História e princípios do sistema único de saúde a estratégia à saúde familiar

History and principles of the unified health system the family health strategy

Ronnes de Azevedo Dias¹; José Francisco da Silva Costa^{1*}, Raiane Ribeiro Cardoso¹; Ronald Margalho Ferreira¹; Patrícia do Socorro Ferreira Sena², Carla Lima Silva¹; Patrícia da Conceição da Silva Nahum¹; Emanuele cordeiro chaves¹

RESUMO

Visando o fortalecimento da ESF, a melhoria da qualidade e a resolubilidade da Atenção Básica, foi criado em 24 de janeiro de 2008, por meio da Portaria GM/MS n. 154, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações de Atenção Básica (AB), bem como sua eficácia e eficiência. O objetivo deste estudo foi analisar o trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no município de Belém – PA através da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ). A pesquisa de caráter bibliográfica procura retratar, todos os requisitos necessários para compreender o NASF e o SUS no estado do Pará. Concluiu-se a pesquisa considerando que a implantação de estratégias de saúde que possibilitem o reforço dos pontos positivos e diminuição das limitações referentes ao processo de trabalho nos NASFs se torna fundamental para que se seja possível para uma melhor estratégia de saúde as famílias.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Atenção Básica.

ABSTRACT

Aiming at strengthening the ESF, improving the quality and solvability of Primary Care, it was created on January 24, 2008, through Ordinance GM/MS n. 154, the Family Health Support Center (NASF), which aims to expand the scope and scope of Primary Care (AB) actions, as well as their effectiveness and efficiency. The objective of this study was to analyze the work of the Family Health Support Centers in the city of Belém - PA through the Self-Assessment for Access and Quality Improvement (AMAQ). The bibliographic research seeks to portray all the requisites necessary to understand the NASF and the SUS in the state of Pará. the work process in the NASFs becomes fundamental to make it possible for families to have a better health strategy.

Keywords: Unified Health System; Family Health Strategy; Basic

^{1*} jfsc@ufpa.br,

¹ Universidade Federal do Pará-UFPA

²Universidade Estadual do Pará-UEPA

INTRODUÇÃO

Uma questão muito importante a ser discutida é a da capacitação de profissionais para atuar no SUS. A formação de recursos humanos em saúde passa a ser concebida como indispensável para transformar as práticas sanitárias prevalentes. Tradicionalmente, o ensino na graduação no Brasil caracteriza-se pela pedagogia autoritária de transmissão e acúmulo de conteúdo, com excesso de carga horária e, muitas vezes, com desconexão entre núcleos temáticos. Esse modelo de ensino não tem se mostrado capaz de proporcionar formação do profissional com o perfil necessário para atuar na perspectiva de atenção integral à saúde, incluindo neste contexto as ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação (GIL, 2005).

Na reorganização do modelo de atenção à saúde, torna-se fundamental qualificar os recursos humanos mediante a participação das universidades como formadoras, como pólos de capacitação e educação continuada, para que os profissionais possam atuar adequadamente. O problema crucial passou a ser o da reconstrução e fortalecimento de recursos humanos capacitados para a efetiva implantação do SUS (HENRIQUE; DA ROS, 2004). Diante disso, surge o seguinte questionamento: “Os profissionais que compõem os Núcleos de Apoio à Saúde da Família no município de Belém consideram que os núcleos encontram-se dentro dos padrões de processo de trabalho estabelecidos pelo Ministério da Saúde?”.

As políticas públicas de saúde no Brasil são reflexos de um contexto histórico de luta pela ampliação de direitos sociais, o que culminou na implantação do SUS, com a definição de saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Os princípios que sustentam o SUS são a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado, a equidade, a descentralização e o controle social, implicando em uma nova forma de atenção à saúde, bastante ampla e complexa, com ações de promoção à saúde, prevenção, proteção e recuperação da saúde (assistência e reabilitação) para todos (FIGUEIREDO, 2012). Portanto, torna-se necessário o fortalecimento da rede de Atenção Primária à Saúde.

A promoção da saúde reforça o conceito de determinação social da saúde, com objetivo de impactar favoravelmente a qualidade de vida. Estudos comprovam que investimento na atenção básica se traduzem, a médio e longo prazo, além de melhora da qualidade de vida da população, em redução dos índices de patologias e sobrecarga da rede hospitalar (HEIDEMANN et al, 2014).

O NASF, HISTÓRIA E PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Essa seção trata especificamente da função assegurada pela NASF e do Sistema Único de Saúde (SUS) correspondente a criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentação pelas leis nº 8080/90 e nº 8142/80, Leis Orgânicas de Saúde (LOS) cujas finalidade destinava a preservar e assegurar os principais direitos a saúde a população em geral.

O NASF

É uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/ESF. Seus requisitos são além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de ESF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Deve estar comprometido também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da ESF e entre sua própria equipe (NASF), incluindo na atuação de ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

A avaliação nos serviços de saúde, segundo Ferreira (2010) se traduz numa prestação de contas à sociedade sobre as ações e medidas que estão sendo utilizadas no serviço, contribuindo para a melhoria do serviço em questão, com reflexo direto na melhoria da qualidade de vida da população assistida pelo programa avaliado.

Assim, tal estudo poderá contribuir para o fortalecimento da atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no município de Belém, à medida que a identificação de fragilidades e potencialidades e, posteriormente, sua divulgação aos órgãos públicos responsáveis, permitirá uma reflexão acerca do programa e o direcionamento de políticas públicas de saúde para a formulação de estratégias visando a melhora do mesmo, objetivando a maior abrangência e qualidade da assistência e conseqüentemente, a qualidade de vida da população.

Quanto o objetivo geral, Analisar o processo de trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no município de Belém – PA através da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ).. E para os objetivos específicos, Verificar a atuação dos profissionais dos NASFs de Belém e comparar com os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde; Elencar os principais pontos facilitadores e obstáculos no processo

de trabalho das equipes NASF em Belém; Elaborar um relatório demonstrativo da situação real dos NASFs no município de Belém no ano de 2016.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis nº 8080/90 e nº 8142/80, Leis Orgânicas de Saúde (LOS) com a finalidade de alterar situações de desigualdade na assistência à saúde da população tornando obrigatório o atendimento público à qualquer cidadão, sendo proibido as cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto (BRASIL, 2013).

O SUS é um produto da Reforma Sanitária Brasileira, originada do movimento sanitário, processo político que mobilizou a sociedade brasileira para propor novas políticas e novos modelos de organização do sistema, serviços e práticas de saúde, visto que até então era priorizada a assistência curativa e individualizada. Uma realização importante desse processo foi a inserção no texto constitucional, a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, o que realçou e deu força jurídica de relevância pública às ações e serviços de saúde (CAMPOS et al., 2006).

A Reforma Sanitária produziu um amplo consenso em torno de princípios básicos que deveriam nortear a atuação do Estado na saúde, a começar pela inequívoca afirmação de que a saúde deveria ser considerada como um direito de todos e um dever do Estado, seguindo por uma compreensão bastante ampliada da saúde e de seus determinantes sociais, bem como por uma visão bastante ampliada das responsabilidades do Estado para com a saúde. Tal movimento também formulou os princípios que deveriam nortear a construção de um sistema de saúde, sendo Estes os elementos centrais que comumente chamamos de princípios e diretrizes do SUS (MATTOS, 2009).

De acordo com Vargas (2008), o SUS prevê um sistema com princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários dizem respeito às ideias filosóficas que permeiam a implementação do sistema e personificam o conceito ampliado e de direito à saúde, sendo eles:

UNIVERSALIDADE, EQUIDADE, INTEGRALIDADE

Coloca a saúde como um direito de cidadania e representou o sepultamento do modelo anterior em que somente os contribuintes da previdência social tinham direito à assistência. Com o SUS todos os indivíduos passam a ter esse direito garantido pelo Estado. É importante ressaltar que direito à saúde não significa, necessariamente, direito à assistência à saúde. A manutenção do estado de saúde requer a ação articulada de um conjunto de políticas sociais mais amplas, relativas a emprego, salário, previdência, educação, alimentação, ambiente, lazer (RONCALLI, 2003).

Com o desdobramento da ideia de universalidade, o princípio da equidade assegura que a disponibilidade dos serviços de saúde considera as diferenças entre os diversos grupos de indivíduos. Em linhas gerais, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, ou seja, alocando os recursos onde as necessidades estão maiores (CUNHA; CUNHA, 1998 apud RONCALLI, 2003).

De acordo com Polignano (2008), a integralidade significa considerar a pessoa como um todo, ou seja, considerar tanto os aspectos físicos quanto os psicológicos, sociais e ambientais do indivíduo, partindo do princípio que as ações de saúde procuram atender a todas as suas necessidades. Os princípios organizativos, segundo Vargas (2008), orientam a forma como o sistema deve funcionar perante os princípios doutrinários, são eles:

REGIONALIZAÇÃO, HIERARQUIZAÇÃO, DESCENTRALIZAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

Dizem respeito à forma de organização dos estabelecimentos (unidades de unidades) entre si e com a população usuárias. A regionalização dos serviços implica a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, que leva em conta a divisão político-administrativa do país, mas também contempla a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo.

A hierarquização dos serviços, por sua vez, diz respeito à possibilidade de organização das unidades seguindo grau de complexidade tecnológica dos serviços, isto é, o estabelecimento de uma rede que articula as unidades mais simples às unidades mais

complexas, através de um sistema de referência e contra referência de usuários e de informações (TEIXEIRA, 2003).

Segundo Polignano (2008), a descentralização implica na transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal (Ministério da Saúde) para os estados (Secretarias Estaduais de Saúde) e municípios (Secretarias Municipais de Saúde). Esta transferência ocorre a partir da redefinição das funções e responsabilidades de cada nível de governo com relação à condução político administrativa do sistema de saúde em seu respectivo território (nacional, estadual, municipal).

Organiza-se a partir dos Conselhos de Saúde, estabelecidos em nível federal, estadual e municipal. Sua grande peculiaridade é a formação mista, paritária, com a presença do Estado (gestores, trabalhadores e prestadores de serviços) e da sociedade. Hoje se confirma como uma instância de participação popular com caráter deliberativo sobre os rumos da política de saúde nas três esferas de governo (VARGAS, 2008).

SUS E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A partir de 2005, a literatura sobre os benefícios dos sistemas de saúde orientados à atenção primária foi consistente em mostrar maior eficácia, maior eficiência e maior equidade. Nos cinco anos seguintes, nada mudou essa conclusão, mas agora há uma maior compreensão dos mecanismos pelos quais os benefícios da atenção primária são alcançados (STARFIELD, 2012). A Política Nacional de Atenção básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada de vários atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e consolidação do SUS, como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo (BRASIL, 2013).

Segundo Peterson et al. (2012) o crescimento da população e o envelhecimento estão diretamente ligados ao aumento da necessidade de fortalecimento da atenção básica, nos Estados Unidos por exemplo, o número total de visitas de consultório aos médicos de atenção básica deverá aumentar de 462 milhões em 2008 para 565 milhões em 2025. Importante ressaltar a importância do intercâmbio entre AB e rede de hospitais, à medida que os esforços para melhorar a coordenação de cuidados entre hospitalistas e a rede básica trazem melhora das condições de vida da população e estendem a abrangência dos dois setores (JONES et al., 2014). Essa importância pode ser exemplificada no

acompanhamento de um paciente que recebeu alta hospitalar porém deve continuar recebendo cuidados profissionais.

O governo federal, no decorrer dos anos, tem feito tentativas de adequar as normas nacionais da Atenção Básica, definindo parâmetros que estejam adaptados à atual realidade vivida pelo SUS. Com essa finalidade, o MS, respeitando diversas leis, portarias e decretos presidenciais anteriormente deliberados, pactuou na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, realizada em setembro de 2011, o lançamento da Portaria MS/GM no.2.488, de 21 de outubro de 2011, que revisa as diretrizes e normas da organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (FIGUEIREDO, 2012).

A ESF, proposta pelo MS em 1994, incorpora e reafirma os princípios do SUS e está estruturada com ênfase na atenção básica à saúde, em especial da saúde da família. Tem por objetivo aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, propiciando longitudinalidade e integralidade na atenção prestada aos indivíduos e grupos populacionais. Pretende trabalhar com o modelo da vigilância da saúde, com a responsabilização da equipe de saúde pela população moradora em seu território, incentivando a participação popular, criação de parcerias intersetoriais e responsabilização da equipe pelo atendimento integral dos indivíduos e grupos populacionais (ALVES; AERTS, 2011).

Como modelo substitutivo da rede básica tradicional, a ESF busca converter o modelo tradicional caracterizado por uma assistência à saúde médico-centrada com enfoque curativista, para um modelo mais abrangente, centrado no usuário em família, predominantemente voltado à promoção da saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2006). As diretrizes da ESF tiveram como objetivo romper com o comportamento passivo das equipes de saúde e estender as ações de saúde para toda a comunidade. Suas ações deveriam ser interdisciplinares, sendo as equipes compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários para uma população de, em média, quatro mil pessoas.

A equipe deveria também se responsabilizar pela população adstrita em seu território, resgatando os vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre ela e a população, reorganizando a atenção básica e garantindo a oferta de serviços dentro dos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS (FLORES, 2009).

O Ministério da Saúde (2006) define as seguintes atribuições como comuns a todos os profissionais da ESF: participar do processo de territorialização; realizar o cuidado em saúde e responsabilizar-se pela população adscrita; garantir a integralidade da atenção; realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória; realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe; promover a mobilização e a participação da comunidade; identificar parceiros e recursos que possam potencializar ações intersetoriais; garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica; participar das atividades de educação permanente. Além das atribuições comuns, cada profissional tem suas atribuições específicas, descritas na Política Nacional da Atenção Básica.

Ainda segundo o MS (2006), o processo de trabalho das ESF é caracterizado, dentre outros fatores, pelo trabalho interdisciplinar e em equipe, pela valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, e pelo acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando a readequação do processo de trabalho. O processo de trabalho possui objeto, instrumentos e agentes como seus elementos constituintes. O agente é apreendido no interior das relações entre objeto de intervenção, instrumentos e atividades, bem como dentro do processo de divisão do trabalho.

Da realização de atividades próprias de sua área profissional, cada agente opera a transformação de um objeto em um produto, resultante daquele trabalho específico. A divisão técnica do trabalho, por um lado, introduz o fracionamento de um mesmo processo de trabalho originário do qual outros trabalhos parcelares derivam. Por outro lado, introduz os aspectos de complementaridade e de interdependência entre os trabalhos especializados referentes a uma mesma área de produção.

O trabalho em equipe é tido como proposta estratégica para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Esse processo caracteriza-se pelo aprofundamento vertical do conhecimento e da intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar a articulação das ações e dos saberes de forma simultânea (PAVONI; MEDEIROS, 2009).

CRIAÇÃO, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Segundo Silva e Da Ros (2007), constitui-se em desafios à ESF sua integração à rede assistencial, o aumento de sua resolutividade e a capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado. Com o objetivo de superar estes desafios, o MS, em 2008, mediante a portaria GM nº 154, criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para ampliar a abrangência e as ações da AB, reforçando o processo de territorialização e regionalização em saúde.

A referida portaria traz como pressupostos políticas nacionais diversas, tais como: de Atenção Básica; de Promoção da Saúde; de Integração da Pessoa com Deficiência; de Alimentação e Nutrição; de Saúde da Criança e do Adolescente; de Atenção Integral à Saúde da Mulher; de Práticas Integrativas e Complementares; de Assistência Farmacêutica; da Pessoa Idosa; de Saúde Mental; de Humanização em Saúde, além da Política Nacional de Assistência Social (PNAS).

O NASF é uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que atuam em parceria com os profissionais das ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade delas, agindo diretamente no apoio às equipes e na assistência à população das unidades em que o NASF está cadastrado (FIGUEIREDO, 2012). Tem dentre seus pressupostos a territorialização; a educação permanente em saúde; integralidade; participação social; promoção da saúde e humanização. Ele procura ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na ESF, superando uma lógica fragmentada e privilegiando a construção de redes de atenção e cuidado, constituindo-se em apoio às equipes de SF.

A constituição de uma rede de cuidados é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho de um NASF. Para tanto, sua equipe e as equipes de SF deverão criar espaços de discussões internos e externos, visando o aprendizado coletivo. Dentro de tal perspectiva, o NASF deve buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a ESF. É a situação desejável, mas que não acontecerá de forma espontânea e natural. Sendo assim, é necessário que os profissionais do NASF assumam suas responsabilidades em regime de cogestão com as equipes de SF e sob a coordenação do gestor local, em processos de constante construção (BRASIL, 2013).

De acordo com Rodriguez (2011), a integralidade pode ser considerada a principal diretriz a ser praticada pelos NASF. Ela pode ser compreendida em três sentidos: (a) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; (b) as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além de (c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população.

Portanto, a busca da integralidade nos serviços de saúde deve ser um processo em construção, sendo a equipe de SF um fértil campo ao fomento da atenção integral. Em tal contexto, as equipes dos NASF deverão atuar em conjunto com as equipes de Saúde da Família, apoiando-as para que possam incrementar não só a integralidade, mas também a resolutividade, a qualidade do cuidado, as ações de promoção de saúde e o acompanhamento e monitoramento em seus diversos aspectos. Além da integralidade, outros princípios e diretrizes devem orientar as ações a serem desenvolvidas pelo NASF, com reflexos óbvios no processo de trabalho das equipes de SF.

Portanto, de acordo com o Ministério da Saúde (2014), podem então ser estabelecidos como pontos de síntese na missão do NASF os seguintes aspectos: a) O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de Saúde da Família; b) Vincula-se a um número de equipes de Saúde da Família em territórios definidos, conforme sua classificação; c) A equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família criarão espaços de discussões para gestão do cuidado: reuniões e atendimentos compartilhados constituindo processo de aprendizado coletivo e d) O NASF deve ter como eixos de trabalho a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende pela Saúde da Família.

PROCESSO DE TRABALHO NO NASF

O NASF está classificado em três modalidades, NASF 1, NASF 2 e NASF 3, sendo sua composição variável de acordo com a proposta da legislação, no entanto, definida pelos gestores locais mediante demanda e disponibilidade de profissionais (SCABAR et al., 2012). A figura (**Figura 1**) abaixo demonstra em síntese a classificação do NASF e suas respectivas especificidades.

Figura 1– Modalidades de NASF.

Modalidades	Nº de Equipes Vinculadas	Somatoria das Cargas Horárias Profissionais*
Nasf 1	5 a 9 eSF*** e/ou eAB**** para populações específicas (eCR**, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 80h de carga horária semanal.
Nasf 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal
Nasf 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal.

Fonte: DAB/SAS/MS, 2013.
 Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas.
 *Equipe Consultório na Rua.
 ** Equipe Saúde da Família.
 *** Equipe de Atenção Básica.

Fonte: Caderno de Atenção Básica 39 (Ministério da Saúde, 2014)

De acordo com Costa e Carbone (2009) os profissionais que compõem o NASF, variam entre diversas áreas do conhecimento, a fim de cumprir o objetivo de ampliar a abrangência e escopo das ações da AB, sendo estes: assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, profissional com formação em arte e educação, profissional de saúde sanitaria e médico nas seguintes especialidades: acupunturista, oftalmologista, geriatra, psiquiatra, veterinário, do trabalho ginecologista-obstetra e homeopata.

A atuação dos NASF está dividida em nove áreas estratégicas: atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica (BRASIL,2008).

Em contraste com os modelos convencionais de prestação de cuidados, que primam pela assistência curativa, especializada, fragmentada e individual, a proposta de trabalho do NASF busca superar essa lógica, em direção à corresponsabilização e gestão integrada do cuidado, por meio de atendimentos compartilhados e projetos terapêuticos que envolvam os usuários e que sejam capazes de considerar a singularidade dos sujeitos assistidos (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Segundo Figueiredo (2012), diversas ferramentas já testadas na realidade brasileira, são utilizadas na organização e desenvolvimento do processo de trabalho do

NASF, sendo as principais: apoio matricial, clínica ampliada, projeto terapêutico singular (PTS) e projeto saúde no território (PST).

APOIO MATRICIAL E CLÍNICA AMPLIADA

Conhecido como matriciamento, que pode ser definido como um arranjo tecnoassistencial que visa à ampliação da clínica das equipes da ESF, alterando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização territorial, buscando maior resolubilidade em saúde, com o objetivo de assegurar, de uma forma dinâmica e interativa, retaguarda especializada às equipes. O matriciamento apresenta duas dimensões: a assistencial, relacionada ao cuidado direto aos indivíduos, e a técnico-pedagógica, que diz respeito ao suporte para as equipes, com vistas à ampliação das possibilidades de intervenção, propiciada por um novo olhar e um novo saber que se estabelece durante as discussões dos casos e os atendimentos compartilhados (BRASI, 2009).

De acordo com Oliveira (2008), a proposta do NASF tem na clínica ampliada o conceito norteador das ações, não para reduzir os usuários a um recorte diagnóstico ou por áreas profissionais, mas como uma ferramenta para que os profissionais e gestores dos serviços de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes. De acordo com a Política Nacional de Humanização, a clínica ampliada ajuda trabalhadores e usuários dos serviços de saúde a lidar com a complexidade dos sujeitos e dos problemas de saúde da atualidade, o que significa que os ajuda a trabalhar em equipe, reconhecendo a interdependência do trabalho em saúde.

PROJETOS TERAPÊUTICO SINGULAR E SAÚDE NO TERRITÓRIO

O Ministério da Saúde define o PTS como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. É uma variação da discussão de “caso clínico”.

Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. O PTS desenvolve-

se em quatro momentos: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação.

Pretende ser uma estratégia das equipes de SF e do NASF para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades.

O PST deve ser sempre baseado na promoção da saúde, na participação social e na intersetorialidade, bem como na existência de demanda e na criação de espaços coletivos de discussão onde sejam analisados a priorização das necessidades de saúde, os seus determinantes sociais, as estratégias e os objetivos propostos para a sua abordagem. É no espaço coletivo em que comunidade, outros sujeitos estratégicos (lideranças locais, representantes de associações e/ou grupos religiosos, entre outros) e membros de outras políticas e/ou serviços públicos presentes no território poderão se apropriar, reformular, estabelecer responsabilidades e pactuar o projeto de saúde para a comunidade. É assim que o projeto terá sua finalidade.

CONCLUSÃO

Na abordagem do contexto apresentado, verificou-se como acontece a estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/ESF. Seus requisitos são além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de ESF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família.

Deve estar comprometido também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da ESF e entre sua própria equipe (NASF), incluindo na atuação de ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde. A avaliação nos serviços de saúde se traduz numa prestação de contas à sociedade sobre as ações e medidas que estão sendo utilizadas no serviço, contribuindo para a melhoria do serviço em questão, com reflexo direto na melhoria da qualidade de vida da população assistida pelo programa avaliado.

Assim, tal estudo poderá contribuir para o fortalecimento da atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família à medida que a identificação de fragilidades e potencialidades e, posteriormente, sua divulgação aos órgãos públicos responsáveis, permitirá uma reflexão acerca do programa e o direcionamento de políticas públicas de saúde para a formulação de estratégias visando a melhora do mesmo, objetivando a maior abrangência e qualidade da assistência e conseqüentemente, a qualidade de vida da população.

O SUS foi criado com a finalidade de alterar situações de desigualdade na assistência à saúde da população tornando obrigatório o atendimento público à qualquer cidadão, sendo proibido as cobranças de valores sob qualquer pretexto. Representa um produto da Reforma Sanitária Brasileira, originada do movimento sanitário, processo político que mobilizou a sociedade brasileira para propor novas políticas e novos modelos de organização do sistema, serviços e práticas de saúde, visto que até então era priorizada a assistência curativa e individualizada.

Espera-se que esse trabalho venha contribuir para que se possa compreender como ocorre todo esse processo, visando a saúde de todos que recorrem ao SUS para que seja acolhido da melhor forma possível, sendo amparado pelo poder público, valendo valer seus direitos como cidadão que paga seus impostos para que tenha direitos a todos os privilégios necessários pelo SUS.

REFERÊNCIAS

(Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000-2025. **Ann Fam Med**. v.10, s/n, p. 503-509, 2012.

ALVES, G.G. AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 16,n. 1, p. 319-325, s/m,2011.

BARBOSA, E.G. et al. Experiência da Fisioterapia no núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v.23, n.2, p.323-330, abr. 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde;2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 3252 avanços e desafios**. Vigilância em Saúde, ano 1, n.1, p.10-15,2010.

Caderno de Internato Rural, 2008.Disponível em:

CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Fiocruz, 2006.

CUTOLO, L.R.A. Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do Curso de Graduação em Medicina da UFSC. 2000, 227f. Tese

CUTOLO, L.R.A. Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do Curso de Graduação em Medicina da UFSC. 2000, 227f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

FERREIRA, R.C. FIORINI, V.M.; CRIVELARO, E. Formação Profissional no SUS: o Papel da Atenção Básica em Saúde na Perspectiva Docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, SP, v.34, n.2, p. 207-215, s/m., 2010.

FIGUEIREDO, E.N. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. São Paulo: UNIFESP, 2012.

FIGUEIREDO, E.N. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. São Paulo: UNIFESP, 2012.

FLORES, O. **A prática de saúde enquanto uma prática educativa**. Brasília: Ministério da Saúde, Divisão Nacional de Saúde Pública, 2009.

GIL, R.R.C. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Saúde Pública**, v. 21, n.2, p.490-498. s/m. 2005.

- HEIDEMANN, I.T.S.B. et al., Promoção de Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.8, p.3553 – 3559, s/m, 2014.
- HENRIQUE F.; DA ROS M.A. Concepção dos professores do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina sobre o Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.28, n.2, p.93-98, jun, 2004.
- HOLGATE, S.T. The importance of primary care research in the management of respiratory disease. **Prim Care Respir** . v.21, n. 1, p.1-16, s/m, 2012. http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf
- JONES, C.D. et. Al. A Failure to Communicate: A Qualitative Exploration of Care Coordination Between Hospitalists and Primary Care Providers Around Patient Hospitalizations. **J gen intern med**. v.30, s/n, p.417-421, s/m, 2014.
- MATTOS, R.A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Comunicação, Saúde e Educação**, v.13, n.1, p.771-780, s/m, 2009.
- Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http:// www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>.
- NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Reflexões sobre as competências profissionais de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, v.34, n.1, p.92-96, s/m, 2010.
- PAVONI, D.S. MEDEIROS, C.R. Processos de trabalho na Equipe Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 62, n.2, p.265-271, mar/abr, 2009.
- PETTERSON, S. M et al. Projecting US Primary Care Physician Workforce Needs:
- POLIGNANO, M.V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão.
- RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Antonio Carlos Pereira. **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 2. p. 28-49.
- SANTOS, E. P. **Contribuição da Estratégia Saúde da Família para a consolidação do modelo assistencial preconizado pelo Sistema Único de Saúde**. 2011. 36f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Universidade Federal de Minas Gerais, Araçuaí, MG, 2011.
- STARFIELD, B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. **Gac Sanit**. v. 26, s/n., p.20-25, s/m,2012.
- TEIXEIRA, C.F. **O SUS e a Vigilância da Saúde**. PROFORMAR. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.
- VARGAS, J.D. **História das políticas públicas de saúde no Brasil: revisão de literatura**. 2008. 32f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Escola de saúde do Exército, Programa de Pós-Graduação em Aplicações Complementares às Ciências Militares, Rio de Janeiro, 2008.

VARGAS, J.D. **História das políticas públicas de saúde no Brasil: revisão de literatura**. 2008. 32f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Escola de saúde do Exército, Programa de Pós-Graduação em Aplicações Complementares às Ciências Militares, Rio de Janeiro, 2008.

Recebido em: 03/09/2022

Aprovado em: 05/10/2022

Publicado em: 10/11/2022