

NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB)



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

**NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA
FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB)**

**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 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

AUTORA

Thaís Titon de Souza

REVISORES

Fernando Mendes Massignam

Marcos Aurélio Maeyama

Luise Lüdke Dolny

© 2018 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

Disponível em: telessaude.sc.gov.br

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

U58n Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de
Ciências da Saúde. Núcleo Telessaúde Santa Catarina.
Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF):
minicurso [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de
Santa Catarina ; Thaís Titon de Souza. - 2. ed. rev. -
Florianópolis : UFSC, 2017.
54 p. : il., tabs.

Modo de acesso: telessaude.sc.gov.br

Conteúdo do minicurso: Introdução. - Premissas do
NASF. - Relação entre NASF e equipes de SF. -
Estruturação do processo de trabalho do NASF: ações
iniciais. - Estruturação do processo de trabalho do
NASF: agenda dos profissionais de apoio. - Estruturação
do processo de trabalho do NASF: alguns instrumentos
para o apoio matricial. - NASF como equipe. -
Finalização.

Inclui bibliografia.

1. Cuidados primários de saúde. 2. Família - Saúde e
higiene. 3. Medicina da família - Brasil. I. UFSC. II.
Souza, Thaís Titon de. III. Título.

CDU: 614

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe: Josimari Telino de Lacerda

Coordenação de Produção: Luise Ludke Dolny, Fernando Mendes Massignam

Design Instrucional: Fernando Mendes Massignam

Revisão Textual: Marina Bento Veshagem

Design Gráfico: Catarina Saad Henriques

Ilustrações: Catarina Saad Henriques

Design de Capa: Catarina Saad Henriques

CURRÍCULO DA AUTORA

Thaís Titon de Souza

Nutricionista, especialista em Saúde da Família (modalidade residência), especialista em Educação na Saúde para Preceptores do SUS, mestre em Saúde Coletiva e doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DO CURSO	07
Unidade 1 - Introdução.....	09
Unidade 2 - Premissas do NASF-AB.....	13
Unidade 3 - Relação entre NASF-AB e eSF/eAB.....	20
Unidade 4 - Estruturação do processo de trabalho do NASF-AB: Ações iniciais	24
Unidade 5 - Estruturação do processo de trabalho do NASF-AB: Agenda dos profissionais de apoio	29
Unidade 6 - Estruturação do processo de trabalho do NASF-AB: Alguns instrumentos para o apoio matricial.....	33
1) Roteiros para discussão de casos.....	38
2) Listas de acompanhamento de casos compartilhados.....	40
3) Planilhas de monitoramento das solicitações de apoio.....	41
Unidade 7 - NASF-AB como equipe.....	42

APRESENTAÇÃO DO CURSO

Prezados alunos, sejam bem vindos ao curso:

Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

O Telessaúde Santa Catariana organizou este minicurso para contextualizar o NASF-AB e apresentar caminhos possíveis para a organização de seu processo de trabalho.

Esperamos que essa discussão possa contribuir para a efetivação de um trabalho compartilhado na Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde (ABS/APS) em sua realidade, e assim promover a corresponsabilização e a integralidade do cuidado e, conseqüentemente, mais qualidade na atenção aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os objetivos desse curso são:

- **Contextualizar** a implantação do NASF-AB na ABS/APS;
- **Incentivar** o reconhecimento e a discussão entre equipe sobre as premissas de atuação do NASF-AB;
- **Esclarecer** a função do apoio matricial e as responsabilidades/ funções do NASF-AB e Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Atenção Básica (eAB);
- **Subsidiar** o início do trabalho do NASF-AB na ABS/APS e/ou mudanças no sentido de consolidar o apoio matricial;
- **Orientar** a organização da agenda dos profissionais do NASF-AB;
- **Conhecer** os instrumentos de Apoio matricial para atuação em equipe multiprofissional de eSF/eAB e NASF-AB;
- **Sensibilizar** os profissionais para o trabalho em equipe NASF-AB.

Os conteúdos do curso foram divididos em 7 unidades de aprendizagem:

UNIDADE 1	Introdução
UNIDADE 2	Premissas do NASF-AB
UNIDADE 3	Relação entre NASF-AB e eSF/eAB
UNIDADE 4	Estruturação do processo de trabalho do NASF-AB: Ações iniciais
UNIDADE 5	Estruturação do processo de trabalho do NASF-AB: Agenda dos profissionais de apoio
UNIDADE 6	Estruturação do processo de trabalho do NASF-AB: Alguns instrumentos para o apoio matricial
UNIDADE 7	NASF-AB como equipe

Você deverá realizar todas as atividades de avaliação propostas pelo curso para que possa receber o seu certificado de conclusão. Lembre-se que todas as atividades de avaliação devem ser respondidas também no Ambiente Virtual Moodle Telessaúde para verificar se suas respostas estão corretas.

Ao longo do texto foram utilizados marcadores 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 um bom curso!

Unidade 1

Introdução

Introdução

Durante décadas, o sistema de saúde brasileiro esteve baseado em um modelo de atenção centrado na medicina especializada, desenvolvido no ambiente hospitalar e com uso crescente de tecnologia biomédica, com evidente desarticulação entre saberes e práticas considerados essenciais para o atendimento das necessidades de saúde da população.

A partir do movimento de **Reforma Sanitária Brasileira**, a intenção de modificar esse panorama resultou na criação do **Sistema Único de Saúde (SUS)**, que trouxe consigo os princípios da **universalidade**, **equidade** e **atenção integral**. A Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde, pautada nestes princípios, tornou-se a porta de entrada preferencial e a coordenadora do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Destacamos que os fundamentos e os preceitos elencados no SUS implicam na necessidade de organizar o processo de trabalho dos profissionais pautando-se em uma prática de saúde interdisciplinar, integrando diferentes categorias e, por conseguinte, diferentes saberes e práticas na produção de saúde na perspectiva de uma atenção integral e resolutive.

DEFINIÇÕES

UNIVERSALIDADE: o acesso universal é a garantia de todo cidadão ao serviço público de saúde de qualidade em todos os âmbitos de assistência (BRASIL, 1990). Considera-se, portanto, que os serviços de saúde devem ser organizados de modo a acolher, escutar e ofertar respostas positivas às demandas e necessidades dos usuários do SUS.

EQUIDADE: princípio de justiça social que se baseia na premissa de que é preciso oferecer cuidado aos indivíduos segundo suas necessidades, corrigindo diferenciações injustas e negativas e evitando ações iatrogênicas, ou seja, danos decorrentes do tratamento (BRASIL, 2013. p. 16).

INTEGRALIDADE: é entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e de promoção à saúde, exigido para cada caso em todos os âmbitos do SUS. Além disso, compreende-se a integralidade como a integração de saberes de vários profissionais em busca da oferta de resposta positiva às necessidades e aos problemas de saúde da população, além da consideração do ser humano em seus vários aspectos, dentre eles, o biológico, o social e o psicológico (BRASIL, 1990).

Atualmente fazem parte do escopo de profissionais da ABS/APS aqueles que compõem as **equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB)** e aqueles que podem fazer parte dos **Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)**. Você, profissional de saúde inserido em qualquer uma dessas equipes, deve atuar nos âmbitos individual e coletivo e integrar em seu cotidiano ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, assim como nortear suas ações a partir das demais diretrizes relativas à ABS/APS (BRASIL, 2017).

Ainda que seja consenso que, independentemente da equipe que integram, todos os profissionais da ABS/APS devem pautar suas práticas nas **diretrizes do vínculo**, da **interdisciplinaridade**, da **corresponsabilização** e da **cogestão do cuidado**. Na prática você deve perceber que, por ser muito recente no campo da saúde coletiva brasileira, ainda existem muitas dúvidas e equívocos acerca do trabalho integrado entre NASF-AB e eSF/eAB.

Atualmente, podem ser implantados NASF-AB nas modalidades 1,2 e 3 , com uma composição que deve ser definida – dentre as categorias profissionais permitidas – a partir da realidade sanitária dos territórios a que estarão vinculados, bem como da consideração das principais dificuldades vivenciadas pelas eSF/eAB em seu cotidiano de trabalho.

Criado através da Portaria no 154, de 28 de janeiro de 2008, os objetivos iniciais do NASF-AB foram de ampliar a abrangência e o escopo de ações da ABS/APS, assim como sua resolubilidade, a partir da composição de equipes multiprofissionais e interdisciplinares que atuam em parceria com as eSF/eAB para o compartilhamento de responsabilidades e práticas em seus territórios de abrangência (BRASIL, 2017).

SAIBA MAIS

O número de eSF/eAB para populações específicas vinculadas a cada NASF-AB depende da modalidade implantada, podendo variar de no mínimo 1 a no máximo 9 equipes adscritas. Acesse a Portaria Consolidada n. 2, de 28 de novembro de 2017, Anexo XXII, capítulo II, sessão II, artigo 15, para conhecer mais sobre os parâmetros e os critérios para implantação dos dos NASF-AB Federais Modalidades I, II e III (BRASIL, 2017).

[Clique Aqui](#)

Unidade 1

Segundo recomendações do Ministério da Saúde brasileiro, o trabalho do NASF-AB deve estar baseado no referencial teórico-metodológico do apoio matricial (Veja mais sobre apoio matricial na **unidade 2**), compartilhando problemas, trocando e integrando saberes e práticas e buscando estratégias para a atuação na ABS/APS em conjunto com as eSF/eAB (BRASIL, 2014).

Entretanto, em nossa prática, cotidianamente temos dificuldade para atuar nessa lógica e acabamos por repetir padrões de relação centrados no encaminhamento dos usuários e em um processo de trabalho pouco integrado, sem a interdisciplinaridade esperada.

Com a finalidade de esclarecer mais as diretrizes para sua implantação e para organização de seu processo de trabalho, com base em uma relação colaborativa com as eSF/eAB vinculadas, nesse minicurso, você terá acesso às **premissas de atuação do NASF-AB** e às **questões relativas à sua organização**, pautadas nessa nova lógica de atuação. Por fim, esperamos que os conhecimentos possam ser aplicados em seu cotidiano e se revertam em melhor atenção aos usuários do SUS.

SAIBA MAIS

Acesse a Portaria Consolidada n. 2, de 28 de novembro de 2017, Anexo XII, capítulo II, sessão II, artigos 13 a 15, para conhecer um pouco mais sobre as diretrizes federais para os NASF-AB (BRASIL, 2017).

[Clique aqui](#)

Unidade 2

Premissas do NASF-AB

Premissas do NASF-AB

Como já visto, o NASF-AB foi criado com a proposta de **ampliar a capacidade de resposta** à maior parte dos problemas de saúde da população na ABS/APS. Com sua implantação, temos a possibilidade de que diferentes categorias profissionais não inseridas na equipe mínima de Saúde da Família contribuam para melhorar a qualidade do cuidado nesse âmbito de atenção, ampliando **acesso** e **resolubilidade**, através de ações baseadas em um modelo de atuação pautado no apoio matricial.

ACESSO: o acesso é composto pelas dimensões de **disponibilidade** (relação entre o volume de usuários, os tipos de necessidades e as respostas), **acessibilidade** (relação entre a localização da oferta e dos usuários, considerando transporte, tempo de viagem, distância e custos), **adequação funcional** (relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar os usuários e sua capacidade em perceberem as conveniências dos serviços), **capacidade financeira** (relação entre os custos dos serviços) e **aceitabilidade** - relação entre as atitudes dos usuários sobre os trabalhadores de saúde e as características das práticas dos serviços, assim como a aceitação dos trabalhadores e dos serviços em prestar assistência aos usuários (JESUS & ASSIS, 2010). O acesso à ABS/APS implica no compromisso de garantir uma atenção que busque atender às necessidades de saúde da população adscrita, considerando a realidade peculiar de cada local e as diferentes dimensões referidas.

RESOLUBILIDADE: resposta satisfatória dos serviços de saúde aos usuários quando buscam atendimento a alguma necessidade ou problema de saúde. Essa resposta não compreende exclusivamente a cura de doenças, mas também alívio e minimização do sofrimento e proteção e manutenção da saúde, bem como não se restringe às ações do setor, demandando, em muitas situações, uma atuação intersetorial (ROSA, PELEGRINI & LIMA, 2011).

O apoio matricial é o arranjo para a integração entre NASF-AB e eSF/eAB recomendado pelo Ministério da Saúde atualmente, constituindo-se como uma proposta democrática e dialógica com relação horizontal entre diferentes profissionais visando qualificar a ABS/APS através de suas duas dimensões: **técnico-pedagógico** e **assistencial**.

DEFINIÇÕES E CONCEITOS

A **dimensão técnico-pedagógica** envolve as ações de desenvolvimento de competências e Educação Permanente junto às eSF/eAB. Tais ações configuram-se como momentos de troca de saberes que podem ocorrer em reuniões de equipe, reuniões na comunidade, discussões de casos e temas, atividades conjuntas em grupos, atendimentos individuais em conjunto, etc., caracterizando-se como uma possibilidade de ampliação do campo de conhecimento da eSF/eAB a partir do núcleo de saber de cada profissional de apoio.

A **dimensão assistencial** envolve as ações clínicas diretas do NASF-AB com os usuários. Em determinadas situações, haverá a necessidade de uma ação específica do profissional de apoio, seja ela realizada individualmente ou em grupos. Nesses casos, deve-se manter a coordenação do cuidado pela equipe de referência, o que significa que, sendo necessária uma intervenção direta do profissional do NASF-AB, tal ação deve ser regulada, pactuada e repactuada com a eSF/eAB.

Nessa proposta, através do trabalho pautado no apoio matricial, espera-se que a relação entre essas equipes ocorra com base na responsabilidade compartilhada, promovida por meio de uma melhor comunicação e integração entre os envolvidos. Esse tema será aprofundado nos próximos módulos do minicurso.



- Em sua prática, quais foram os desafios e dificuldades que você e sua equipe já enfrentaram no desenvolvimento do trabalho nessa nova lógica?
Realmente não é um processo simples ou fácil!

Não estamos acostumados a pensar e agir interdisciplinarmente, tampouco fomos formados para essa maneira de atuação, ainda que essa seja uma diretriz importante do SUS, e, portanto, temos dificuldade em compartilhar os problemas e, principalmente, as estratégias para sua solução. Para trabalhar na lógica preconizada, em primeira instância, é necessário abertura para construir essa nova relação, diferente da anteriormente estabelecida entre os profissionais, pautada na referência e contrarreferência da atenção tradicionalmente verticalizada.

Para promover essa abertura, sugerimos que você discuta com sua equipe qual seu entendimento sobre a relação entre NASF-AB e eSF/eAB, buscando definir papéis, responsabilidades, limites e potencialidades dessa nova lógica de trabalho.

Unidade 2



- Você já discutiu com as equipes que apoia o entendimento sobre a relação entre NASF-AB e eSF/eAB? Alguma situação ou caso específico já demandaram a definição de papéis, responsabilidades, limites e potencialidades dessa nova lógica de trabalho? Está aí uma boa oportunidade para que você levante esta questão em uma reunião de equipe ou em uma roda de conversa. Na **nidade 3** deste minicurso veremos um pouco mais sobre isso!

Com base na proposta de agir de maneira mais integrada e colaborativa, visando ampliar os olhares e as práticas na ABS/APS e avançar para um cuidado mais integral e resolutivo, incentivamos que nessas definições sejam consideradas algumas premissas do NASF-AB:

1) Integra a ABS/APS: suas ações devem ser desenvolvidas nesse nível de atenção e estarem baseadas em seus princípios e diretrizes, especialmente na integralidade da atenção;

2) Tem seu processo de trabalho pautado na lógica do apoio matricial através de um modelo de atuação que diverge do modelo ambulatorial porque não se constitui como um serviço de especialistas na ABS/APS, mas como uma equipe multiprofissional e interdisciplinar integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das eSF/eAB.



O NASF-AB deve ampliar sua oferta de ações para além dos atendimentos específicos, buscando também a qualificação da própria eSF/eAB vinculada para a produção do cuidado, ou seja, dividindo conhecimentos que promovam o aumento da capacidade dessas equipes para a resolução

de determinados problemas encontrados. Além disso, ao realizar atendimentos individuais ou em grupo específicos (próprios do profissional NASF-AB), deve realizar pactuação prévia com as eSF/eAB e retornar a elas os resultados de suas intervenções para novas pactuações.

NA PRÁTICA

O **psicólogo** pode e deve atender individualmente pessoas que tenham essa necessidade, desde que os casos tenham sido discutidos com as eSF/eAB, com pactuação conjunta de tais atendimentos e que o profissional do NASF-AB se responsabilize em manter a equipe no acompanhamento, discutindo suas intervenções com ela e fazendo novos acordos necessários; da mesma forma, o **fisioterapeuta** pode fazer um grupo específico para tratamento de pessoas com dores crônicas, desde que pactue com as equipes os critérios de encaminhamento ao grupo e também se responsabilize em retornar a elas os resultados dos acompanhamentos.

É importante lembrar que esses atendimentos em grupo ou individuais podem ser realizados em conjunto com as eSF/eAB.

NA PRÁTICA

O **farmacêutico** pode atender ou realizar uma visita domiciliar para uma pessoa portadora de *diabetes mellitus* descompensada em conjunto com o cirurgião-dentista, o que pode ser considerado também uma ação de Educação Permanente, uma vez que os profissionais das eSF/eAB aprendem com os profissionais do NASF-AB no processo (e, pode-se dizer também, que o próprio NASF-AB aprende com a eSF/eAB).

3) Atua a partir de linhas de cuidado, também chamadas de áreas estratégicas temáticas do NASF-AB, ampliando as ações da ABS/APS. Tais linhas de cuidado não se remetem a núcleos de atuação específicos e exclusivos de uma determinada área profissional, mas a campos que devem ser trabalhados transversalmente pelo NASF-AB (BRASIL, 2009).

NA PRÁTICA

A área de saúde mental, embora seja de atuação mais específica de alguns profissionais, como o **psicólogo** e o **psiquiatra**, envolve ações que podem e devem ser desenvolvidas por outros profissionais. Essa escolha deve ser realizada considerando-se aquele **profissional que ofereça uma resposta mais adequada às necessidades de cada usuário** ou que possibilite um aumento da capacidade das equipes de Saúde da Família em lidar com as necessidades de seu território (BRASIL, 2009).

4) Tem a responsabilidade de realizar Educação Permanente junto às equipes vinculadas.

NA PRÁTICA

Deve realizar ações que aumentem a capacidade da própria equipe em atuar na ABS/APS, utilizando-se da dimensão de suporte técnico-pedagógica do apoio matricial. Essas ações podem ser desenvolvidas através da realização de ações em conjunto (grupos e atendimentos em conjunto, por exemplo) ou de discussões de casos ou temas (por exemplo, através da discussão com as equipes sobre direitos sociais com o assistente social, atividade física recomendada para idosos com o profissional de educação física ou sobre manejo da ansiedade com o psicólogo).

5) Por ser uma equipe de apoio, seu processo de trabalho é dependente do processo de trabalho da eSF/eAB.

NA PRÁTICA

Para trabalhar na lógica do apoio matricial, são necessários espaços de encontros periódicos com as eSF/eAB (que podem ocorrer, por exemplo, através de reuniões no mínimo mensais), onde serão discutidos casos e temas, e planejadas ações em conjunto. Da mesma forma, é necessário que a eSF/eAB esteja sensibilizada para trabalhar com o NASF-AB na lógica do apoio matricial, estando aberta para o diálogo e as pactuações e reservando em sua agenda espaços para as ações em conjunto.

6) Trabalha em uma lógica que promova a corresponsabilização pelas ações de saúde em conjunto com as eSF/eAB vinculadas.

NA PRÁTICA

O NASF-AB não recebe encaminhamentos da eSF/eAB, mas **discute os casos com ela e decide em conjunto o que fazer em cada situação**. Isso deve ser aplicado tanto no caso de **atendimentos individuais** quanto em outras demandas da equipe, como na **realização de grupos**. Na pactuação em conjunto é que serão definidas as ações realizadas. Por exemplo, no caso de necessidade de atendimento individual, pode-se definir que será realizado pelo profissional do NASF-AB (como em um atendimento individual de nutrição para uma criança com diagnóstico nutricional de obesidade grave), pelo próprio profissional da eSF/eAB com apoio do NASF-AB através da Educação Permanente da equipe (por exemplo, com o nutricionista estimulando o enfermeiro a orientar uma dieta fracionada para promover o emagrecimento de uma pessoa que apresenta diagnóstico nutricional de sobrepeso) ou através do atendimento conjunto entre o profissional do NASF-AB e da eSF/eAB (ambos os profissionais atendendo o mesmo usuário ao mesmo tempo).

Nesse ponto, gostaríamos que você refletisse sobre como percebe essa premissa em seu município. Essa reflexão é importante porque, em muitas situações, podem ser identificadas dificuldades em se estabelecer limites entre o que é compartilhável e aquilo que continua específico de cada categoria profissional, mas essas situações não devem se constituir como impeditivos para a ampliação da clínica e a busca pela integralidade da atenção. Os espaços de discussão em equipe, com o apoio da gestão municipal, podem ser usados para promover momentos de reflexão conjunta também sobre essas questões.



Lembre-se de que existem múltiplas possibilidades de executar o trabalho do NASF-AB, partindo-se da premissa de que as ações deverão ser pactuadas e repactuadas constantemente com as eSF/eAB. Para isso, problematize as situações ou casos com as equipes vinculadas, realizando o planejamento de ações, que podem ou não contar com a ação direta do profissional do NASF-AB.

NA PRÁTICA

Os problemas/situações são discutidos entre os profissionais da eSF/eAB e NASF-AB, realizando-se seu diagnóstico e pactuando-se as ações que deverão ser efetuadas (pelo NASF-AB, pela eSF/eAB ou pelo NASF-AB em conjunto com as eSF/eAB). A partir daí, os profissionais devem manter contato sobre o caso/situação, buscando redefinir e repactuar ações conforme necessário.

Unidade 3

**Relação entre
NASF-AB e eSF/eAB**

Relação entre NASF-AB e eSF/eAB

A definição de papéis do NASF-AB e eSF/eAB na ABS/APS parte da orientação de que o apoio matricial deve nortear o processo de trabalho do NASF-AB e pautar sua relação com as eSF/eAB vinculadas, seguindo recomendações do Ministério da Saúde.

Nessa ótica, as eSF/eAB são consideradas referência pelo cuidado de determinada população em relação aos seus problemas e necessidades de saúde, devendo promover o acompanhamento longitudinal e coordenar seu cuidado nas RAS. O NASF-AB, por sua vez, se constitui como uma **equipe de apoio à eSF/eAB**, oferecendo retaguarda para o cuidado integral, tendo responsabilidade sobre a população adscrita e, ao mesmo tempo, sobre as próprias eSF/eAB vinculadas (BRASIL, 2014).

Para explicarmos melhor a dupla responsabilidade das equipes do NASF-AB, reforçamos que, a depender das necessidades e demandas levantadas com cada eSF/eAB vinculada, o NASF-AB pode apoiar as equipes na análise e no planejamento de intervenções oportunas ou, também, diretamente na realização de ações assistenciais com os usuários através de atendimentos individuais ou grupos (BRASIL, 2014).

Dessa forma, as duas dimensões do apoio matricial – **técnico-pedagógica** e **assistencial** – devem subsidiar as estratégias a serem desenvolvidas conjuntamente entre profissionais de apoio e de referência para um cuidado de maior qualidade e resolubilidade (BRASIL, 2009).

SAIBA MAIS

Acesse o artigo “Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde”, de Campos e Domitti (2007), para saber mais sobre esse arranjo organizacional recomendado para a integração entre NASF-AB e equipes vinculadas (CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa and DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública [online]. 2007, v.23, n.2, pp. 399-407. ISSN 0102-311X). Link:

[Clique Aqui](#)

Unidade 3



- Como se dá a organização do trabalho integrado entre NASF-AB e eSF/eAB em seu município em relação às dimensões do apoio matricial? Existe um equilíbrio entre as ações de suporte técnico-pedagógico e assistencial ou há a predominância de uma dimensão em relação à outra?

SAIBA MAIS

No Caderno de Atenção Básica do NASF-AB nº 39 (Núcleo de Apoio à Saúde da Família – VOLUME 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano), essa questão é levantada, concluindo-se que as atividades a serem realizadas dependerão da configuração de cada território sob responsabilidade das eSF/eAB, das necessidades e dos problemas existentes, bem como das competências dos profissionais apoiados. Acesse aqui:

[Clique Aqui](#)

Esse conjunto de fatores deve ser considerado para que se procure alcançar certo grau de equilíbrio entre as ações assistenciais e técnico-pedagógicas, e que também pode variar de acordo com cada categoria profissional que compõe o NASF-AB.

Vale enfatizar que as necessidades dos usuários devem nortear as ações a serem desenvolvidas e que, independentemente da dimensão relacionada, é preciso que a equipe apoiada compreenda as implicações que as propostas e as ações do profissional de apoio produzirão ao invés de apenas encaminhar o usuário ao NASF-AB, buscando alinhar o cuidado por ela própria oferecido a tais propostas (BRASIL, 2017).

Por outro lado, o profissional de apoio também deve se esforçar para buscar aumentar a capacidade de resolução dos problemas de saúde pela eSF/eAB. Desta forma, podemos iniciar a construção de uma nova forma de responsabilidade na ABS/APS que, ao invés de ser “transferida”, passa a ser compartilhada.

Para a concretização desse modelo de produção de cuidado, são necessárias práticas democráticas e dialógicas que integrem os diferentes saberes e as diferentes ações em saúde, de maneira a oferecer o melhor cuidado possível na ABS/APS. A consolidação dessa proposta exige não apenas compromisso dos gestores municipais de saúde, como também dos próprios profissionais da ABS/APS, que precisam adotar uma postura de abertura para desenvolver uma nova relação, como já discutimos anteriormente.

Os profissionais do NASF-AB, por exemplo, devem estar dispostos a dividir conhecimentos e envidar esforços para discutir amplamente os casos, buscando as soluções necessárias através da pactuação constante com as eSF/eAB vinculadas. Estas, por sua vez, devem substituir a tradicional lógica do encaminhamento pela divisão de responsabilidades, compartilhando os casos ao invés de transferi-los aos profissionais de apoio.

Unidade 3



Outros fatores que podem contribuir para consolidar o apoio matricial são:

- Ampla discussão sobre a proposta de trabalho compartilhado entre NASF-AB e eSF/eAB entre todos os envolvidos;
- Estabelecimento de pontos de encontros regulares (no mínimo mensalmente) com todas as eSF/eAB vinculadas e definição de critérios e mecanismos de contato em situações urgentes e/ou imprevistas;
- Desenvolvimento de mecanismos de gerenciamento conjunto dos casos compartilhados, favorecendo a coordenação do cuidado pelas eSF/eAB.

Unidade 4

Estruturação do processo de trabalho do NASF-AB: Ações iniciais

Estruturação do processo de trabalho do NASF-AB: Ações iniciais

Imaginemos que um NASF-AB esteja iniciando o seu trabalho ou precise readequar sua organização para atuar na lógica preconizada. Por onde esse NASF-AB poderia começar?

Inicialmente, para organizar o processo de trabalho do NASF-AB no sentido colaborativo e integrado às eSF/eAB, é necessário reflexão sobre **como criar um novo jeito de se relacionar baseado no compartilhamento de saberes e práticas**, incluindo o sentido do apoio matricial (apresentado na unidade anterior) nas ações desenvolvidas.

A compreensão dos aspectos já discutidos ao longo desse minicurso pelos sujeitos envolvidos na produção do cuidado – gestão municipal, eSF/eAB e NASF-AB – é um fator crucial para sua organização segundo o recomendado.

No Caderno de Atenção Básica do NASF-AB nº 39, sugere-se que sejam realizados espaços de discussão, como **rodas de conversa**, entre profissionais do NASF-AB e das eSF/eAB vinculadas, reuniões de matriciamento ou reuniões das próprias UBS, contando com apoio da gestão municipal sempre que necessário (BRASIL, 2014).



A roda de conversa é uma forma de discussão que possibilita desenvolver o diálogo entre todos os participantes, de forma democrática, pelo compartilhamento de saberes e experiências que cada pessoa tem sobre o tema em questão. Em uma roda de conversa cada participante tem a oportunidade de falar ou expressar o que pensa, conhece ou sabe. É muito semelhante às reuniões de grupo, com um facilitador para **oportunizar a participação das pessoas**. A disposição do grupo em forma de círculo, e o foco em um tema, facilitam o aprofundamento do assunto em questão, e ao final de uma Roda de Conversa, as ações e encaminhamentos podem ser definidos a partir das ideias de consenso.

Os temas a serem trabalhados nesses espaços podem variar de acordo com as características regionais e as experiências já vivenciadas em cada local, podendo englobar, por exemplo, o cardápio de ações que podem ser desenvolvidas pelo NASF-AB (compartilhadas com as equipes vinculadas e/ ou específicas, inserção em ações de rotina das eSF/eAB, etc.) e discussões de casos considerados difíceis e/ou que podem ser manejados com suporte do NASF-AB, entre outros (BRASIL, 2014).

Além disso, a definição de aspectos norteadores para a efetivação da atenção compartilhada entre NASF-AB e eSF/eAB em seu município - preferencialmente documentados por escrito e construídos conjuntamente com participação da gestão municipal, considerando-se a realidade de cada serviço -, pode facilitar o desenvolvimento do trabalho na lógica preconizada.

Unidade 4

Tais definições devem ser de conhecimento de todos os envolvidos, inclusive dos usuários do SUS, e podem englobar diferentes aspectos relacionados ao apoio matricial, tais como:

- Responsabilidades, papéis e limites de cada um dos envolvidos;
- Agenda de reuniões e outras atividades colaborativas;
- Fluxos de contato entre eSF/eAB e NASF-AB: além de estabelecer como se dará rotineiramente o acesso das eSF/eAB e NASF-AB para discussão de casos e temas, pactuação de ações, etc., é necessário estabelecer formas de contato direto com cada profissional para situações inesperadas que possam ocorrer na ausência desse profissional na UBS. Nessas situações, é importante a existência de pelo menos **uma forma de contato pessoal estabelecida** (e-mail, telefone, dentre outras) e não apenas a realização de encaminhamento impresso entregue ao usuário;
- Fluxos para encaminhamentos externos às eSF/eAB direcionados aos profissionais do NASF-AB (como encaminhamentos de hospitais ou estabelecimentos privados de saúde);
- Ações a serem desenvolvidas (lista de ofertas) com cada uma das equipes de referência, bem como público prioritário (nesse caso, recomenda-se a existência de ações comuns ao NASF-AB e específicas segundo cada uma das categorias profissionais que o compõem);
- Critérios norteadores para a efetivação da atenção compartilhada, incluindo aqueles para priorização dos casos para apoio e formulação/execução de Projetos Terapêuticos;
- Protocolos ou roteiros clínicos para utilização pela equipe de referência em situações comuns;
- Manejo das listas de espera;
- Temas para educação permanente das equipes apoiadas;
- Outros.

A pactuação de aspectos norteadores para a efetivação do apoio matricial, como os sugeridos, deve promover um alinhamento de entendimentos e expectativas em relação ao apoio e facilitar a comunicação entre NASF-AB e eSF/eAB, o que é de suma importância. Vale ressaltar que deve ser considerada com certa flexibilidade no cotidiano dos profissionais da ABS/APS a fim de ajustar-se à dinamicidade das necessidades e demandas vivenciadas localmente nos serviços de saúde.

Outro aspecto importante diz respeito ao reconhecimento do território adscrito pelos profissionais do NASF-AB (BRASIL, 2014). Considerando-se que seu processo de trabalho deve ser pautado na construção compartilhada do cuidado e na corresponsabilização junto às eSF/eAB, é indicada a análise dos territórios sob responsabilidade sanitária do NASF-AB em conjunto com as equipes vinculadas, a fim de diagnosticar

Unidade 4

a situação de saúde local buscando identificar necessidades e demandas da população, com vistas a subsidiar o planejamento em saúde.

Nessa proposta, é importante buscar informações com as próprias eSF/eAB sobre o **seu território**, procurando agregar informações e enriquecê-las a partir do olhar específico de cada categoria profissional que compõe o NASF-AB.

Assim, os profissionais do NASF-AB contribuem com a qualificação do olhar sobre o território, levantando aspectos relativos ao seu núcleo específico de saber, importantes para observação e relevantes para a qualificação da atenção. Por exemplo, o nutricionista pode contribuir para a identificação de mecanismos que promovam a Segurança Alimentar e Nutricional no território, aspecto que poderia não ser considerado pela eSF/eAB sem o devido suporte desse profissional.

SAIBA MAIS

Conheça o novo caderno do Ministério da Saúde que aborda sobre as contribuições dos NASF-AB para a Atenção Nutricional: [Clique Aqui](#)



Para a efetivação desse apoio, pode ser criado em seu município, através de discussão entre os profissionais NASF-AB e cada eSF/eAB vinculada, um **guia de reconhecimento do território** que considere os diferentes olhares. Esse guia deve englobar características populacionais, dados socioeconômicos e culturais, dados sobre aspectos sanitários, ambientais e epidemiológicos do território, além de outros que forem julgados necessários e importantes para realizar um diagnóstico adequado. Assim, retomando o exemplo anterior, a identificação da situação de mecanismos de promoção da segurança alimentar e nutricional deve ser realizada a partir desse contexto comunitário.

Tais dados podem ser obtidos de diferentes formas:

- Através da realização da territorialização em conjunto com as eSF/eAB (conhecendo em ato a realidade das populações pelas quais o NASF-AB é corresponsável, dando ênfase às suas características socioeconômicas, psicossociais, demográficas e epidemiológicas);
- Conversas com a população residente no território (informantes-chave);
- Inquéritos realizados pelos Agentes Comunitários de Saúde;
- A própria percepção da eSF/eAB sobre o território adscrito;

Unidade 4

- Discussões com o Conselho Local de Saúde;
 - E através de buscas em bancos de dados em saúde, além de outras fontes possíveis.
- Dessa forma, objetiva-se identificar as situações de saúde e as condições do viver de uma determinada população, em um dado lugar, localizando problemas e necessidades e revelando potencialidades locais, por meio da análise dos determinantes e condicionantes de determinada situação. Tem-se, então, a possibilidade de realizar o planejamento em saúde utilizando os dados do território como subsídios para a tomada de decisões.



As informações dos territórios de todas as equipes vinculadas ao NASF-AB podem ser consolidadas para identificação da área de abrangência do NASF-AB, considerado todo o território adscrito a esta equipe, ou seja, a somatória das áreas adscritas a todas as eSF/eAB vinculadas ao NASF-AB. Seu reconhecimento pode permitir a identificação de necessidades mais prevalentes e/ou correlacionadas entre os territórios das diferentes eSF/eAB, fornecendo subsídios para o planejamento e a programação de ações integradas do NASF-AB.

SAIBA MAIS

Conheça um exemplo de como o olhar sobre o território pode contribuir para a definição de ações mais coordenadas e adequadas às necessidades da população adscrita na página 39 do Caderno de Atenção Básica do NASF-AB nº 39 (BRASIL, 2014).

[Clique aqui](#)

Unidade 5

Estruturação do processo de trabalho do NASF-AB: Agenda dos profissionais de apoio

Estruturação do processo de trabalho do NASF-AB: Agenda dos profissionais de apoio

A retaguarda oferecida pelo NASF-AB pode se configurar de diferentes formas e se remodelar a partir do cotidiano da ABS/APS. Na prática, o apoio pode ocorrer através de visitas domiciliares; grupos de educação e saúde (prevenção, tratamento e promoção); ações de vigilância, planejamento e programação em saúde; ações relacionadas com Participação e Controle Social; atendimentos individuais ou familiares; ações no território; discussão de caso; discussão de temas com as eSF/eAB; ações intersetoriais; dentre outras (BRASIL, 2017).

Vale reforçar que se deve procurar combinar elementos assistenciais e técnico-pedagógicos nas ações desenvolvidas, buscando-se certo equilíbrio entre as duas dimensões do apoio matricial e tendo-se clareza de que diferentes espaços têm potencialidade para o exercício da Educação Permanente na ABS/APS. Nesse processo, ao organizar sua agenda de atividades, o profissional do NASF-AB deve considerar:

- **Foco no território sob sua responsabilidade** (o que significa foco no território específico de cada eSF/eAB vinculada e, ao mesmo tempo, foco sobre o território integrado do NASF-AB);
- **Realização de ações interdisciplinares**, compartilhadas e colaborativas, com ênfase na troca de conhecimento e nas responsabilidades mútuas;
- **Inclusão de momentos de apoio a cada uma das eSF/eAB vinculadas**, turnos para desenvolvimento de atividades específicas do profissional NASF-AB (definidas a partir das demandas e necessidades reguladas pelas eSF/eAB vinculadas, sempre discutidas e pactuadas previamente e considerando que a coordenação do cuidado continua sendo da ABS/APS) e períodos para planejamento, programação, registro e análise das ações realizadas.

SAIBA MAIS

As atividades que constam na agenda dos profissionais do NASF-AB devem, portanto, refletir o caráter do apoio matricial que embasa as ações desenvolvidas por esses profissionais. Para facilitar a elaboração da sua agenda, sugerimos a leitura das páginas 46 a 52 do novo **Caderno de Atenção Básica do NASF-AB (CAB nº 39)**. Nesse material, você poderá visualizar algumas recomendações para elaboração da agenda, a descrição de atividades que podem integrá-la e exemplos de configuração de agendas do NASF-AB por modalidade implantada.

[Clique Aqui](#)

Unidade 5

Com relação às recomendações para elaboração da agenda, reforçamos que, com posse das informações sobre o mapeamento de ações e condições para o desenvolvimento do trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) (ação indicada no novo CAB do NASF-AB), é importante definir encontros regulares periódicos (recomenda-se no mínimo mensalmente), comumente chamados de reuniões de matriciamento, de cada profissional do NASF-AB com cada uma das eSF/eAB.

NA PRÁTICA

No intuito de facilitar essa organização, sugerimos a participação dos profissionais do NASF-AB nas reuniões de eSF/eAB, quando realizadas no município, utilizando preferencialmente os horários já reservados para isso. Por exemplo, uma equipe NASF-AB I poderia definir uma periodicidade mensal de participação das reuniões de cada uma de suas nove equipes vinculadas; já o NASF-AB II, poderia definir uma periodicidade quinzenal de encontro com cada uma de suas três equipes vinculadas.

Em situações em que as eSF/eAB não apresentem definição sobre quando ocorrem as reuniões, ou quando elas não ocorrerem, faz-se importante que o profissional do NASF-AB pactue esse espaço de encontro com a equipe. Nessa situação, será necessário **definir um dia específico para reunião com os profissionais de apoio**, recomendando-se que seja realizada envolvendo o maior número possível de profissionais do NASF-AB a fim de que não sejam criados vários espaços de discussão com as equipes vinculadas separadamente por categoria profissional que o compõe (o que dificulta a participação das eSF/eAB por sobrecarregar sua agenda de atividades).

Na organização de sua agenda, posteriormente à definição dos momentos periódicos de encontro com as eSF/eAB vinculadas, o profissional do NASF-AB pode identificar dias em potencial para a realização de ações conjuntas/ compartilhadas nas UBS (por exemplo, dias de grupos desenvolvidos pelas eSF/eAB em que poderia participar conjuntamente, dias de atendimentos do médico e/ou do enfermeiro para realização de atendimentos conjuntos ou dias de atendimento no domicílio das equipes).

Em seguida, pode, então, definir dias para as suas **ações assistenciais específicas** (atendimentos e grupos específicos), considerando que a definição dos usuários que serão atendidos nessas ações deverá ser realizada a partir da pactuação prévia com as eSF/eAB nos espaços de encontro (como as reuniões de matriciamento), para discussão de casos e construção de projetos terapêuticos ou a partir de critérios previamente estabelecidos conjuntamente.

O último passo a ser realizado é a **pactuação da agenda** com as eSF/eAB e com a gestão municipal ou coordenação do NASF-AB. Nessa pactuação, é sempre importante reforçar que, devido à dinamicidade da ABS/APS, e por estar envolvido com diferentes realidades que variam conforme as equipes vinculadas e seus territórios, o NASF-AB necessita, constantemente, de revisões de agenda que, por este motivo, deve contar com certa flexibilidade.

Unidade 5

A pactuação com as equipes vinculadas tem o objetivo de aumentar o comprometimento de ambas as partes com a agenda em questão, uma vez que determinadas ações do NASF-AB dependerão, também, das eSF/eAB para acontecerem. Por exemplo, pactuada uma reunião para discussão de casos, tanto a equipe de referência quanto o profissional do NASF-AB devem se comprometer em comunicar aos demais envolvidos em casos de mudança de agenda, otimizando-se, desta forma, as ações desses profissionais na UBS.

Da mesma forma, a aproximação da gestão municipal com as atividades desenvolvidas cotidianamente pelo NASF-AB contribui para a realização de um apoio mais efetivo por parte da gestão para sua estruturação e consolidação. Por exemplo, cabe à gestão, em conjunto com os profissionais do NASF-AB, articular e mediar condições e estrutura para que tais profissionais possam desenvolver suas atividades específicas (atividades assistenciais diretas) dentro da UBS (para que exista, por exemplo, um consultório disponível, equipamentos necessários, etc.).

Além de pactuar a agenda de atividades com as equipes vinculadas, é recomendada também a **pactuação entre o NASF-AB** para integração das ações desenvolvidas, permitindo, por exemplo, a **otimização de espaços de apoio às eSF/eAB e atenção direta aos usuários das UBS**. Essa articulação pode contribuir para a configuração do NASF-AB enquanto equipe multiprofissional e interdisciplinar, complementar às equipes que atuam na ABS/APS e não apenas como diferentes profissionais isolados em seus núcleos disciplinares que atuam sob a lógica de apoio matricial. (BRASIL, 2017)

Outra questão importante é que, independente da dimensão do apoio oferecida pelos profissionais do NASF-AB, o sentido do apoio matricial deve permear todas as ações realizadas, seja ela uma consulta conjunta ou um atendimento específico do profissional do NASF-AB ou, ainda, uma discussão de caso ou tema. Em todas as ações, a relação entre o NASF-AB e a eSF/eAB deve se dar através do compartilhamento de saberes e da construção coletiva, a partir de cada realidade vivenciada e da necessidade identificada, o que torna esse um processo interdisciplinar por natureza.

SAIBA MAIS

Conheça a experiência de implantação dos NASF-AB em Belo Horizonte/MG, acessando a apresentação desse município sobre o tema, e a proposta de organização da distribuição proporcional de horas na agenda do NASF-AB do município de São Paulo/SP, segundo atividades e categorias profissionais (acesse o documento “Diretrizes e parâmetros norteadores das ações dos NASF-AB”, páginas 12 a 14).

Caso tenham necessidade, incentive a discussão em seu município sobre como podem ser definidas tais questões considerando a realidade vivenciada localmente.

Apresentação: [Clique aqui](#)
[Clique aqui](#)

Unidade 6

**Estruturação do processo de trabalho
do NASF-AB: Alguns instrumentos
para o apoio matricial**

Estruturação do processo de trabalho do NASF-AB: Alguns instrumentos para o apoio matricial

Para organizar o processo de trabalho do NASF-AB, além das considerações sobre a própria agenda de atividades já levantadas neste minicurso, outros mecanismos ou ferramentas podem ser acessados. Algumas delas já devem ser de seu conhecimento, como a clínica ampliada, o projeto terapêutico e o intervenções no território, apresentados e recomendados no Caderno de Atenção Básica (CAB) do NASF-AB nº 27 (BRASIL, 2009).

A clínica ampliada, o PTS e o PST propõem a qualificação das práticas de saúde na ABS/APS, englobando desde o planejamento, a programação e a execução até a avaliação das ações realizadas. Para conhecer um pouco mais sobre clínica ampliada, acesse os materiais indicados no Saiba Mais:

SAIBA MAIS

1. **Clique aqui** para saber como formular um Projeto Terapêutico Singular, acessando o material da UNA-SUS/UFSC (páginas 19 a 33) de autoria de Miranda, Coelho e Moré (2012)
2. **Clique aqui** para saber como formular um Projeto de Saúde no Território, acessando o material da UNA-SUS/UFSC (páginas 41 a 50) de autoria de Verdi, Freitas e Souza (2012).
3. Outras ferramentas para o trabalho integrado entre NASF-AB e equipes vinculadas foram elencadas no novo CAB do NASF-AB nº 39 (páginas 71 a 75), como o genograma e o ecomapa.
Clique Aqui



- Mas como podemos decidir quais ferramentas utilizar ou quais ações desenvolver? Para essa definição, precisamos relembrar que, tendo como foco os usuários do SUS, são as suas necessidades ou as necessidades das comunidades atendidas que devem subsidiar essa decisão, além de considerar as possibilidades de atuação das equipes NASF-AB e eSF/eAB envolvidas com a produção do cuidado.

Como exemplo de atuação integrada entre NASF-AB e eSF/eAB com base nessa diretriz, imagine a realização de uma reunião para discussão de casos entre uma eSF/eAB e profissionais do NASF-AB (psicólogo, nutricionista, farmacêutico, profissional de educação física e assistente social) em que seja debatida a seguinte situação:

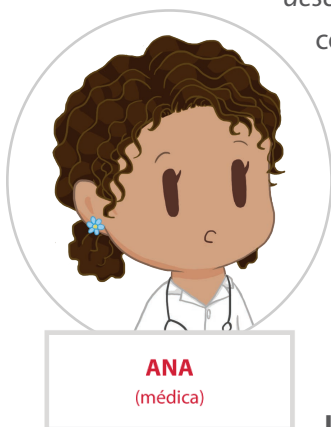
NA PRÁTICA



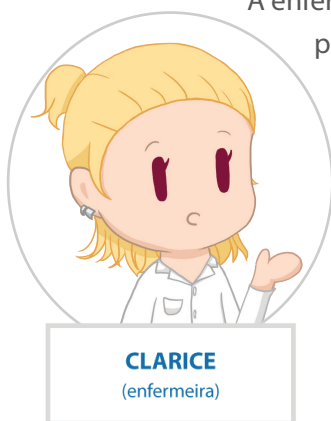
O Agente Comunitário de Saúde **Luiz** relata à equipe que esteve na casa de **Mario** na última semana e que se preocupou com o fato de que ele se queixava cada vez mais de *desânimo* e *aumento rápido de peso*, solicitando uma intervenção à equipe.



A médica de família - **Ana** - descreve o quadro clínico do usuário, que é portador de *hipertensão arterial severa descontrolada e obesidade grau II*. Relata que recebe **Mario** no acolhimento da UBS com frequência, sempre orientando o correto uso de suas medicações (uma vez que já foi identificado através do controle de dispensação de medicamentos da UBS que o usuário não costuma retirá-los na quantidade prescrita, sendo comum a “sobra” de comprimidos de um mês para o outro) e reforçando a necessidade de redução de peso, para o qual ele não se mostra muito motivado. Para a médica, **Mario** não está preocupado com esses problemas, com recorrência solicita encaminhamento para afastamento do emprego (perícia), em decorrência de dor lombar.



Luiz coloca que, além disso, **Mario** sente *cansaço excessivo, falta de ar*, e que o próprio excesso de peso dificulta que continue trabalhando como auxiliar de pedreiro. Descreve também que sua situação familiar é um tanto conflituosa (mora com uma filha de 15 anos, um filho de 22 anos usuário de álcool e com a esposa, com quem tem brigas constantes) e que a família apresenta baixa renda, atualmente recebendo benefícios sociais para sobrevivência.

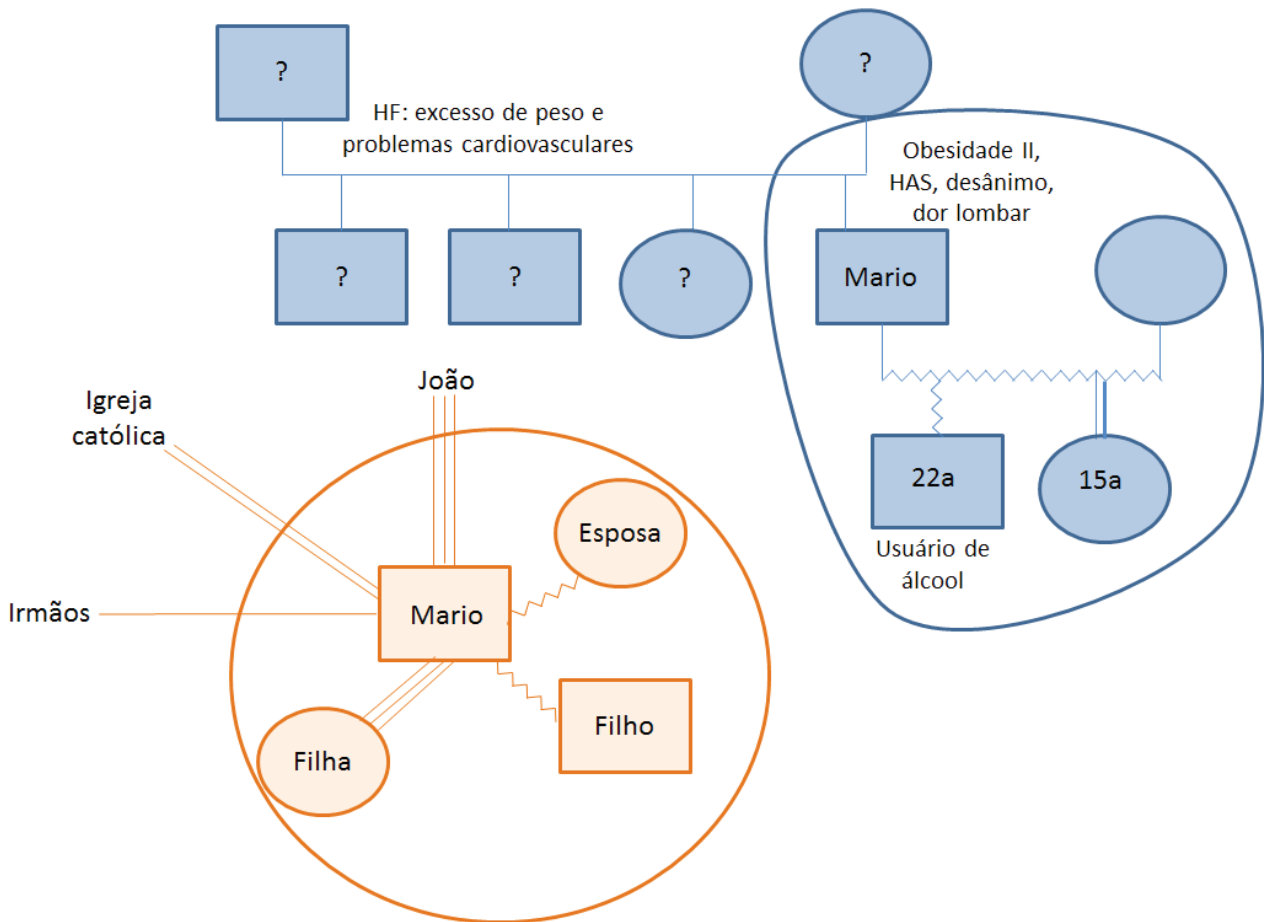


A enfermeira **Clarice** refere que a equipe não tem mais recursos para agir nesse caso, pois já houve tentativas de todas as formas para melhorar os níveis pressóricos de **Mario**, sem sucesso, e solicita à *nutricionista do NASF-AB* que o atenda, fornecendo orientações para redução de peso e do consumo de sódio. A equipe do NASF-AB propõe, então, continuar a discussão do caso a partir da elaboração do genograma e do ecomapa de **Mario**. Com base nesses instrumentos, identifica-se que o usuário possui dois irmãos e uma irmã que moram na comunidade e com quem tem boa relação, - apesar de não se verem com frequência - histórico familiar de excesso de peso e problemas cardiovasculares e, além dos vínculos conflituosos com o filho e a esposa, vínculos positivos e fortes com a filha, com a igreja católica local e com **João**,

frequentador assíduo do grupo de caminhada da UBS.

Unidade 6

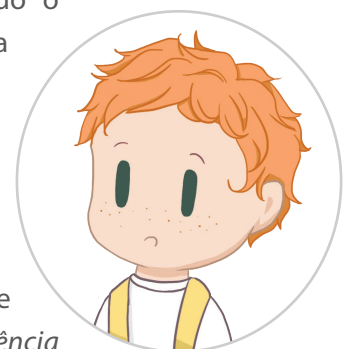
Veja na figura abaixo como poderiam ser representados o genograma e o ecomapa nesse caso.



Partindo desse diagnóstico inicial, a nutricionista **Mariana** sugere a elaboração de um PTS (Veja um exemplo de como poderia ser descrito o PTS em questão no **ANEXO 1**). A equipe pensa, então, em propostas de ações para serem discutidas com o usuário:

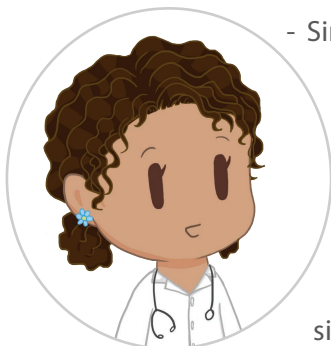


- Iniciar o acompanhamento por aquele considerado o principal problema para o usuário atualmente, sua condição financeira e de trabalho. O assistente social - **Carlos** - e o ACS **Luiz** agendariam uma visita domiciliar em conjunto para levantar informações sobre a escolaridade do usuário e outras áreas de interesse para atuação profissional. Além disso, **Carlos** sugere que a equipe realize contato com o *Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)* e a escola para jovens e adultos do bairro, identificando cursos de formação e/ou profissionalizantes que poderiam ser oferecidos para a



família, com o objetivo de aumentar sua renda em médio e longo prazo. Sugere, também, contato com os irmãos do usuário e com a igreja da comunidade para levantar possibilidades de doações de alimentos ou outros tipos de auxílio à família em curto prazo. A enfermeira **Clarice** ficaria responsável pelos contatos;

Unidade 6



- Simultaneamente às ações sugeridas pelo assistente social, a médica **Ana** reavaliaria o caso através de um *atendimento individual* para avaliar a necessidade de encaminhamento do usuário ao serviço de *fisioterapia* do município para tratamento da disfunção e da dor na coluna lombar referidos pelo mesmo;

- O segundo ponto debatido referiu-se à situação familiar conflituosa identificada, sendo sugerida a realização de um *atendimento psicológico familiar*. A psicóloga **Daniela** ficaria responsável por realizar a intervenção;



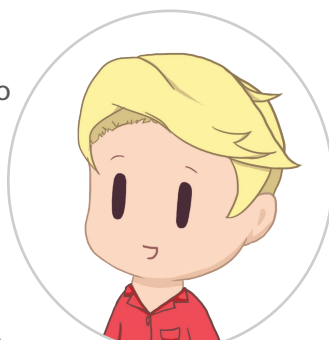
DANIELA
(psicóloga)



BRUNO
(farmacêutico)

- Em seguida, foram discutidas estratégias para melhorar adesão ao tratamento medicamentoso. O farmacêutico **Bruno** sugeriu um atendimento conjunto com a médica **Ana** (que seria realizado no mesmo dia em que fosse avaliada a necessidade de encaminhamento à fisioterapia), aproveitando o espaço para conhecer e iniciar seu vínculo com o usuário. Após esse primeiro contato, o farmacêutico agendaria dias específicos para a dispensação dos medicamentos a **Mario**, acompanhando mais sistematicamente sua adesão;

- Outra sugestão levantada foi a participação do usuário no grupo de caminhada desenvolvido na UBS. Como estratégia para isso, foi sugerido que **João**, amigo de **Mario** e frequentador do grupo, fizesse o convite, uma vez que já possuem vínculo afetivo bem estabelecido, o que poderia incentivar sua participação;



JOÃO



MARIANA
(nutricionista)

- Por fim, a nutricionista **Mariana** se colocou à disposição para realização de *atendimentos individuais do usuário* ou para convidá-lo a participar do *grupo de alimentação saudável da UBS*. A equipe acordou que esse seria um passo mais adiante do PTS, visto que o usuário apresentava resistência às mudanças alimentares sugeridas. Pactuou-se, então, caso necessário, sugerir essa intervenção na medida em que as demais ações fossem sendo realizadas.

Após o levantamento de possibilidades de ações e a definição de metas, prazos e responsáveis por cada uma delas, foi decidido que a médica **Ana** seria a profissional de referência para o usuário e sua família no PTS em questão, uma vez que é a profissional que tem melhor vínculo com os mesmos. Como ação inicial, agendou-se uma visita domiciliar para discussão e pactuação sobre o PTS com o usuário, que não sugeriu alterações nas ações propostas. Nos meses seguintes, as ações foram desenvolvidas e ao mesmo tempo debatidas nos momentos de discussão de casos entre NASF-AB e SF, sofrendo constantes reavaliações conforme o andamento do PTS elaborado e os resultados alcançados.



Esse é apenas um exemplo de como podem ser pensadas as ações de maneira conjunta e colaborativa entre eSF/eAB e NASF-AB. Em sua prática, tente identificar outras possibilidades de arranjos que podem ser desenvolvidas a partir de situações vivenciadas, que podem ser individuais, familiares ou comunitárias.

Tomemos como outro exemplo a identificação de alta prevalência de depressão em idosos em uma comunidade. Esses idosos poderiam ser encaminhados ao psicólogo para atendimento individual ou ao grupo específico de psicologia ou, ainda, os profissionais da eSF/eAB em conjunto com o NASF-AB poderiam desenvolver ou buscar parcerias com diferentes setores da sociedade para oferta de atividades de convivência a esse público, como trabalhos manuais, prática de atividade física, lazer, aulas de dança, música ou canto, etc.

É importante colocar que ambas as ações podem ser válidas e sua pertinência deve ser avaliada segundo a realidade local e os resultados que se pretende alcançar. Na situação relatada, sendo um diagnóstico comunitário, possivelmente o psicólogo não teria disponibilidade de atender todos os idosos identificados com depressão e, dessa forma, a proposta do grupo poderia trazer melhores resultados à comunidade, além de promover o trabalho conjunto entre as equipes envolvidas.

Todas essas pactuações realizadas podem ser guiadas e acompanhadas através de diferentes mecanismos de organização para registro e devolutiva do que foi realizado nas reuniões de matriciamento. São alguns exemplos desses mecanismos os roteiros semiestruturados para discussão de casos (que buscam qualificar essa ação para além do repasse de casos), as listas de acompanhamento de casos compartilhados e as planilhas de monitoramento de solicitação de apoio. Veja a seguir algumas possibilidades de desenhos desses instrumentos:

1) ROTEIROS PARA DISCUSSÃO DE CASOS:

As discussões de casos entre profissionais do NASF-AB e eSF/eAB podem ser consideradas extremamente importantes para o aumento da resolubilidade desse nível de atenção, para a organização de fluxos entre os diferentes profissionais e serviços que constituem o SUS, qualificando o acesso dos usuários, e para a Educação Permanente das eSF/eAB. Servem também para promover a coordenação do cuidado por essa equipe, possibilitando pactuações e repactuações permanentemente entre os diferentes profissionais envolvidos com o cuidado na ABS/APS.

O Guia de Matriciamento em Saúde Mental ([Clique aqui](#)) sugere que todo o profissional que faz matriciamento considere um roteiro para discussão de casos clínicos com as equipes matriciadas (CHIAVERINI et. al., 2011). Nessa proposta, o roteiro sugerido sofreu adaptações (Veja o exemplo de um roteiro preenchido no [ANEXO 2](#)), estando disposto a seguir:

A) Motivo do matriciamento;

B) Informações sobre a pessoa, a família e o ambiente, incluindo configuração familiar (sugere-se o uso do genograma e do ecomapa), vida social (participação em grupos, em instituições e rede de apoio social) e situação econômica;

C) Problema apresentado no atendimento (na visão da pessoa ou família, opiniões de outros e da equipe

Unidade 6

que realiza o acompanhamento) e sua história (fator desencadeante, manifestações sintomáticas, evolução);

D) Estratégias e ações já desenvolvidas pela eSF/eAB na oferta de cuidado e pelo próprio usuário;

E) Resultados já alcançados e não alcançados, mas esperados, pela equipe e usuário/família;

F) Definição do plano terapêutico de maneira conjunta entre NASF-AB e eSF/eAB.

Além desse roteiro, sugere-se também a utilização de outro, mais simplificado (Veja o exemplo de um roteiro preenchido no **ANEXO 3**), a fim de facilitar a organização da discussão de casos entre NASF-AB e eSF/eAB:

Solicitar à equipe um resumo do histórico (o que está acontecendo? Qual o problema ou necessidade?) e das estratégias e ações já desenvolvidas (o que já foi feito na tentativa de resolver o problema?);

Questionar à equipe o que mais poderia ser feito no caso em questão (o que mais se pensa em fazer?);

Colocar novas possibilidades de ações para o cuidado a partir do olhar específico das categorias profissionais do NASF-AB (como atendimentos específicos dos profissionais do NASF-AB, atendimentos realizados pela própria eSF/eAB após discussão de caso com o NASF-AB, atendimentos conjuntos entre um profissional do NASF-AB e um profissional da eSF/eAB, visitas domiciliares, encaminhamento para grupos, reuniões na comunidade, ações intersetoriais, etc.);

Definir com a equipe de SF as ações que serão desenvolvidas (que ações desenvolveremos? Quem ficará responsável? O que será necessário? Qual o nosso prazo?);

Aproveitar o momento para discutir questões gerais sobre a problemática do caso em questão (sempre que você vir isso, considere ou observe ou experimente...), buscando aumentar a capacidade da eSF/eAB para lidar com a situação levantada.

Além desses dois exemplos de roteiros de discussão de casos (Anexos 2 e 3), podemos ainda pensar que a proposta de elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares pode se configurar em uma espécie de roteiro para discussões de caso na medida em que trabalha com quatro momentos (BRASIL, 2014):

- Diagnóstico;
- Definição de metas;
- Divisão de responsabilidades;
- Reavaliação.

2) LISTAS DE ACOMPANHAMENTO DE CASOS COMPARTILHADOS:

Outra questão que pode ser abordada nas reuniões de matriciamento é o gerenciamento conjunto de casos entre NASF-AB e eSF/eAB, que pode ser realizado através da elaboração e utilização de listas de acompanhamento de casos compartilhados. Para isso, as listas devem estar disponíveis para todos os profissionais envolvidos, promovendo comunicação sobre usuários acompanhados pelo NASF-AB após pactuação com as eSF/eAB, com a possibilidade de aprofundamento das informações sobre as ações realizadas através da consulta ao prontuário dos usuários atendidos. Portanto, constituem-se como um instrumento facilitador para identificação dos casos em acompanhamento compartilhado com o NASF-AB, fornecendo mais subsídios para planejar, organizar, monitorar resultados e coordenar as ações de cuidado. Para sua utilização, sugere-se:

-  Elaborar a lista de acompanhamento compartilhado de casos por eSF/eAB vinculadas;
-  Elaborar a lista a partir dos nomes dos usuários acompanhados ao invés de listas por profissionais do NASF-AB (portanto, usuário-centradas e não profissionais-centradas);
-  Disponibilizar a lista em todos os consultórios da UBS, por exemplo, através de compartilhamento em rede no caso de unidades informatizadas (sugere-se disponibilizar a cada eSF/eAB apenas a lista de usuários sob sua responsabilidade sanitária);
-  Orientar que todos os profissionais do NASF-AB registrem as ações realizadas (de forma sintética, pois o aprofundamento das informações poderá ser realizado com acesso ao prontuário) – lembrando, sempre, de resguardar informações sigilosas e manter um registro ético das informações compartilhadas;
-  Definir um profissional da eSF/eAB para gerenciamento da lista (profissional responsável por incentivar os demais a registrarem suas ações e por identificar situações que devam ser levadas para discussão de casos);
-  Definir como responsabilidade dos profissionais do NASF-AB também a identificação de situações que devam ser levadas para discussão de casos, mesmo que não trazidas pelo profissional que gerencia a lista (Veja um exemplo de lista de gerenciamento conjunto dos casos no [ANEXO 4](#)).

3) PLANILHAS DE MONITORAMENTO DAS SOLICITAÇÕES DE APOIO:

Além das listas de acompanhamento de casos compartilhados construídas por NASF-AB e eSF/eAB, cada profissional pode organizar planilhas para o monitoramento das solicitações de apoio realizadas pelas eSF/eAB (Veja um exemplo de lista de monitoramento das solicitações de apoio no [ANEXO 5](#)), constando minimamente:

- Data da solicitação de apoio (ou da discussão de caso);
- Nome completo do usuário e data de nascimento ou número do Cartão Nacional de Saúde;
- Contato do usuário;
- Motivo do matriciamento;
- Ação realizada.

Tais planilhas devem ser preenchidas pelo profissional do NASF-AB a partir das discussões de caso realizadas com as eSF/eAB e servir para o monitoramento dos casos acompanhados.

Além disso, permite monitorar os principais tipos de situações em que é solicitado o apoio, podendo subsidiar ações de Educação Permanente direcionadas às próprias eSF/eAB, e o tempo entre a solicitação e oferta do apoio pelo NASF-AB. Nesse caso, recomenda-se que sejam organizadas por eSF/eAB vinculada, facilitando a obtenção de dados referentes aos usuários sob sua responsabilidade sanitária nos momentos de discussão de caso com o profissional de apoio.

Por fim, reforçamos que as reuniões de matriciamento são os espaços privilegiados para a realização de pactuações entre NASF-AB e eSF/eAB vinculadas, incluindo a ocorrência de discussões de caso. Ou seja, é prioritariamente nesses momentos em que são problematizadas as situações, determinadas as propostas de intervenção e realizadas reavaliações posteriormente, justificando-se a importância de que todos os profissionais do NASF-AB realizem encontros regulares com todas as equipes vinculadas.

Unidade 7

NASF-AB como equipe

NASF-AB como equipe

O NASF-AB entendido como um núcleo – ou unidade central que agrupa diferentes profissionais – dificulta a interdisciplinaridade, pois pressupõe um agrupamento de profissionais que trabalham desarticuladamente. Em consequência, logicamente seria mais sensato pensarmos no NASF-AB trabalhando em equipe, ou seja, de maneira articulada com o objetivo de oferecer um apoio de maior qualidade às eSF/eAB vinculadas. Para que seja possível essa organização, é essencial que exista, de maneira institucionalizada pela gestão, espaços de encontro e discussão de ocorrência periódica entre os profissionais que o compõem (recomenda-se uma reunião **semanal** ou, pelo menos, **quinzenalmente** entre os profissionais do NASF-AB).



Se em seu município, as reuniões em equipe NASF-AB não são uma realidade, converse com sua equipe e com a gestão municipal sobre essa proposta, lembrando que esses espaços devem ser utilizados como momentos de articulação entre a equipe NASF-AB, possibilitando o debate de assuntos pertinentes às UBS e eSF/eAB. Pode-se, por exemplo, levantar dificuldades e potencialidades do trabalho integrado, trocar experiências e, inclusive, propor ações de Educação Permanente para as equipes vinculadas e para o próprio NASF-AB, que podem ser articuladas com áreas estratégicas da Secretaria Municipal de Saúde, por exemplo.

É importante estar claro que, com essa integração em equipe, o NASF-AB não nega a necessidade de realização de um planejamento em saúde articulado com o planejamento das eSF/eAB, mas considera que possui responsabilidade sobre um território maior, que integra o território de todas as equipes vinculadas, e que a organização de seu processo de trabalho também é diferenciada.

Um olhar qualificado, em equipe, pode, por exemplo, contribuir para identificar situações que exijam maior atenção por parte destes profissionais nas ações de Educação Permanente com determinadas eSF/eAB. Ou seja, uma visão mais ampliada do NASF-AB enquanto equipe pode facilitar a identificação das necessidades mais prevalentes e/ou urgentes das eSF/eAB, auxiliando a organização do processo de trabalho dos próprios profissionais do NASF-AB por meio de ações de suporte **técnico-pedagógico** e **assistencial** propriamente dito.

Para finalizar, outra questão que pode facilitar a organização do processo de trabalho do NASF-AB, inserida na proposta de sua organização enquanto equipe, é o monitoramento e a avaliação das ações desenvolvidas, que devem oferecer **feedback constante** no intuito de subsidiar o planejamento de ações. Para isso, é necessário que as ações realizadas pelo NASF-AB sejam registradas em instrumentos próprios da ABS/APS que especifiquem as ações desenvolvidas por essa equipe. Além disso, o registro das intervenções deve ser realizado em instrumentos utilizados pelas eSF/eAB (como prontuários e atas de grupos) – englobando todas as etapas das atividades, desde o seu planejamento até sua avaliação.

Unidade 7

A partir do registro, o monitoramento de demandas mais frequentes trazidas pelas eSF/eAB, os tipos de apoio mais demandados (atendimentos individuais específicos, atendimentos coletivos, visitas domiciliares, ações compartilhadas, discussão de casos ou temas, etc.) e o percentual de atendimento da demanda observada podem ser monitorados e avaliados pelo NASF-AB. A partir daí, por exemplo, pode-se trabalhar temas específicos com as equipes no sentido de aumentar sua capacidade em lidar com situações mais comuns e/ou simples que sejam passíveis de uma intervenção anterior à intervenção específica do profissional do NASF-AB ou de outro nível de atenção, promovendo o aumento da resolubilidade da ABS/APS.

SAIBA MAIS

Veja as orientações do Ministério da Saúde para o registro e o uso das informações pela equipe NASF-AB nas páginas 109 a 111 do CAB NASF-AB nº 39 (BRASIL, 2014).

[Clique Aqui](#)

No Instrumento de Avaliação Externa para os NASF-AB (BRASIL, 2013), recomenda-se, também, que o NASF-AB avalie o efeito de suas ações nas equipes vinculadas por meio de diferentes indicadores ou sinalizadores que considerem as duas dimensões do apoio matricial. São exemplos o número de encaminhamentos realizados de forma equivocada ou desnecessária para a atenção especializada, o número de solicitações de atendimentos desnecessariamente direcionadas ao NASF-AB, indicadores de saúde da população do território, as situações de saúde dos casos compartilhados, dentre outros.

Ainda que a utilização desses indicadores esteja em uma fase incipiente como diretriz federal para as equipes NASF-AB implantadas, vale a pena iniciar essa discussão em seu município e pensar em como pode ser realizado o monitoramento e avaliação do NASF-AB em sua realidade.

SAIBA MAIS

Atualmente, recomenda-se o e-SUS AB como instrumento de registro das ações do NASF-AB. Para saber mais, acesse o portal do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde para conhecer as orientações sobre o uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e o preenchimento das Fichas CDS do e-SUS AB:

[Clique Aqui](#)

CONCLUSÃO DO CURSO

A proposta de incluir outros profissionais na ABS/APS, além daqueles inseridos na eSF/eAB, é relativamente recente no país e muitas são as possibilidades para a sua implantação e para a consolidação do NASF-AB como instrumento de apoio à modificação da realidade sanitária no Brasil.

Nesse minicurso, fizemos uma contextualização do NASF-AB e apresentamos caminhos possíveis para a organização de seu processo de trabalho. Esperamos que essa discussão contribua para a efetivação de um trabalho compartilhado na ABS/APS em sua realidade, promovendo a corresponsabilização e a integralidade do cuidado e, conseqüentemente, mais qualidade na atenção aos usuários do SUS.

O Telessaúde-SC está a sua disposição para promover a qualificação do trabalho colaborativo entre NASF-AB e eSF/eAB. Para isso, oferece o serviço de Fóruns de discussão e Teleconsultorias NASF-AB para suporte aos profissionais no tocante ao processo de trabalho dos NASF-AB e sua integração com as eSF/eAB. Entre em contato conosco, envie suas dúvidas ou solicitações através da página eletrônica:

<http://telessaude.sc.gov.br>

Até a próxima!



Referências Bibliográficas

BELO HORIZONTE. Janete Coimbra. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. V COMPESP – APS: Agora mais do que nunca. s/d. Disponível em <http://pt.slideshare.net/jotaluiz/vcomesp-janete-coimbra>. Acesso em 06 abr 2014.

BRASIL. **E-SUS Atenção Básica**: Sistema com Coleta de Dados Simplificada. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Instrumento de Avaliação Externa da Saúde Mais Perto de Você**: Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Lex**: Diário Oficial da União, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica no 39** – Núcleos de Apoio à Saúde da Família – volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF-AB**: Caderno de Atenção Básica n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2, de 28 de setembro de 2017: Anexo XXII. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 39 p.

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

CHIAVERINI, D. H. (org); et. al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva, 2011.

FROTA, S. L. F. **Sistema de informação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – SINAI no município de Sobral**. Disponível em <http://www.crefito6.org.br/novo/images/stories/pdf/conassmes1suzana.pdf>. Acesso em 06 abr. 2014.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 161-70, 2010.

MIRANDA, F. A. C.; COELHO, E. B. S.; MORÉ, C. L. O. O. Projeto Terapêutico Singular. In: UFSC. **Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família**. UFSC: Recurso Eletrônico, 2012.

ROSA, R. B.; PELEGRINI, A. H. W.; LIMA, M. A. D. S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 2, p. 345-51, 2011.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Diretrizes e parâmetros norteadores das ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. São Paulo, 2009. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/esf/diretrizes_NASF-AB.pdf. Acesso em 06 abr 2014.

VERDI, M. I. M.; T. G. FREITAS; SOUZA, T. T. Projeto de Saúde no Território. In: UFSC. **Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família**. UFSC: Recurso Eletrônico, 2012.

Anexo 1

Utilizando a metodologia recomendada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), veja como poderia ser descrito o projeto terapêutico em questão:

a) Diagnóstico:

Identificação: Mario;

Queixa/ situação/ demanda: desânimo, aumento rápido de peso, dor lombar, desejo de se afastar do emprego, obesidade II, HAS descontrolada;

Contexto familiar e social: descritos na história relatada, incluir genograma e ecomapa;

Informações e ações clínicas já realizadas: descritos na história relatada;

Percepções dos profissionais de saúde: usuário com frequência procura atendimentos de urgência, apresenta pouca adesão ao uso dos medicamentos e às demais orientações da equipe. Condições sociais e familiares desfavoráveis;

Percepções do usuário/ família: aprofundar com o usuário e familiares na discussão sobre o projeto terapêutico;

Análise de potências e vulnerabilidades: aprofundar a discussão com o usuário e em equipe a partir do caso inicialmente exemplificado.

b) Definição de metas:

- Incentivar ações que promovam aumento da renda familiar em médio e longo prazo;
- Fortalecer vínculos relacionais do usuário;
- Incentivar a socialização do usuário;
- Promover melhora da situação clínica do usuário.

c) Divisão de responsabilidades:

- Discussão da profissional de referência do projeto terapêutico com o usuário sobre o Projeto Terapêutico construído. Prazo: 2 semanas;
- Visita domiciliar do assistente social do NASF-AB e do ACS. Prazo: 1 mês;
- Contato da enfermeira Clarice com CRAS e escola para jovens e adultos do bairro. Prazo: 1 mês;
- Contato da enfermeira Clarice com familiares e igreja da comunidade. Prazo: 3 semanas;
- Reavaliação clínica do usuário pela médica em consulta conjunta com farmacêutico. Prazo: 3 semanas;
- Acompanhamento psicológico familiar. Prazo: 2 meses;
- Dispensação orientada de medicamentos pelo farmacêutico mensalmente. Prazo: 1 mês;
- Contato com João pelo ACS para estímulo à participação de Mario no grupo de caminhada. Prazo: 1 mês.
- Acompanhamento nutricional. Prazo: a definir posteriormente.

d) Reavaliação:

- Reavaliar o andamento do projeto terapêutico mensalmente em reunião de matriciamento.

Anexo 2

Veja o exemplo de um roteiro para matriciamento em Saúde Mental preenchido:

a) Motivo do matriciamento:

A eSF/eAB identifica como necessário o matriciamento do NASF-AB para discussão do caso de Adriano, 44 anos, em decorrência do atual quadro de depressão e isolamento social em que se encontra.

b) Informações sobre a pessoa, a família e ambiente, vida social e situação econômica:

Adriano é solteiro, nunca se casou e sempre morou com os pais. Depois do falecimento do pai, há cerca de dois anos, tem sentido desânimo, frequentemente relatado aos familiares. Há um ano, deixou de trabalhar como vendedor em uma loja de materiais de construção e atualmente é dependente da mãe, Maria, que recebe dois salários mínimos de aposentadoria. Nesse período também deixou de participar dos campeonatos de futebol aos finais de semana e dos bailes que acontecem com frequência no centro comunitário do bairro. Além da mãe, moram na casa de alvenaria de cinco cômodos, a irmã Laura (portadora de HIV e hepatites B e C, que trabalha atualmente como cozinheira), a sobrinha Carmen, desempregada, e seus 3 filhos, que estudam em uma escola pública durante a manhã e participam de um projeto social no contraturno das aulas. Conta que com frequência se incomoda com o barulho dos mesmos em casa. Refere ter um bom relacionamento com os irmãos, principalmente com Vilson, mas que tem pouco contato com ele. Não gosta de falar sobre a morte do pai. Diz não ter vontade de sair de casa. O genograma da família encontra-se disposto a seguir: (anexo)

c) Problema apresentado no atendimento:

A equipe identifica que o quadro depressivo de Adriano é o principal problema a ser trabalhado, reforçando que ele não sai de casa há vários meses. Para a mãe, Maria, a morte do pai foi o fator que provocou a tristeza do filho e o fato de ele não estar trabalhando no momento traz muitos transtornos, já que a renda familiar é insuficiente para o sustento de todos. Adriano diz não entender o que acontece, apenas não tem mais vontade de continuar a viver como antes, tem desejo de mudar, mas não vê como.

d) Estratégias e ações já desenvolvidas pela equipe de SF na oferta de cuidado e pelo usuário:

Há cerca de seis meses, além da visita mensal do ACS em domicílio, médica e enfermeiro da equipe têm se revezado para também realizar atendimento no domicílio. Foram receitados medicamentos para o tratamento da depressão e tem-se tentado incentivar o usuário a retomar suas atividades rotineiras.

e) Resultados já alcançados e não alcançados, mas esperados, pela equipe e pelo usuário:

Nesse período, o usuário conseguiu retornar ao convívio dos amigos no jogo de futebol da comunidade. Espera-se que Adriano possa retomar outras atividades cotidianas, como o emprego.

f) Definição do plano terapêutico:

- Acordada atendimento no domicílio conjunta entre psicóloga do NASF-AB e enfermeiro ou médica da eSF/eAB para uma aproximação inicial. A proposta é ofertar o acompanhamento psicológico regular a fim de buscar trabalhar questões envolvidas com o quadro atual relatado;
- Acordada discussão da abordagem medicamentosa atualmente prescrita com o psiquiatra do NASF-AB;
- Acordada a realização de uma reunião familiar organizada pelo assistente social do NASF-AB, convidando os familiares que moram com Adriano e Vilson, irmão próximo do usuário, a fim de buscar com a família ações a serem realizadas;
- Incentivar a ressocialização do usuário a partir das atividades que lhe são prazerosas e buscar com ele projetos para mudança de emprego, se esse for o seu desejo. Por exemplo, sendo necessária qualificação profissional, articular com outros setores, como educação e assistência, a realização de cursos profissionalizantes;
- Reavaliar o plano terapêutico mensalmente em reunião de matriciamento.

Anexo 3

Veja o exemplo de um roteiro simplificado para matriciamento preenchido:

a) Resumo do histórico e das estratégias já desenvolvidas:

A cirurgiã-dentista Joana traz o caso de Camila, de 1 ano e 6 meses, para discussão em equipe. Relata que acompanha a criança desde o nascimento e que ela apresenta cáries com recorrência. Já orientou a mãe em relação à escovação e para não oferecer doces à criança, mas não observou mudanças na condição clínica de Camila. Refere ter observado no prontuário da criança que ela apresenta diagnóstico nutricional de sobrepeso para a idade.

b) Levantamento com a equipe sobre o que mais poderia ser feito na situação:

A profissional solicita acompanhamento pelo nutricionista e pela pediatra do NASF-AB. A médica da equipe sugere que seja agendada uma consulta prévia consigo mesma ou com a enfermeira da área, uma vez que a criança faltou às consultas agendadas no último ano.

c) Levantamento e definição de novas possibilidades de ações:

- A equipe NASF-AB reforça a importância da identificação da situação e das orientações já realizadas, estimulando a consulta prévia da criança com demais profissionais da eSF/eAB;
- Fica acordado o agendamento de uma consulta com a enfermeira da área, levantando-se mais informações sobre a situação familiar, social e alimentar da criança;
- Na reunião de matriciamento do próximo mês, o caso voltará a ser discutido, a fim de identificar outras estratégias para a produção do cuidado. O NASF-AB sugere que, se for necessário, pode-se pensar na realização de uma consulta conjunta entre enfermeira ou cirurgiã-dentista da equipe e nutricionista ou pediatra do NASF-AB.

d) Educação Permanente da equipe apoiada:

- Como estratégia de Educação Permanente da equipe, a nutricionista sugere que, quando identificada uma situação como a relatada, é importante levantar com a família informações que possam ajudar a equipe a compreendê-la melhor. Por exemplo, é válido identificar se a criança frequenta ou não a creche, quais refeições faz em casa, quem cuida da criança, quem oferece as guloseimas a ela, quais os significados dessa oferta na família, qual a sua relação com os alimentos, a que tipos de alimentos a família tem acesso, etc. Sugere que as orientações sejam realizadas observando esse contexto e reforçando-se que, se houver a oferta desses alimentos, deve ser realizada ocasionalmente, além de buscar alternativas junto à família de como modificar os hábitos para uma alimentação mais saudável e adequada para a idade;

- O pediatra do NASF-AB reforça que, em situações como essas, os profissionais podem utilizar materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde para as orientações, como os 10 passos para uma alimentação saudável de crianças menores de 2 anos e o Guia alimentar para crianças menores de dois anos.

Anexo 4

Lista de Acompanhamento de Casos Compartilhados*					
eSF/eAB: _____		NASF-AB: _____		UBS: _____	
Nome do usuário (por ordem alfabética)	Data de nascimento	Data de início da intervenção	Profissional	Situação do acompanhamento	Discutir com eSF/eAB
Ana da Silva	17/10/1959	10/08/2014	Nutricionista Luana	Em atendimento individual	X
Carlos de Souza	10/02/1954	03/03/2014	Psiquiatra Clarice	Faltou consulta conjunta com enfermeira da equipe de SF	
		02/04/2014	Fisioterapeuta João	Em atendimento individual	
		10/09/2014	Assistente social Marília	Em acompanhamento no grupo de famílias	X
		20/05/2014	Fonoaudiólogo André	Faltou consulta individual	
Evelise Cristina	19/09/1983	30/03/2014	Psicóloga Sandra	Em atendimento individual	
		18/09/2104	Farmacêutico Daniel	Em acompanhamento no grupo de diabéticos insulínodpendentes	X
Karina Albuquerque	24/08/2012	20/08/2014	Pediatra Mirele	Em atendimento individual	X
		07/07/2014	Nutricionista Luana	Em atendimento individual conjunto com médico da equipe de SF	
Larissa de Almeida	06/02/1986	27/08/2014	Psicóloga Sandra	Faltou grupo de psicoterapia	X
Nison de Oliveira	10/03/1946	02/06/2014	Geriatra Luiza	Faltou consulta individual	
		03/09/2014	Fonoaudiólogo André	Em atendimento individual	
		29/08/2014	Fisioterapeuta João	Faltou grupo de fisioterapia	X

*Informações fictícias

Anexo 5

Planilha de monitoramento de solicitação de apoio – Nutricionista Luana					
Unidade Básica de Saúde: _____			eSF/eAB: _____		
Data da solicitação de apoio	Nome do usuário	Data de nascimento	Contato do usuário	Motivo do matriciamento	Ação realizada
03/04/2014	Carlos da Silva	17/10/1959	Número de telefone	Obesidade III, dislipidemia, ansiedade	Consulta individual em 05/05/2014
12/04/2014	Evelise de Souza	10/02/1954	Número de telefone	HAS, hiperuricemia, sobrepeso	Consulta conjunta com médico SF em 28/04/2014
12/04/2014	Ana Cristina Pereira	19/09/1983	Número de telefone	Anorexia	Consulta individual em 20/05/2014
15/05/2014	Marina Albuquerque	24/08/2012	Número de telefone	Diabetes insulínodépendente	Consulta conjunta com enfermeiro SF em 10/06/2014
18/05/2014	Luan de Almeida	06/02/1986	Número de telefone	Sobrepeso	Educação permanente equipe SF em 01/06/2014 para orientações
05/06/2014	Mateus de Oliveira	10/03/1946	Número de telefone	Obesidade I, DM	Grupo de Alimentação Saudável em 03/07/2014
07/07/2014	Laura Marin	19/01/2014	Número de telefone	Introdução de alimentos	Consulta conjunta com dentista da equipe SB em 12/07/2014
19/07/2014	José Laurindo	02/08/1951	Número de telefone	Intolerância à lactose	Educação permanente equipe SF em 30/07/2014 para orientações