O Nasf nas Redes: Integração entre Serviços da Rede de Atenção à Saúde e Articulação Intersetorial

4



4.1 As Redes de Atenção à Saúde (RAS)

Há uma busca importante, em vários países, pela construção de determinadas lógicas e arranjos em Redes de Atenção à Saúde (RAS), sustentada por evidências de que esse modo de conformação dos serviços e recursos constitui uma das saídas para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011). Ainda que seja limitado atribuir às RAS o *status* de solução para a crise dos sistemas de saúde (dado que esta é fortemente política, não apenas técnica), sabemos que as diferentes concepções tecno-organizativas das redes podem ser influenciadas ou implicar diferentes consequências políticas e assistenciais.

No atual momento, a importância de construção de redes acentua-se pela transição epidemiológica; pela diversidade de demandas e necessidades de saúde que, por vezes, requer estratégias ou ofertas diferentes para necessidades distintas; pela necessidade de avanço na integralidade e na construção de vínculos; e para evitar que custos crescentes e evitáveis no tratamento das doenças inviabilizem a organização do sistema de saúde, o que ocorre quando há sistemas fragmentados de atenção à saúde. Portanto, visa a cumprir com o princípio da integralidade e constitui-se como estratégia de enfrentamento à fragmentação do sistema (SILVA; MAGALHÃES JR., 2008).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde propôs a implantação das Redes de Atenção à Saúde como: "arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado" (BRASIL, 2011a).

A integralidade nos serviços de saúde pressupõe que, para sua efetivação, devem existir processos em rede (FRANCO apud PINHEIRO; MATTOS, 2006). Há vários sentidos possíveis para a integralidade, entre os quais se destacam alguns (MATTOS apud PINHEIRO; MATTOS, 2001):

– No âmbito das práticas profissionais: com a busca do olhar integral sobre o usuário, considerando diferentes dimensões da sua vida, ou uma prática não reducionista na relação entre profissionais de saúde e usuários.

– No modo de organizar os serviços: significando a base para a implementação de redes, entendendo que, para suprir as diferentes necessidades dos usuários, é preciso a integração de diversos pontos de atenção, com padrões tecnológicos próprios, sem os quais não seria possível atender a todas as necessidades dos usuários em um único serviço.

– A integralidade pode ser construída no âmbito das políticas públicas, tanto as de saúde (em especial, quando são mais generosas, inclusivas e abrangentes) quanto por meio da intersetorialidade.

A construção das redes pode proporcionar ao usuário a garantia de um caminho ininterrupto de cuidado à sua saúde, configurando assim as linhas de cuidado, ou seja, um conjunto de atos assistenciais pensados e articulados para resolver determinado problema de saúde do usuário, assentado em um projeto terapêutico (FRANCO; MAGALHÃES JR. apud MERHY, 2003).

As linhas de cuidado podem ser produzidas tanto intrasserviços (um bom exemplo disso é o hospital) quanto entre serviços de saúde (quase sempre tendo a atenção básica como um lócus ou componente), sendo que podem partir de uma organização baseada em conceitos previamente definidos, como as "linhas de cuidado programáticas", ou ser construídas a partir de situações concretas e singulares (FREIRE, 2005). Cabe também lembrar os chamados "itinerários terapêuticos", que podem ser entendidos como trajetórias de cuidado ativamente produzidas pelos próprios usuários no seu processo de busca por resposta ou satisfação de necessidades, "consumindo" ações e serviços do setor Saúde e/ou de outros (GERHARDT, 2006).

O Ministério da Saúde, desde 2011, vem trabalhando também com a ideia de Redes Temáticas, que são uma noção intermediária entre as linhas de cuidado e as redes de atenção em geral, a exemplo da Rede de Atenção Psicossocial, Rede Cegonha, Rede de Cuidado às Pessoas com Deficiências e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

É importante também considerar o desafio de integralidade na atenção à saúde a partir das diferentes realidades sociais, políticas e administrativas do País. Alguns municípios apresentam maiores dificuldades de acesso a serviços de atenção especializada. Há de se considerar que existem territórios com "vazios assistenciais", que, paradoxalmente, convivem com o excesso de serviços em outras localidades, gerando desigualdades da oferta e utilização no acesso a insumos, bens e serviços de saúde (BRASIL, 2009).

A partir da regulamentação da Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990, por meio do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, a gestão do SUS se organiza formalmente em regiões de saúde, que se constituem como

> espaços geográficos contínuos, constituídos por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transporte compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

A regionalização supõe e incentiva a organização de um conjunto de municípios para prestar atenção integral aos seus usuários, constituindo redes regionalizadas de atenção à saúde, dotadas de serviços de atenção básica, serviços ambulatoriais especializados, serviços hospitalares, de urgência e emergência e de atenção psicossocial, além da vigilância à saúde.

4.2 A Atenção Básica e o apoio matricial nas RAS

No cenário brasileiro, superar os efeitos da fragmentação entre os serviços de saúde do SUS e potencializar a Atenção Básica como porta de entrada preferencial é um dos principais desafios na constituição de Redes de Atenção à Saúde. Isto, especialmente, quando se considera que a

atenção básica deve ser porta aberta e espaço privilegiado de ordenação das redes, integração de ações e coordenação do cuidado.

A Atenção Básica constitui-se como ponto privilegiado (muitas vezes, o primeiro) de atenção, porta de entrada preferencial e importante centro comunicador das RAS, enfatizando sua função resolutiva sobre os problemas mais comuns de saúde, com equipe multiprofissional, a partir da qual realiza e coordena o cuidado de modo compartilhado com os usuários e, se necessário, com outros serviços/pontos de atenção. Esse âmbito de atenção, portanto, tem papel fundamental na regulação dos fluxos na Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2009; MENDES, 2011). Assim, cada vez mais fica evidente que o papel de regulação do acesso não é prerrogativa exclusiva das Centrais de Regulação, mas também da Atenção Básica, considerando, inclusive, as práticas de microrregulação que os profissionais fazem (e podem fazer) (BRASIL, 2011b).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) configura-se como uma das estratégias para superar e auxiliar na conversão do modelo fragmentado e descontínuo para a atenção integral a partir da AB, auxiliando na articulação das linhas de cuidado e implementação dos projetos terapêuticos. Essa atuação do Nasf se coaduna com a proposta das RAS, visto que objetiva o trabalho compartilhado e a cogestão das ações, operando de forma cooperativa e horizontal entre os pontos de atenção (CAMPOS, 1999). Vale também lembrar que o apoio matricial não é exclusividade do Nasf, podendo ser desenvolvido em/por outras modalidades de serviços, como Centros de Atenção Psicossocial (Caps), ambulatórios especializados e hospitais.

O Nasf, assim, favorece maior articulação e qualificação da rede de serviços que compõe o sistema de saúde. A equipe de referência se responsabilizaria pela atenção contínua ao usuário, sendo, para isso, apoiada pelas equipes de apoio matricial, a exemplo do Nasf. Essa equipe de apoio, além de ajudar as equipes de referência a lidar com situações e de agregar ações ao escopo de ofertas da Atenção Básica (ampliando-o), também pode fomentar a integração das UBS com outros serviços de saúde.

4.2.1 Como atuar em rede?

A atuação dos serviços e equipes em rede pressupõe o fortalecimento das estratégias de encontros, comunicação e relacionamentos entre profissionais tanto quanto a implantação de serviços, planejamento de oferta e sistemas logísticos. Nas UBS, há muitas redes informais operando, evidenciando que "a vida produtiva se organiza pelas relações ou, melhor dizendo, conexões realizadas pelas pessoas que estão em situação e se formam em linhas de fluxos horizontais por dentro das organizações" (FRANCO apud PINHEIRO; MATTOS, 2006, p. 1). Muitas destas redes são operadas na produção de atos assistenciais, como redes vivas, redes quentes.

O Nasf pode assumir um papel de articulação entre as equipes de Atenção Básica e os demais serviços de saúde e órgãos de outros setores, favorecendo a organização de fluxos de atenção que facilitem a coordenação e continuidade do cuidado. A mobilidade e a visão de situações relativas a conjuntos de equipes (em especial, para os Nasfs tipo 1 e tipo 2) favorecem esta possibilidade de mais interlocução com outros pontos de atenção (dentro e fora da Atenção Básica). Cabe ressaltar

ainda a importância de os profissionais das equipes de referência também se comunicarem e se encontrarem com equipes e profissionais de outros pontos de atenção, fazendo conexões em defesa da vida dos usuários (presencialmente, por telefone, por internet etc.).

O estabelecimento de conexões entre profissionais/equipes de diferentes serviços – incluindo os de outros setores, como a assistência social e a educação –, para implementar um projeto terapêutico elaborado pelas equipes de referência com a equipe do Nasf, tem um potencial de catalisar redes e fluxos assistenciais no território de atuação dessas equipes.

Outra ferramenta importante nesse processo é o Telessaúde, para a comunicação e aproximação dos profissionais que compõem a rede de atenção, e que funciona como espaço potencial de educação permanente e apoio matricial a distância. O apoio via Telessaúde pode ser realizado por profissionais de diferentes pontos de atenção – como a atenção básica, a atenção especializada e/ou hospitalar –, de instituições de ensino, entre outros, situados no mesmo município ou não.

Essa ferramenta pode auxiliar os municípios distantes de modo bastante efetivo, contribuindo inclusive para evitar encaminhamentos (e deslocamentos) dispensáveis e qualificar os encaminhamentos necessários.

Além disso, dependendo do grau de organização dos municípios, regiões de saúde e estado, o Telessaúde pode ser uma via de suporte articulada com as Centrais de Regulação. Também pode ser uma forma de incluir os seus profissionais, por exemplo, os médicos teleconsultores, em ações de apoio matricial a distância, auxiliando na estruturação de fluxos assistenciais a partir da Atenção Básica.

Outras ferramentas de comunicação a distância, como videoconferências (vinculadas ou não ao Telessaúde) e sítios virtuais como a Comunidade de Práticas, podem ser locais interessantes de trocas de saberes e práticas, de cooperação horizontal entre profissionais de iguais ou diferentes núcleos de conhecimento, ampliando a capacidade resolutiva da Atenção Básica.

Comunidade de Práticas

Prezado leitor,

Acesse a Comunidade de Práticas para trocar experiências sobre o Telessaúde!

Entre por meio do link: <www.atencaobasica.org.br>

4.2.2 Organização do trabalho do Nasf junto às equipes de Atenção Básica/Saúde da Família

O grau de presença dos apoiadores matriciais do Nasf com as equipes de Atenção Básica pode variar desde uma maior dedicação às atividades de matriciamento, no formato de reunião para discussão de casos e construção de PTS, até uma parcela significativa de responsabilidade

por atendimentos individuais e compartilhados, que podem ocorrer nas próprias unidades de Atenção Básica. Essa possibilidade de ajustes no processo de trabalho do Nasf é possível e necessária para adequações ao perfil sanitário e assistencial de cada município.

Os municípios de pequeno porte, por exemplo, podem requerer maior suporte do Nasf na dimensão assistencial. Isso pode ser realizado desde que associado às ações de suporte técnico-pedagógico que visam a ampliar a capacidade resolutiva da própria equipe de Saúde da Família: discussões de caso, atendimentos compartilhados etc. É importante não restringir a atuação do Nasf aos atendimentos individuais. Para aprofundar essa discussão, leia o Capítulo 2.

4.2.3 Articulação com equipes de atenção especializada e outros pontos de atenção

A Atenção Básica é um local privilegiado para o exercício do cuidado e da regulação do acesso, em especial pela microrregulação, presente tanto nas decisões profissionais (ex.: sobre quando não encaminhar, quando encaminhar ou solicitar um exame, que grau de risco está presente), quanto no ato de priorizar casos em função da gravidade e de monitorar filas de espera. A resolutividade da Atenção Básica interfere na capacidade de resposta de toda a rede de atenção, bem como na sua capacidade concreta de coordenação do cuidado dos usuários, ainda que essa última capacidade também dependa do vínculo construído, do grau de suporte e articulação com outros pontos de atenção, bem como do acesso a recursos da rede.

O nível central de cada Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deve acompanhar o número de encaminhamentos e solicitações gerado pela Atenção Básica, comparando-o com parâmetros de referência esperados e com a própria série histórica local, estando atento aos excessos e escassez, buscando compreendê-los. Como exemplo, é possível citar a medicalização excessiva e a desassistência (ou dificuldade de acesso), que às vezes coexistem, por mais estranho que possa parecer. Essa função gestora deve ter como principal motivação a busca de mais acesso com equidade e integralidade, sendo a racionalização de custos desnecessários, ou modificáveis, um dos seus efeitos possíveis. Um dos modos práticos da fazer isso é acompanhar o percentual de encaminhamentos de cada equipe ou UBS para outros serviços de saúde e colocá-lo em discussão com os profissionais. Isso requer, também, que não se olhe para a Atenção Básica isoladamente, mas que o modo de organização da rede local ou regional seja considerado, pois isso pode interferir, inclusive, no papel atribuído ao Nasf.

Em municípios que contam ou não com redes ambulatoriais especializadas, os Nasfs devem incluir, entre suas ações iniciais, a divisão de tarefas e definição de fluxos entre suas equipes de apoio e equipes dos serviços ambulatoriais, com apoio dos gestores. A retaguarda assistencial sempre faz parte do apoio do Nasf, mas a centralidade ou não deste componente vai depender das possibilidades da rede de atenção locorregional. Nesse sentido, cabe considerar os tipos de situações em que a oferta de ações pode ser feita na Atenção Básica (em termos tecnológicos) e nas quais sua realização, neste ponto, é melhor para os usuários (lembrando que os profissionais de serviços especializados também podem matriciar as equipes de Atenção Básica).

Em qualquer cenário, os atendimentos específicos devem ser priorizados para casos que ultrapassem as possibilidades das eSF, mesmo com o apoio matricial, e deve ser evitado o acompanhamento apenas por profissional Nasf ou ambulatorial, ou a transferência da função de coordenação do cuidado da eSF para o Nasf ou para o ambulatório.

Até para conhecerem a dinâmica e terem contato com os profissionais, recomenda-se que tanto os Nasfs quanto as equipes de Atenção Básica, quando necessário e oportuno, possam participar de atividades em outros pontos de atenção (exemplos: de uma discussão com a equipe do Caps acerca do projeto terapêutico de determinado usuário que está em tratamento intensivo no Caps; ou que está em condições ou com necessidade de ficar sob cuidados mais diretos da equipe de Saúde da Família e do Nasf; ou visitar uma gestante ou um usuário hospitalizado). Esse tipo de prática personaliza as relações entre os profissionais dos diferentes serviços, pode gerar mais segurança e fortalecimento de vínculos com os usuários, além de poder funcionar, também, como matriciamento "inverso", pois as equipes de Atenção Básica e os Nasfs também podem ensinar e ajudar os outros serviços no cuidado dos usuários.

O Nasf pode evitar encaminhamentos sem indicação e contribuir para qualificar os encaminhamentos necessários da Atenção Básica, exercendo uma função reguladora compartilhada com as equipes de Atenção Básica, para o acesso ao Caps, ao ambulatório de especialidades, aos centros de reabilitação etc. Esse processo deve ser desenvolvido sempre em parceria com as eSF, responsáveis pela coordenação do cuidado, e de acordo com a composição e o escopo de ações ofertadas pelo Nasf. Devem ainda considerar a missão dos outros serviços, que precisa estar clara (embora possa ser revista de tempos em tempos). A função reguladora é feita por meio de pontos de contato regulares entre as equipes, como reuniões presenciais, comunicação a distância (telefone, Telessaúde etc.) e/ou com base em protocolos de acesso/fluxo, com critérios previamente discutidos e pactuados entre as diferentes equipes. Sempre com o cuidado de considerar o que é viável para a gestão do sistema e melhor para os usuários, cujo cuidado é a razão de ser dos serviços de saúde.

4.2.4 Articulação intersetorial

As estruturas setorializadas tendem a tratar o cidadão e os problemas de forma fragmentada, com serviços executados solitariamente. A intersetorialidade vem contrapor esse modelo, sendo uma lógica que busca considerar as condições de vida da população e, a partir de seus problemas, desenvolver ações integradas de vários setores. A intersetorialidade pode ser entendida como:

> a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social. Visa a promover um impacto positivo nas condições de vida da população, num movimento de reversão da exclusão social. Essa interação pode ser construída por meio de um processo dinâmico entre os sujeitos, mediada por novos paradigmas, que devem informar a mudança das instituições sociais e de suas práticas. Esse processo de construção é também de aprendizagem e de determinação dos sujeitos, da sua consciência e dos seus direitos de cidadão a uma vida de qualidade. (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997, p. 24)

A atuação intersetorial é uma das diretrizes de trabalho utilizadas em muitas situações na Atenção Básica. É entendida como a articulação de ações que envolvam vários setores, reconhecendo que a produção da saúde tem relação com outras políticas como: educação, segurança, cultura, habitação, assistência social, transportes, lazer, esportes etc. É necessária para o desenvolvimento de ações com foco na promoção e na prevenção à saúde, na busca da integralidade da atenção ao usuário.

No âmbito da Atenção Básica, a proximidade que os profissionais têm com o modo como a vida se organiza nos territórios oportuniza a identificação de uma série de problemas que interferem no processo saúde-doença-cuidado, e cujo enfrentamento demanda, por vezes, o envolvimento de outros setores, além da saúde.

O Nasf pode ser parceiro estratégico das equipes de Saúde da Família/Atenção Básica no desenvolvimento de articulação intersetorial, pois seus profissionais tendem a se relacionar com um número expressivo de casos em certo campo de atuação e a conhecer melhor a rede nesse campo. Desse modo, podem apoiar de modo decisivo as equipes de referência na construção de pontos de articulação. Destacam-se, nesse sentido, instâncias e serviços territoriais formais, como os Centros de Referência da Assistência Social (Cras) e os Conselhos Tutelares, bem como articulação com as redes de apoio social informais.

4.3 Exemplos de integração entre Nasf e equipes de outros serviços

4.3.1 Equipes de Consultórios na Rua (eCR)

O Consultório na Rua, equipe volante vinculada a pelo menos uma UBS, tem como um dos objetivos construir vínculos positivos e ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde. Por meio de abordagem proativa, as equipes trabalham buscando dialogar com os movimentos e territórios dos usuários.

As condições de vulnerabilidade da população em situação de rua, além das questões psicossociais geradoras de sofrimentos físicos e emocionais, possibilitam riscos maiores para a saúde desse grupo, representando desafio à efetivação de políticas de saúde que deem conta desta complexidade. Para responder a este cenário complexo, os Consultórios na Rua são formados por equipes multiprofissionais que buscam prestar atenção integral à saúde – ou acionar as redes intra e intersetoriais com esse objetivo. Eles trabalham com a população em situação de rua de um território e as atividades são realizadas de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às UBS e às equipes a elas integradas (BRASIL, 2012).

A atuação dos Nasfs nas eCR pode ampliar sua capacidade resolutiva, além de ter importante papel de apoio à integração com as demais equipes e equipamentos de saúde do território. O Nasf pode auxiliar na integração das eCR com as equipes de Atenção Básica, na articulação intersetorial, na discussão de Projetos Terapêuticos Singulares e na construção do diagnóstico situacional do território, por exemplo. Nesse processo, cabe destacar que o Nasf e as equipes de Saúde da Família também podem ser matriciados pelo Consultório na Rua.

Os pontos principais de articulação dessas equipes, além das próprias equipes da Atenção Básica, são: Centros de Referência da Assistência Social (Creas); conselhos tutelares; serviços de saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps); Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (Caps ad); centros de convivência; unidades de acolhimento; residências e albergues terapêuticos; serviços de urgência e emergência; além de hospitais e outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário.

4.3.2 Academias da Saúde

Atreladas às ações da Atenção Básica, as Academias da Saúde objetivam se constituir como espaço de fomento à convivência, a práticas corporais, à alimentação saudável, à educação em saúde, a práticas integrativas e complementares, ao lazer e a modos de vida favoráveis à saúde, em espaços especialmente construídos para esse fim. Esses espaços são chamados de polos, seu uso é potencializado pela atuação dos profissionais de saúde da Atenção Básica. A utilização das Academias da Saúde pelos profissionais do Nasf amplia a capacidade de intervenção coletiva da Atenção Básica, buscando favorecer o convívio solidário e o protagonismo de grupos sociais (BRASIL, 2011b).

Algumas ações podem ser realizadas em conjunto entre as equipes para potencializar a utilização do espaço das Academias, tais como a realização de grupos, oficinas etc. Além disso, cabe salientar que o papel da Academia da Saúde não está restrito ao núcleo de atuação do profissional de Educação Física. Ela configura-se também como estratégia de promoção da saúde para o enfrentamento das condições crônicas, apoiando e enriquecendo a conformação das linhas de cuidados para os portadores destas condições, seja por meio do apoio ao autocuidado, estímulo à convivência e aprendizado solidário, no sentido da conformação de redes de apoio social.

4.3.3 Equipes especializadas de saúde mental

Os Nasfs devem atuar conjuntamente a outras equipes especializadas de saúde mental (ex. Caps), corresponsabilizando-se pelos casos e facilitando a integração com as eSF. Esse arranjo institucional visa a promover articulação entre as unidades locais de saúde e os serviços de saúde mental como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), organizando o fluxo e o processo de trabalho, podendo o Nasf atuar como mediador dessa integração.

Pela sua missão, recomenda-se envolver os Caps apenas em casos mais graves (incluindo as crises) que necessitem de cuidado intensivo e/ou de reinserção psicossocial. Isto é, aqueles que ultrapassam as possibilidades de intervenção conjunta da eSF com o Nasf. Pessoas que buscam os Caps por demanda espontânea devem ser acolhidas e avaliadas pela equipe, e os casos que não tiverem necessidade de acompanhamento nesse serviço devem ser redirecionados (de modo cuidadoso) para as eSF de referência, preferencialmente por meio de contato telefônico do profissional do Caps com o profissional da UBS ou do Nasf.

Os usuários egressos de internação psiquiátrica também podem ser atendidos diretamente pelos Caps, visando reinserção psicossocial e organização do retorno da pessoa para tratamento no plano comunitário. Os casos de usuários acompanhados pelo Caps que, após estabilização, receberem alta do serviço também podem ser discutidos entre Caps, eSF e Nasf, em vez de serem encaminhados diretamente para as eSF. Convém ressaltar que esse fluxo não é rígido e, portanto, se um indivíduo procurar qualquer um dos pontos de atenção da rede, deve ser acolhido, avaliado e encaminhado para o serviço que melhor se adequar às suas necessidades no momento. Assim, os usuários podem transitar por diferentes serviços de saúde, dependendo de suas necessidades. Para tanto, é imprescindível a existência de comunicação e de espaços de discussão de casos entre eSF, Nasf e Caps.

Relato de experiência: Nasf e reabilitação em um município de Pernambuco

Entre 2008 e 2010, foram implantadas quatro equipes do Nasf em um município de Pernambuco. Com a chegada dessas equipes multiprofissionais no território, houve ampliação das ações de promoção, prevenção e cuidados desempenhadas pelas 42 eSF do município. Também se fez necessário rearranjo na assistência dos diversos serviços de referência – ambulatório de especialidades, Caps, Centro de Reabilitação, entre outros –, para redefinição dos papéis de cada serviço na rede de atenção do município.

No caso da reabilitação, a necessidade de pactuação se impôs logo nos primeiros dias de atuação do Nasf, quando o serviço de reabilitação pensou em encaminhar todos os usuários que estavam na lista de espera de fisioterapia e fonoaudiologia para serem atendidos pelas equipes Nasf. Realizou-se uma oficina entre os profissionais e gerentes dessas equipes para definição do perfil de atuação de cada equipe e fluxo de referência no território.

Nessa oficina, pactuou-se que o Nasf, com as eSF, faria análise da lista de espera do serviço de reabilitação. Nesse processo, identificaram-se indivíduos que não precisavam mais de atendimento, alguns que passaram por nova avaliação e orientação clínica da eSF (com apoio do Nasf) e outros que foram inseridos em grupos terapêuticos. Essa reorganização diminuiu significativamente a lista de espera do núcleo. Outra definição importante foi de critérios clínicos para priorização dos usuários a serem encaminhados. Os usuários vítimas de acidente vascular encefálico (até seis meses), com paralisia facial periférica, hérnia de disco (em crise álgica) e pós-operatório de fraturas, deveriam ser priorizados para atendimento fisioterápico ambulatorial.

Atualmente, acontece uma reunião mensal entre os profissionais do Nasf (fisioterapeuta e fonoaudiólogo) e os profissionais do núcleo de reabilitação. Nessa reunião, são eleitos alguns casos para discussão e pactuação de ações que cada equipe realizará no cuidado dos indivíduos e da família. Além disso, é possível debater sobre a alta dos usuários e a continuidade do cuidado pelas eSF e Nasf.

4.3.4 Programa Saúde na Escola (PSE)

O PSE é uma política intersetorial entre educação e saúde que compreende a escola como espaço privilegiado de práticas de promoção de saúde e prevenção de agravos e doenças, por meio de ações compartilhadas que têm como corresponsáveis atores de ambos os setores. O Nasf pode atuar com as equipes de Atenção Básica compondo ações de promoção para faixas etárias e necessidades em saúde variadas. Como exemplos, podem-se citar algumas formas de apoio às equipes de Saúde da Família para trabalhar determinados temas estratégicos com pais, estudantes e professores das escolas, nos vários ciclos do Ensino Fundamental:

- 1° ciclo (6 aos 9 anos): saúde bucal, promoção da saúde fonoaudiológica, problemas de aprendizagem e desenvolvimento, acompanhamento vacinal, doenças comuns da infância, alimentação e nutrição, entre outros;
- 2° ciclo (10 aos 15 anos): sexualidade, DST/aids, gravidez, álcool e outras drogas, violência, alimentação e nutrição, problemas de pele e outras questões de saúde características na adolescência.

As ações também podem focar os adultos em formação escolar, devendo alinhar princípios como integralidade, territorialidade e intersetorialidade: saúde da mulher, planejamento familiar, direito reprodutivo, saúde do homem, saúde do idoso e temáticas correlatas, benefícios sociais.

Como possibilidades de organização do PSE, há os grupos regulares de escuta de problemas do cotidiano escolar. Tais grupos são compostos por profissionais da Atenção Básica e da escola para debater as problemáticas e definir os encaminhamentos conjuntamente. Os profissionais do Nasf devem apoiar as equipes de saúde e educação a partir de problemas ou demandas específicas, em sintonia com outros articuladores do PSE.

4.3.5 Serviço de Atenção Domiciliar – SAD (Programa Melhor em Casa)

Como já foi discutido no tópico *Atendimento domiciliar compartilhado*, a prestação do cuidado em atenção domiciliar na Modalidade AD1 é responsabilidade das equipes de AB apoiadas pelo Nasf, podendo contar com o suporte do SAD, composto pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (Emad) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (Emap).

Apesar da realização do cuidado nas Modalidades AD2 e AD3 seja responsabilidade do SAD (Emad e Emap), as equipes de AB são responsáveis pela coordenação do cuidado dos usuários em atenção domiciliar no seu território de abrangência. Segundo a Portaria n° 963 de 27 de maio de 2013, "nos casos em que o usuário esteja vinculado tanto a uma Emad, nas modalidades AD2 e AD3, quanto a uma equipe de AB, esta última apoiará e acompanhará seu cuidado" (BRASIL, 2013).

A relação entre a equipe do SAD e a equipe de AB é fundamental na construção de projetos terapêuticos e na coordenação do cuidado, sendo muito comum o usuário em atenção domiciliar transitar pelas modalidades de cuidado (usuário em AD1 agravar e "virar" AD2, podendo necessitar de apoio do SAD). Nesta relação, destaca-se o trabalho do Nasf, devido ao seu importante papel na reabilitação de usuários acamados/domiciliados com dificuldades na execução das atividades de vida diária, bem como discussão de casos complexos que necessitem da elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS) que envolvam, inclusive, a mobilização de vários recursos no território.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 204, p. 48, 24 out. 2011. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>. Acesso em: 14 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Manual operacional do projeto de investimento para a qualificação do sistema único de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série C: Projetos, Programas e Relatórios)

_____. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto** à **população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Anexo. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 3 jan. 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2014.

_____. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 29 jun. 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 20 jan. 2014.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_tulio_franco.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2013.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experenciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

FREIRE, R. C. **As ações programáticas no projeto Saúde Todo Dia**: uma das tecnologias para a organização do cuidado. Faculdade de Ciências Médicas. (Dissertação de mestrado) – Universidade Estadual de Campinas. Campinas: 2005.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 22, v. 11, nov. 2006.

JUNQUEIRA, L. A. P; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. **Descentralização e Intersetorialidade na Gestão Pública Municipal no Brasil**: a experiência de Fortaleza. XI Concurso de Ensayos del CLAD El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública : Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones. Caracas, 1997.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, ABRASCO, 2001.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES JR., H. M. Redes de Atenção à Saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S. F. **Redes de Atenção à Saúde no SUS**: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas: IDISA, CONASEMS, 2008.