

# 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; Pediatria; Psicólogo; Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Geriatria; 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.

Gérvias 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>



# Unidade 2

**Mecanismos de integração de serviços e coordenação da atenção**

# Mecanismos de integração de serviços e coordenação da atenção

---

## OBJETIVO DA APRENDIZAGEM

*Ao final desta unidade, você será capaz de organizar o processo de trabalho dos profissionais de sua unidade básica de saúde de forma compartilhada e colaborativa com outras equipes da ABS (como os NASF-AB) e outros serviços da rede de atenção à saúde. Também saberá como fazer parcerias com outros setores (como educação e assistência social) e recursos comunitários, de forma a ampliar a abrangência ou integralidade das ações de saúde, mantendo e fortalecendo a coordenação da atenção pela ABS.*

## 1. Introdução

Esta unidade discute o papel de **coordenação da atenção** pelas eSF/eAB, que pode ser traduzido como a manutenção do acompanhamento das pessoas de sua área mesmo quando estas precisam utilizar outros serviços e recursos, além do esforço constante para que todas as ações sejam integradas e façam sentido para as pessoas atendidas. Apesar de ser resolutiva para uma ampla gama de problemas, a ESF não pode resolver sozinha todos os problemas das pessoas; por isso, é muito importante saber trabalhar em conjunto com outros serviços, sejam da saúde ou de outros setores. Apresentaremos também o conceito de redes de atenção, com destaque para o papel de coordenação da ABS.

Serão apresentados alguns parceiros importantes das eSF/eAB e discutidos os principais mecanismos de **integração** de equipes e serviços, com destaque para o trabalho conjunto com os NASF-AB. Apresentaremos as principais atividades que eSF/eAB e NASF-AB podem desenvolver em conjunto, como discussões de casos, interconsultas e atendimentos compartilhados, usando alguns exemplos práticos. A articulação com outros serviços e com órgãos de outros setores, como as escolas e os Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), será apresentada em linhas gerais, e você receberá referências para estudo complementar nestas áreas.

## 2. Mecanismos de coordenação da atenção e integração de serviços

No setor saúde, **coordenação** da atenção pode ser definida, de maneira geral, como a articulação entre os diversos serviços e ações, de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, esses serviços estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum. Já a **integração** é definida por alguns autores como um nível mais elevado no contínuo da coordenação, ou como o resultado de uma coordenação ótima. Coordenação e integração assistencial são experimentadas pelos usuários como **continuidade** entre as diversas ações de saúde.

A imagem ideal derivada destes conceitos é a de um “sistema de saúde sem muros” (HARTZ et al, 2004),

## Unidade 2

ligado por corredores virtuais que facilitariam o trânsito dos usuários pelos diversos pontos de atenção no percurso de resolução de um determinado problema de saúde, removendo as barreiras de acesso causadas pela fragmentação e pela burocracia. Nesta seção, apresentaremos de forma introdutória estes conceitos, exemplificando alguns mecanismos que podem ser utilizados pelas eSF/eAB para promover coordenação, integração e continuidade assistencial.

### 2.1. Fragmentação da atenção e organização em redes

A **fragmentação** dos serviços de saúde, que pode ser entendida como a coexistência de muitas unidades ou entidades não integradas na rede de serviços, é uma causa importante de baixo desempenho dos serviços e do sistema de saúde. Leva à falta de acesso aos serviços, perda de continuidade dos processos assistenciais e falta de conformidade entre os serviços e as necessidades e expectativas dos usuários (OPS, 2008).

Na ABS, a fragmentação pode se manifestar como baixa capacidade resolutiva, “captura” de usuários pelos especialistas (não voltam depois das interconsultas) e uso excessivo de serviços de urgência como forma de “atenção especializada”.

Mudanças na **demanda** por serviços de saúde também têm impulsionado tentativas de construção de sistemas mais integrados. Em especial, o aumento das doenças crônicas e o envelhecimento da população - muitas vezes em coexistência com problemas associados à pobreza e a causas externas, como é o caso do perfil epidemiológico brasileiro – levam a uma necessidade de maior integração entre ABS e outros serviços e especialidades.

Os usuários experimentam a fragmentação como aumento de tempo de espera, demanda reprimida, encaminhamentos tardios, necessidade de visitas a vários serviços para resolver um único episódio de doença, perda de informação clínica entre as consultas, indicação de intervenções duplicadas ou desnecessárias.

Por outro lado, a **integração** de serviços de saúde pode ser conceituada como “a gestão e entrega de serviços de saúde de forma que pessoas recebam de forma contínua serviços preventivos e curativos, de acordo com suas necessidades ao longo do tempo e através dos diferentes níveis do sistema de saúde” (OPS, 2008).

A integração dos serviços de saúde em redes de atenção tem como finalidade central garantir maiores **continuidade** assistencial, **coordenação** do cuidado e **integração** entre pontos de atenção. Do ponto de vista do usuário, a organização em **redes de atenção** facilita acesso oportuno a serviços de ABS, melhora acesso a outros níveis quando necessário, evita duplicidade ou repetição desnecessária de histórias clínicas, exames e trâmites burocráticos e facilita a implantação de estratégias de autocuidado e seguimento de doenças crônicas.

Vale destacar que para uma adequada organização em rede é preciso haver, entre outros elementos: **um primeiro nível** de atuação que seja de fato porta de entrada preferencial do sistema, que integre e coordene a atenção e que resolva a maioria das necessidades de saúde da população; mecanismos de

## Unidade 2

**coordenação assistencial** ao longo de todo o contínuo de serviços; e um cuidado em saúde baseado na pessoa, na família e no território, sem excesso de oferta de programas verticais, que podem gerar mais fragmentação.

**Quadro:** Funções da ABS no funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS)

### I - Ser base:

Ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;

### II - Ser resolutive:

Identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica capaz de construir vínculos positivos e intervenções efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

### III - Coordenar o cuidado:

Elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos e articulando outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais;

### IV - Ordenar as redes:

Reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

Fonte: BRASIL, 2018.

## 2.2. Mecanismos de integração assistencial

Na unidade anterior, discutimos sobre o trabalho em equipe, destacando aspectos importantes da organização dos serviços que podem facilitar esta integração entre os profissionais, como as reuniões, a definição de atribuições, a educação permanente, as intervenções conjuntas. Estas estratégias são importantes para integrar os profissionais de uma equipe, mas quando se trata de integrar **equipes e serviços distintos**, é preciso desenvolver outras formas de coordenação, que facilitem o percurso dos usuários entre os serviços de uma rede e coordenação de ações no cuidado das pessoas.

## Unidade 2

Alguns **mecanismos de integração de serviços** parecem ser efetivos em garantir continuidade e coordenação entre as ações de uma rede assistencial (GIBODY et al, 2003; SMITH et al, 2007; FULLER et al, 2011, ALMEIDA et al, 2010):

- Planejamento e realização de **atividades colaborativas diretas** entre profissionais de equipes diferentes, como interconsultas, discussões de casos e atendimentos conjuntos, estratégias muito utilizadas pelas equipes de apoio matricial como os NASF-AB.

- Estratégias de **gerenciamento de casos e gestão da atenção** no seguimento de pessoas com problemas que exigem múltiplas intervenções, seja entre profissionais de uma mesma equipe ou entre equipes de serviços distintos, com ou sem a introdução de profissionais de ligação para integração das ações e reforço à adesão.

- Implantação de sistemas de garantia de **continuidade informacional e fortalecimento da comunicação entre profissionais**, com destaque para os prontuários eletrônicos unificados entre unidades de ABS e especializadas.

- Implantação de sistemas de **marcação e regulação de consultas especializadas** a partir dos centros de saúde, como por exemplo, o **SISREG** do Ministério da Saúde, que podem permitir a gestão de filas de espera pelos gestores ou pelas próprias eSF/eAB.

- Definição de **protocolos, critérios de acesso, fluxos de atenção**, com divisão de trabalho e normatização do percurso dos usuários pela rede de atenção, muitas vezes envolvendo contratos entre os serviços e definição de referências territoriais para determinadas ações (como na integração vertical entre centros de saúde e maternidades ou hospitais de referência regional).

O SISREG (Sistema de Regulação) é um aplicativo oferecido pelo DATASUS do Ministério da Saúde para os municípios, tendo utilidade tanto como ferramenta de marcação de consultas, exames e procedimentos quanto de regulação das listas de espera.

Alinhada a estas recomendações de estudos científicos, a Política Nacional de ABS (BRASIL, 2017) recomenda que as equipes de ABS incorporem ferramentas e dispositivos de **gestão do cuidado**, como:

- a. Ordenar o fluxo das pessoas nos demais pontos de atenção da RAS;
- b. Gerir a referência e contrarreferência em outros pontos de atenção; e
- c. Estabelecer relação com os especialistas que cuidam das pessoas do território.

A seguir, apresentaremos algumas possibilidades de utilização destes mecanismos de integração pelas equipes de saúde da família, com destaque para a integração com os NASF-AB, a regulação do acesso à atenção especializada e a articulação intersetorial.

### 3. Estratégias de integração da ABS nas redes de atenção

No Brasil, o Ministério da Saúde tem estimulado nos últimos anos, como principal estratégia de organização da atenção em saúde, a construção de redes integradas de atenção, com base territorial e ordenadas pela ABS. Porém, para que a ABS desempenhe de fato seu papel de coordenação das redes de atenção, é preciso facilitar o acesso e ampliar a abrangência no primeiro nível de atenção – através da diversificação de ações das próprias eSF/eAB e da integração com novas equipes da ABS, como os NASF-AB – e, ao mesmo tempo, regular o acesso à atenção especializada, promovendo um uso mais adequado dos recursos disponíveis e evitando intervenções desnecessárias e potencialmente danosas. Esta seção abordará de forma introdutória as noções de integração horizontal (entre equipes da própria ABS), integração intersetorial e regulação de acesso à atenção especializada a partir da ABS.

#### 3.1. Ampliando a abrangência da ABS

Nos últimos anos, a ABS tem buscado ampliar não apenas sua **cobertura assistencial**, através do credenciamento contínuo de novas eSF/eAB/eSB, mas também a **abrangência** e a **resolubilidade** de suas ações. Para isso, outras equipes, programas e ações têm sido incorporadas ao âmbito da ABS, sempre de forma articulada ao trabalho das eSF/eAB/eSB e visando melhorar a qualidade das ações:

- As equipes de Consultório na Rua (eCR), voltados para o atendimento de pessoa em situação de vulnerabilidade social extrema (pessoas em situação de rua).
- As equipes de Atenção Domiciliar (eAD), voltadas para o suporte a pessoas acamadas, com dificuldade de locomoção ou restritas ao domicílio com vistas a reduzir a demanda por atendimento hospitalar e/ou a redução do período de internação.
- As Academias da Saúde, espaços públicos supervisionados por profissional de saúde ligadas ao NASF-AB e/ou às eSF/eAB, voltadas para a promoção de hábitos saudáveis, principalmente atividade física.
- O Programa Saúde na Escola (PSE), voltado para a articulação intersetorial entre equipes da ABS e escolas e creches de seu território.
- O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), que vincula repasse adicional de recursos para a ABS à avaliação de desempenho e cumprimento de metas pactuadas entre equipes e gestores.
- E os **Núcleos Ampliados à Saúde da Família (NASF-AB)**, estratégia abrangente de fortalecimento da clínica das equipes de SF/SB e da capacidade resolutiva da ABS em geral, sobre os quais falaremos um pouco mais na próxima seção.

### SAIBA MAIS

Na página eletrônica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, você pode explorar as ações do Ministério da Saúde para o fortalecimento da ABS, entender o papel da ABS nas Redes de Atenção à Saúde, conhecer as redes temáticas prioritárias para o Ministério da Saúde e ter acesso a uma série de materiais de estudo complementar, como os Cadernos de Atenção Básica.

[Clique aqui](#)

Leia também o livro “Redes de Atenção à Saúde”, de Eugênio Vilaça Mendes para saber mais sobre os modelos de redes de atenção à saúde no Brasil e em outros países:

[Clique aqui](#)

### 3.2. Apoio matricial e integração com os NASF-AB

Os NASF-AB são equipes multiprofissionais responsáveis por oferecer apoio a um conjunto de eSF/eAB em áreas de saber complementares àquelas dos profissionais que compõem estas equipes. Foram criados para fortalecer os atributos de **resolubilidade, integralidade e coordenação** da ABS, além de apoiar a integração das equipes da ABS em redes de atenção à saúde. As eSF/eAB e dos NASF-AB devem trabalhar de forma conjunta, de acordo com o referencial teórico e metodológico do **apoio matricial**, em que equipes de apoio (NASF-AB) oferecem suporte e retaguarda clínico-assistencial e técnico-pedagógica a equipes de referência responsáveis por uma população (eSF/eAB).

O **suporte clínico** assistencial pode ser oferecido na forma de:

- Atendimentos específicos do profissional NASF-AB, na unidade de saúde ou no domicílio, para casos que ultrapassam a capacidade da eSF/eAB mesmo com o apoio na forma de discussão sobre o caso.
- Grupos temáticos conduzidos por profissionais NASF-AB, com critérios de acesso pactuados entre eSF/eAB e NASF-AB.
- Intervenções coletivas combinadas a partir de necessidades das eSF/eAB, como ações nas escolas e reuniões com a comunidade.

O **suporte técnico pedagógico** pode ser oferecido na forma de:

- Discussão de casos difíceis, com construção de planos terapêuticos compartilhados entre profissionais da eSF/eAB e do NASF-AB.
- Discussão de temas em que a eSF/eAB tem dificuldades, podendo ser organizados seminários breves nas próprias reuniões entre as eSF/eAB e dos NASF-AB, com temas pré-selecionados por estas.
- Atendimentos compartilhados, como as consultas e visitas conjuntas e os grupos conduzidos em parceria, que têm ao mesmo tempo caráter assistencial e de educação permanente (pelo tempo que consomem, devem ser reservados para casos complexos).

## Unidade 2



Ao longo da vida ou de um episódio de doença, uma pessoa pode precisar da intervenção de diversos serviços, que podem inclusive assumir a totalidade das ações de cuidado em determinados momentos, como durante uma internação hospitalar. Porém, a eSF/eAB deve sempre manter pelo menos um seguimento complementar, que pode se dar na forma de: apoio à pessoa e sua família na compreensão de recomendações e na tomada de decisões sobre intervenções; facilitação da comunicação entre equipes e serviços, evitando ações redundantes ou desnecessárias; ou mesmo mantendo contato periódico com a pessoa para detecção precoce de riscos e/ou de oportunidades de apoio. É isso que está expresso na afirmação de que uma pessoa só tem “alta” de sua eSF/eAB por morte ou mudança de endereço.

- Os **encontros regulares** entre os profissionais podem ser utilizados para divisão de responsabilidades e atribuições entre as equipes. Favorecem a construção conjunta de critérios para acesso às consultas e outras ofertas de apoio do profissional do NASF-AB, também o planejamento e execução de ações de saúde compartilhadas como visitas, grupos e consultas conjuntas, levantamento de temas para educação permanente, e mesmo resolução de conflitos entre os profissionais.

**Reuniões de eSF/eAB com participação de profissionais dos NASF-AB, reuniões específicas de “matriciamento”, ou até mesmo conversas breves após uma atividade realizada em conjunto.**

- A discussão conjunta de listas de encaminhamentos para atendimento especializado pode ser uma boa oportunidade de dividir atribuições e definir melhor as intervenções das eSF/eAB e dos NASF-AB. Os profissionais podem definir em conjunto que pessoas precisam de atendimento especializado, quais podem ficar com a eSF/eAB após discussão do caso e orientação pelo NASF-AB, quais se beneficiariam de participação em um grupo, quais serão agendadas para consultas conjuntas para melhor compreensão do caso e decisão de manejo; os profissionais podem ainda definir condutas de comum acordo para alguns encaminhamentos externos comuns, como aqueles das escolas, conselhos tutelares e hospitais.

- O uso de instrumentos para gestão e seguimento dos casos compartilhados pode ajudar a evitar perdas em termos de adesão, duplicação de tarefas ou sensação de que “a discussão não resolve nada” ou “o caso não melhora nunca”. O próprio prontuário comum da eSF/eAB deve ser utilizado para registro da discussão do caso, do plano terapêutico e das ações realizadas por cada profissional. Porém é recomendável a manutenção de um registro auxiliar dos casos compartilhados (em planilha simples, caderno, pasta compartilhada etc.), com os principais encaminhamentos e os profissionais de referência, de modo que as eSF/eAB e NASF-AB possam monitorar ao longo do tempo a execução e os resultados das ações e própria efetividade da atenção compartilhada.

Em resumo, a presença de profissionais de apoio pode favorecer a constituição da UBS como serviço de procura regular pela população – evitando a busca de serviços de pronto atendimento ou hospitais para obtenção de “atenção especializada” - e contribuir para uma atenção mais resolutiva. Porém, é preciso cautela para que os profissionais de apoio não assumam o atendimento de grupos específicos no lugar da eSF/eAB, comprometendo a integralidade da atenção e, de certa forma, reproduzindo o modelo de atendimento ambulatorial fragmentado que se busca superar.

#### 4. Regulação do acesso à atenção especializada

O acesso à atenção especializada ainda é um dos maiores problemas da ABS no Brasil. Os modelos de atenção que ampliam a coordenação do cuidado pela equipe da ABS, com priorização dos atendimentos especializados segundo necessidade e não por ordem cronológica, têm potencial de diminuir desigualdades no acesso a atenção especializada e contribuir para maior equidade em saúde. Por isso, as experiências de reformas de serviços de saúde voltadas para melhorar a coordenação entre atenção primária e especializada têm maior impacto quando são focadas na melhora da capacidade resolutive da ABS, com reforço do papel de “filtro” destas equipes para outros níveis de atenção (OJEDAFEIO et al, 2006; GÉRVAS & PÉREZ FERNÁNDEZ, 2005).

Para além da melhora no uso de recursos, a coordenação do cuidado pela ABS também ajuda a proteger as pessoas de intervenções desnecessárias e medicalização excessiva, através da **prevenção quaternária**.

Apesar de, tradicionalmente, a **regulação** ser identificada como função de uma central ligada à SMS, deve haver cada vez mais o entendimento de que a **primeira instância reguladora do sistema de saúde é a eSF/eAB**. O primeiro ator a estabelecer prioridades é a equipe de ABS, depois o distrito ou regional, quando houver no município, e depois a SMS. Algumas condições que favorecem o exercício desta função reguladora pela eSF/eAB são (ALMEIDA et al, 2011):

**Prevenção quaternária é um conceito que pode ser descrito de maneira simples como um conjunto de estratégias para manejo e prevenção de intervenções médicas desnecessárias, tendo sido inicialmente proposto por um médico de família belga, Marc Jamouille, e posteriormente incorporado ao Dicionário de Clínica Geral da organização mundial dos médicos de família, a WONCA.**

- O **aumento da capacidade resolutive** da ABS, que pode ser obtido através de ampliação dos serviços oferecidos nas UBS (por exemplo, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, coleta de exames, etc.), integração de novas equipes, profissionais ou funções no âmbito da ABS (como os NASF-AB e eAD) ou educação permanente das equipes para atender situações mais complexas.

- A definição pelo município do **monopólio do papel de porta de entrada e acesso à atenção especializada** para a eSF/eAB, por meio de aumento de cobertura – que facilita o acesso da população aos serviços – e do estabelecimento de mecanismos de marcação e regulação de consultas e procedimentos a partir da UBS.

Apesar de muitos municípios priorizarem, nos últimos anos, a expansão de cobertura e abrangência de ações da ESF e a descentralização da marcação de consultas e procedimentos para as unidades básicas, esta função de **regulação do acesso e gestão da atenção** ainda é muito pouco explorada pelas eSF/eAB. Municípios que implantaram o SISREG nas UBS, por exemplo, têm a seu dispor uma ferramenta importante de regulação, disponível para as eSF/eAB e para a gestão, que possibilita acompanhamento de listas de espera, identificação de gargalos assistenciais, definição de áreas prioritárias para ações preventivas, entre outras ações.

## Unidade 2

Vejam algumas atividades que podem ser desenvolvidas pelas próprias eSF/eAB/eSB para melhorar a coordenação e integração entre ABS e especializada:

- Fornecimento de informação escrita sobre todas as pessoas encaminhadas para outros níveis de atenção e solicitação de informações de contrarreferência, com registro no prontuário da eSF/eAB, garantindo continuidade informacional na atenção.
- Definição, em conjunto com a gestão, de critérios de priorização para o acesso às consultas especializadas, possibilitando o ordenamento do acesso por necessidade e não apenas por ordem cronológica.
- Análise sistemática dos encaminhamentos para consultas especializadas, visando programar atividades de educação permanente voltadas para melhoria da resolubilidade da eSF/eAB (em conjunto com a gestão ou com o NASF-AB, por exemplo).
- Monitoramento das filas de espera para consultas e procedimentos e da adesão das pessoas a estes, visando programar ações preventivas ou de reforço à adesão.
- Promoção, em conjunto com a gestão, de medidas para maior integração da ABS com serviços de urgência e emergência, como a obtenção de listas de atendimentos de pessoas por área ou o fornecimento de informações sobre o funcionamento da ABS.
- Promoção de interconsulta, discussão de caso e/ou acompanhamento compartilhado entre profissionais da ABS e serviços especializados como, por exemplo, ambulatórios de pré-natal de alto risco.

### 5. Integração intersetorial e ampliação de parcerias na ABS

Além da coordenação dos cuidados entre os distintos níveis assistenciais, tema da maior parte desta unidade, outro componente essencial da ABS é a capacidade de influir sobre os **determinantes sociais da saúde** mediante o **trabalho intersetorial**. Estes dois componentes diferenciam as concepções de atenção primária abrangente, concebida como estratégia para reorganizar e ordenar o sistema de saúde, de concepções mais seletivas, como a de primeiro nível de atenção ou oferta de cesta restrita de serviços. A função de articulação intersetorial está presente desde a origem da Atenção Primária, conforme se vê no seguinte trecho da Declaração de Alma-Ata, de 1978:

Os Determinantes Sociais da Saúde incluem as condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade, as condições de vida e trabalho de seus membros - habitação, saneamento, ambiente de trabalho, acesso a serviços de saúde e de educação -, e a trama de redes sociais e comunitárias. Esses determinantes influenciam os estilos de vida e condicionam decisões relativas, por exemplo, ao hábito de fumar, à dieta, à prática de exercícios, influenciando, portanto o estado de saúde das pessoas e populações.

## Unidade 2

“Os cuidados primários de saúde (...) envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, principalmente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores.” (OMS, 1978)

### SAIBA MAIS

Na página eletrônica da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde você encontra textos, apresentações, documentos e outras fontes de informação para ampliar sua compreensão sobre a dinâmica de saúde e adoecimento das populações, seus determinantes e ações de enfrentamento, como as iniciativas de promoção da saúde, Disponível em:

[Clique aqui](#)

A diretriz de trabalho intersectorial aponta para a necessidade de que as equipes da ABS busquem articular suas ações às de outros setores, que também influenciam o estado de saúde da população, muitas vezes mais do que o acesso ou a utilização de serviços de saúde. Embora possa ser dito que grande parte da responsabilidade pela articulação intersectorial é de setores governamentais, responsáveis por formular e implantar políticas públicas, algumas articulações podem ser feitas no próprio território, por equipes locais, com impacto potencial sobre a coordenação de ações voltadas para promoção e recuperação da saúde, dentre as quais se destacam as seguintes:

- Articulação com **escolas e creches do território**, para ações conjuntas de promoção de saúde de pré-escolares e escolares, apoio a educadores e pais na promoção do desenvolvimento infantil e definição de fluxos de atendimento das demandas da comunidade escolar. O Programa de Saúde na Escola, pode ser um espaço privilegiado para esta articulação.
- Articulação com **serviços e programas da assistência social** para acompanhamento conjunto de famílias mais vulneráveis, incluindo discussão de casos e planos terapêuticos compartilhados. O acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) é um exemplo de ação conjunta neste sentido, mas as eSF/eAB também devem buscar aproximação e integração de ações com os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e Conselhos Tutelares de sua área.
- Apoio aos **conselhos locais de saúde**, previstos na Política Nacional de Saúde como os espaços privilegiados de interlocução dos serviços de saúde com a população para promoção de organização comunitária, autonomia dos usuários e cogestão dos serviços de saúde; estes espaços podem ser potencializados através de ações como educação para autocuidado em saúde, discussão de ações comunitárias de promoção da saúde, e na busca de entendimento comum entre trabalhadores de saúde e população sobre dificuldades e mudanças nos serviços.

# RESUMO

---

Chegando ao fim de mais esta unidade, podemos dizer que você “ultrapassou os muros” da unidade de saúde, tendo sido apresentado a papéis fundamentais da ABS nas redes de atenção: coordenação do cuidado, promoção da integração assistencial e intersetorial, garantia da continuidade da atenção ao usuário. Foram introduzidos conceitos avançados amparados por exemplos práticos, para que o aluno perceba a importância e ao mesmo tempo a viabilidade de se organizar uma ABS abrangente. Nosso objetivo com esta seção era demonstrar que organizar uma ABS integral é muito mais do que apenas oferecer assistência nas unidades básicas de saúde.

É preciso desenvolver parcerias, entender o funcionamento do sistema e coordenar o percurso das pessoas pela rede de serviços, ajudando seus usuários a navegar por um sistema de saúde que nem sempre se encontra bem conectado. Esperamos que você busque aprofundar seus conhecimentos sobre coordenação e continuidade assistencial, discuta como integrar melhor sua equipe nas redes de atenção, desenvolva parcerias sustentadas com os NASF-AB e equipes de outros setores, com isso ampliando a abrangência e a resolubilidade da ABS e a qualidade e efetividade de seu trabalho.



# SUGESTÃO DE LEITURA

---

Duas publicações patrocinadas pela Organização Mundial da Saúde ajudaram a recolocar a Atenção Primária à Saúde (ou ABS) no centro do debate internacional sobre organização e reforma dos sistemas de saúde. Grande parte das concepções apresentadas de forma panorâmica nesta unidade sobre **coordenação da atenção** e **integração de serviços** está presente em capítulos destas publicações de forma mais detalhada e baseada em diversos exemplos internacionais, inclusive brasileiros. O primeiro documento foi produzido pelo Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde e Políticas em 2006 e analisa as reformas da atenção primária ocorridas na Europa. O segundo é o Relatório Mundial da Saúde da OMS de 2008, que reafirma o papel central da atenção primária nas reformas dos sistemas de saúde. Ambos estão disponíveis em português, gratuitamente, em formato pdf, na internet.

Saltman RB, Rico A & Boerma (Editores). Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia. Berkshire: Open University Press; 2007. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2532.pdf>

Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde 2008. Atenção primária em saúde: agora mais do que nunca. Genebra: WHO; 2008. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/rms.pdf>

Conheça a Rede Cegonha acessando:

[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_redecegonha.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php)

Conheça a Rede de Urgência e Emergência acessando:

[http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_ras.php?conteudo=rede\\_emergencias](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_emergencias)

Conheça a Rede de Atenção Psicossocial:

[http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_ras.php?conteudo=rede\\_psicossocial](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_psicossocial)

Conheça a Rede de Cuidados a Pessoa Portadora de Deficiências:

[http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_ras.php?conteudo=rede\\_deficiencias](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_deficiencias)

Conheça os Cadernos da Atenção Básica acessando:

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes>



# CONCLUSÃO DO CURSO

---

Neste curso buscamos apresentar à você os principais conceitos que definem e organizam a ABS, de uma maneira ao mesmo tempo acessível e baseada nas melhores evidências disponíveis sobre organização de sistemas de saúde. Com o acesso a informação hoje disponível sobre organização e fortalecimento dos serviços de ABS e sua integração em redes de atenção, não é mais aceitável que o treinamento dos profissionais de saúde seja baseado apenas na experiência pessoal dos tutores. Por isso, um dos objetivos da unidade foi demonstrar que é possível utilizar conhecimento científico para organizar a ABS, sem que para isso o profissional de saúde tenha que se tornar um sanitarista.

Trabalhamos os conceitos de acesso e barreiras de acesso; abrangência e integralidade das ações; gestão da demanda e organização das agendas; organização de reuniões e atividades de desenvolvimento da equipe; fragmentação e coordenação assistencial; integração intersetorial e continuidade assistencial. Todos estes são atributos de uma ABS forte, presentes como diretrizes na PNAB e como componentes de diversos modelos de Atenção Primária, como os dos países europeus.

Você deve buscar continuamente entender e experimentar a aplicação destes conceitos em sua prática cotidiana, de forma a tornar-se um profissional de saúde melhor e ao mesmo tempo reformar o sistema de saúde a partir de seu local de trabalho. A reforma de nossas práticas cotidianas de saúde – assistenciais e gerenciais - talvez seja uma das maiores contribuições que podemos dar para a implantação de um sistema de saúde capaz de responder adequadamente e de forma equilibrada e sustentável às necessidades das pessoas, sejam estas usuários, gestores ou trabalhadores dos serviços.



# Referências Bibliográficas

---

ALMEIDA PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev Panam Salud Publica. 2011;29(2): 84–95.

ALMEIDA PF, Giovanella L, Mendonça MH, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(2): 286-298, Fev.2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Funções da Atenção Básica nas Redes de Atenção a Saúde. 2018. Disponível em:

<[http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_ras.php?conteudo=funcoes\\_ab\\_ras](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=funcoes_ab_ras)>. Acesso em: 26 abr. 2018.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. **Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Brasília, 28 set. 2017. Anexo XXII.

CAMPOS GWS; Chakour M & Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 13(1):141-144, Jan-mar, 1997. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n1/0233.pdf>. Acesso em 30/09/2105.

CASANOVA F, Osório LC, Dias LC. Abordagem comunitária: grupos na Atenção Primária à saúde. In: Gusso G & Lopes JMC (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: ArtMed, 2012. Vol.1, P. 265-273.

DAVIS DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. JAMA 1995;274(9):700-5.

FULLER JD, Perkins D, Parker S, Holdsworth L, Kelly B, Roberts R et al. Effectiveness of service linkages in primary mental healthcare: a narrative review part 1. BMC Health Services Research 2011;11:72.

GERVAS 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. Disponível em: <http://migre.me/rTXbp> Acesso em: 07/10/2015

GERVAS J & Pérez Fernández M. El Fundamento científico de la función de “filtro” del médico general. Rev Bras Epidemiol 2005; 8(2):205-18. Disponível em: <http://migre.me/rTXcw>. Acesso em 02/10/2015.

GILBODY S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. JAMA 2003; 289: 3145-3151.

---

GOMES LF. Desenvolvimento profissional continuado. In: Gusso G & Lopes JMC (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: ArtMed, 2012. Vol.1, P. 414-20.

GRANT J. Measurement of learning outcomes in continuing professional development. The Journal of Continuing Education in the Health Professions 1999;19(4):214-221.

GUSSO G & Poli Neto P. Gestão da Clínica. In: Gusso G & Lopes JMC (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: ArtMed, 2012. Vol.1, P. 159-166.

HARTZM&Contandriopoulos AP. Comprehensive health care and integrated health services: challenges for evaluating the implementation of a «system without walls». Cad Saude Publica. 2004;20(Suppl.2):S331-336

OJEDAFEO JJ, Freire Campo JM, Gervas J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional. RevAdmSanit 2006; 4(2): 357-82

Organizacion Panamericana de La Salud - OPS. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de políticas e hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington DC, 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_integradas\\_servicios\\_salud.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_integradas_servicios_salud.pdf)  
Acesso em 02/10/2015.

SAMPAIO LFR, Mendonça CS, Lermen Jr N. Atenção primária à saúde no Brasil. In: Gusso G & Lopes JMC (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: ArtMed, 2012. Vol.1, P.28-41.

SARAIVA SA&ZepedaJ. Princípios do apoio matricial. In: Gusso G & Lopes JMC (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: ArtMed, 2012. Vol.1, P. 298-306.

SEMFYC - Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Guía de actuación en atención primaria. 3.ed. Barcelona: 2006.

SMITH SM, Allwright S, O'Dowd et al. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007; 3(CD004910). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17636778>. Acesso em out. 2015.

TRAVASSOS C & Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde. Cad Saude Pública 2004; 20(Suppl.2):S190-S198. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20s2/14.pdf>. Acesso em: 02/10/2105