobre as potencialidades dos trabalhos com grupos e conhecer as principais abordagens e técnicas utilizadas, leia:
OSÓRIO LC. Grupos: abordagens atuais. Porto Alegre: Artmed, 2007.

Sempre deve haver planejamento e discussão sobre a necessidade do grupo, motivação para criá-lo e para participar dele, público-alvo, resultados esperados e abordagens ou técnicas utilizadas na condução. A equipe deve definir o responsável ou os responsáveis pelo grupo, que devem estudar os temas e planejar a condução de cada encontro. De um modo geral, grupos educativos podem ser realizados por agentes de saúde e técnicos de nível médio, inclusive atividades coletivas como escovação bucal supervisionada em escolas. Grupos terapêuticos, em geral, devem ser realizados por médico, enfermeiro ou dentista, como os grupos de tratamento de fumantes com técnica cognitivo-comportamental e os grupos de resolução de problemas para pessoas ansiosas e deprimidas.



Grupos baseados em problemas reais vivenciados pelos usuários e com espaço para reflexão conjunta e troca de experiências são preferíveis a grupos do tipo “palestra”, em que um profissional de saúde discorre sobre um tema previamente definido. Podem ser criados grupos em torno de tarefas específicas de autocuidado, como: adesão a uso de medicamentos; apoio no automonitoramento de glicemia; abandono do tabagismo; aumento da prática de atividades físicas; adaptação a mudanças corporais da

Unidade 1

gestação; adaptação a crises vitais; adaptação a sintomas somáticos crônicos etc. Os participantes devem ser estimulados a interagir e trocar soluções, em vez de centralizar perguntas no profissional de saúde como um “especialista”. É fundamental respeitar o senso comum, as crenças e medos relacionados às doenças e outras situações de vida, e buscar um entendimento mútuo entre os membros do grupo e o profissional de saúde sobre os temas discutidos. Recomenda-se o uso de técnicas que favoreçam o diálogo e a problematização, em que perguntas são respondidas com novas perguntas, gerando reflexão e construção conjunta das respostas (CASANOVA, OSÓRIO & DIAS, 2012).



Ao conduzir discussões em grupo sobre temas de saúde, deve-se tomar cuidado especial para evitar abordagens moralizantes, culpabilizantes ou depreciativas das competências dos usuários. Alguns exemplos destas abordagens são: a associação de doenças sexualmente transmissíveis com comportamentos reprováveis ou desviantes; o uso de imagens escatológicas de doenças com o objetivo de amedrontar os usuários; a associação de má adesão com falta de responsabilidade ou preguiça; a abordagem de gravidez na adolescência como um problema a ser combatido e eliminado; grupos para ensinar os pais a alimentarem seus filhos; etc.

4. Reuniões, educação permanente e atividades não assistenciais.

As reuniões de equipe podem ser um recurso importante de organização da atenção e do trabalho em equipe, quando bem aproveitadas. Também podem ser um espaço burocrático e de pouca utilidade. Alguns pré-requisitos para a realização de boas reuniões são:

- Apoio à realização da reunião pela gestão local e/ou municipal (por exemplo, organizando a atenção à demanda e a comunicação com a população durante sua realização).
- Propósito e objetivo claros e acordados entre os participantes.
- Liderança e condução adequadas, promovendo participação de todos e apoiando a elaboração de questões e propostas.
- Síntese, registro e seguimento das decisões (evitar confusão sobre o que foi decidido e sensação de que após a reunião nada se modifica).



Preferencialmente, as reuniões devem ser encontros frequentes, breves, com pauta e registro das principais decisões, abordando temas clínicos, sanitários e administrativos, e com propósitos de avaliação do trabalho, planejamento de ações e fortalecimento da equipe. Por exemplo, pode-se dividir uma reunião semanal de duas horas em três partes de 40 minutos.

Unidade 1

A **primeira parte** seria utilizada para discussão de alguns casos de usuários ou famílias, escolhidos por serem difíceis, complexos, exigirem atendimento por vários profissionais ou por “mobilizarem” um ou mais membros da equipe. A discussão deve ser organizada, com registro de problemas, dificuldades encontradas pela equipe, novos encaminhamentos ou intervenções, responsáveis, resultados esperados e formas de seguimento do caso. Se necessário, pode ser planejada a ativação de alguns profissionais do NASF-AB ou um contato com o CRAS para apoiar ações específicas, bem como uma discussão posterior sobre um aspecto do problema que parece ser de difícil entendimento ou manejo para um ou mais membros da equipe. Assim, uma discussão de caso se desdobra em construção e seguimento de **projetos terapêuticos**, planejamento da ativação de parcerias, apoio mútuo entre os membros da equipe e identificação de temas para futuras ações de educação permanente.

Na **segunda parte** da reunião, pode ser analisado o perfil dos atendimentos realizados pela equipe no último mês ou última semana, para verificação de problemas de demanda reprimida, pressão assistencial, oferta insuficiente. Esta verificação pode constatar um alto número de faltas em consultas de retorno marcadas pelo médico com muita antecedência e excesso de consultas de demanda espontânea de grupos com situações crônicas, como diabéticos e gestantes. A equipe pode então pensar em ações como: deixar a marcação de retornos de diabéticos e gestantes, por exemplo, ser realizada pelo usuário e associada a algum marco, como a realização de um exame de controle; confirmar a consulta na véspera e/ou realizar busca ativa em caso de falta para usuários selecionados, por exemplo, gestantes de alto risco, diabéticos descompensados, pessoas deprimidas (estas ações podem ser feitas por telefone, quando este recurso estiver disponível, ou por visita do ACS). Neste exemplo, a análise dos atendimentos de uma semana típica levou a mudanças na organização da agenda de retornos do médico e à instituição de ações de **gerenciamento de casos**, como o reforço à adesão, a busca de faltosos e a utilização de ajudas de memória para os retornos, estratégias importantes na garantia de continuidade da atenção.

Na **terceira parte** da reunião pode ser apresentado e discutido um tema previamente elaborado por um dos membros da equipe e definido a partir de falhas ou insuficiências percebidas na atenção a algum problema específico, por exemplo: avaliação de gravidade em bebês muito pequenos, identificação de casos de sofrimento psíquico que devem ser encaminhados para consulta médica, aconselhamento breve para pessoas que querem parar de beber etc. Neste caso, a equipe definiu, após a discussão do tema, que faria uma verificação em algum tempo para avaliar se a discussão ajudou em alguma situação real de atendimento (esta “verificação” foi registrada na hora como tema para a reunião da equipe de quatro semanas depois). Esta é uma forma de **educação da equipe** que exemplifica princípios importantes que parecem estar associados a maior efetividade de estratégias de desenvolvimento profissional continuado (GRANT, 1999):

- A demanda pela discussão do tema surge de um problema real e cotidiano, ou de uma necessidade percebida pela equipe.
- A atividade educativa é claramente vinculada à abordagem desta necessidade.
- A equipe combina uma forma de seguimento e verificação da incorporação da atividade educativa à prática.

Unidade 1

Aqui cabe uma diferenciação entre os conceitos de educação continuada e educação permanente, vejamos:

A **educação continuada** é a forma mais usual de desenvolvimento de profissionais de saúde já formados e pode ser definida como o conjunto das atividades desenvolvidas por um profissional já formado e qualificado para renovar, incrementar e atualizar suas capacidades profissionais (Gomes, 2012). É um processo contínuo, essencial e que deve fazer parte da prática de todos os profissionais de saúde, mas muitas vezes acaba reduzida a um misto de participação em palestras e congressos - normalmente por iniciativa do profissional, de acordo com seus interesses pessoais - e participação em cursos e “capacitações” – normalmente por iniciativa da gestão e com temas pré-definidos. Estudos que avaliaram o impacto desta educação continuada “tradicional” na prática de médicos, por exemplo, demonstraram pouco impacto na prática profissional cotidiana (DAVIS, THOMSON, OXMAN & HAYNES, 1995).

Já a **educação permanente**, estratégia preferencial e adotada como modelo na Política Nacional de ABS, além da sua dimensão pedagógica, é também uma importante “estratégia de gestão”, com maior potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços. Deve partir da análise coletiva dos processos de trabalho e identificação de nós críticos a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias mais contextualizadas e inovadoras. É central que cada equipe e unidade de saúde desenvolva ações de educação permanente, e que equipes e gestão busquem, em conjunto, sintonizar e mediar as ofertas de educação permanente pré-formatadas (cursos, por exemplo) com o momento e contexto das equipes, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade (BRASIL, 2011).

Por fim, é importante não se esquecer de reservar tempo nas agendas dos profissionais para a realização das **atividades não diretamente assistenciais**, como elaboração de receitas, documentos médicos e relatórios de ações programáticas; pedidos de materiais e medicamentos; revisão de casos clínicos difíceis e atividades docente-assistenciais; preparação de visitas, grupos e das reuniões de equipe, entre outras. Estas atividades poderiam ocupar algo como 20% do tempo semanal, incluindo a realização das reuniões de equipe para planejamento e educação permanente. Uma adequada organização das agendas de forma a conciliar atividades assistenciais (individuais, coletivas e comunitárias) e não assistenciais parece estar associada à maior satisfação dos profissionais e menor incidência de esgotamento profissional (SEMFyC, 2006).

CONCLUSÃO

Muito bem, chegamos ao fim desta primeira unidade, que tratou do processo de trabalho na ABS com foco na organização da atenção em uma unidade de saúde. Você estudou aqui o conjunto das atividades de atenção em saúde de uma unidade básica, incluindo algumas não diretamente assistenciais, como reuniões e educação permanente das equipes. Discutimos a gestão do acesso, a organização das agendas, a integração do trabalho da eSF/eAB e a coordenação entre a eSF/eAB e outras equipes e serviços.

Esperamos que após este estudo você se sinta mais preparado para organizar seu próprio processo de trabalho, integrado a uma equipe, com base nas necessidades dos usuários, de forma a oferecer acesso com equidade ao longo do tempo para a maior gama possível de problemas da população sob sua responsabilidade.

As principais atribuições dos profissionais dos NASF-AB e estratégias gerais de integração com as eSF/eAB/eSB que foram abordadas nesta Unidade serão aprofundadas na Unidade 2. Continue seus estudos!

Para aprofundar seus conhecimentos sobre alguns aspectos trabalhados nesta unidade, principalmente

SUGESTÃO DE LEITURA

sobre a organização do trabalho na Unidade Básica de Saúde, recomendamos a leitura do relatório de uma pesquisa promovida pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade em 2011, realizada por dois médicos de família espanhóis, sobre os erros e acertos da Estratégia de Saúde da Família. Os dois pesquisadores visitaram dezenas de unidades de saúde e conversaram com profissionais de todo o Brasil, e o resultado está disponível gratuitamente *on-line* em uma versão completa e uma resumida.

Gérvas J, Perez Fernandez M. **Como construir uma atenção primária forte no Brasil:** resumo técnico para políticos, gestores e profissionais de saúde com responsabilidades em organização e docência. SBMFC, 2011. Acesso em: 07/10/2015, disponível em: <http://migre.me/rTX4g>

