MINISTÉRIO DA SAÚDE

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA

DIRETRIZES DO NASF:
Núcleo de Apoio a Saúde da Família

Brasília – DF
2010

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA

DIRETRIZES DO NASF:
Núcleo de Apoio a Saúde da Família

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Cadernos de Atenção Básica, n. 27

Este material é destinado prioritariamente
para os profissionais do NASF
e os da Equipe de SF.
Deve ser conservado em
seu local de trabalho.

Brasília – DF
2010

© 2010 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Cadernos de Atenção Básica, n. 27

Tiragem: 1ª edição – 2010 – 35.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 6º andar, Sala 655
CEP: 70058-900, Brasília – DF
Tel.: (61) 3315-2497
Fax: (61) 3326-4340
Home page: www.saude.gov.br/dab

Supervisão Geral:
Claunara Schilling Mendonça

Coordenação Geral:
Nulvio Lermen Junior

Coordenação Técnica Geral:
Rosani Pagani
Clesimary Evangelista Molina Martins

Coordenação Editorial:
Antônio Sergio de Freitas Ferreira
Inaiara Bragante
Renata Ribeiro Sampaio

Revisão Técnica Geral:
Flavio Goulart
Rosani Pagani

Colaboradores na Revisão por Capítulos:

Clesimary Evangelista Molina Martins
Fabiane Minozzo
Juliana Oliveira Soares
Samantha França
Ivana Cristina de Holanda C. Barreto
Luiz Antonio Marinho Pereira
Yara Maria de Carvalho

Elaboração Técnica:
Autores

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF
Rosani Pagani
Gustavo Tenório Cunha
Teresa Martins
Adriana Miranda de Castro
Olga Vânia Matoso de Oliveira
Nulvio Lermen Junior

SAÚDE MENTAL NO NASF
Fabiane Minozzo
Rosani Pagani
Karime da Fonseca Pôrto
Taciane Monteiro
Sonia Saraiva
Michele Peixoto Quevedo
Daniel Almeida Gonçalves
Sandra Fortes
Pedro Gabriel Godinho Delgado

REABILITAÇÃO E A SAÚDE INTEGRAL DA PESSOA IDOSA NO NASF
Clesimary Evangelista Molina Martins
Cristiane Rocha
Maria Alice Pedotti
Renata dos Humildes Oliveira
Fabiana Regolin
Samara Kielmann
Simone de Pádua Ayres
Vania Priamo
Erika Pisaneschi

AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO NASF
Ana Beatriz Vasconcellos
Ana Carolina Feldenheimer
Dirceu Ditmar Klitzke
Gisele Ane Bortolini
Helen Altoé Duar
Janine Gilberti Coutinho
Juliana Paulo e Silva
Kathleen Sousa Oliveira
Patrícia Chaves Gentil
Sheila Rotenberg

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO NASF
Alvimar Botega
José Miguel do Nascimento Junior
Katia Regina Torres
Kelli Engler Dias
Leandro Ribeiro Molina
Silvana Nair Leite
Vera Lúcia Tierling

INTERSETORIALIDADE, REDES SOCIAIS E PARTICIPAÇÃO CIDADÃ: O SERVIÇO SOCIAL NO NASF
Edelves Vieira Rodrigues
Francisca Lopes de Souza
Martinho Braga Batista e Silva
Maria Socorro de Araújo Dias

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NO NASF
Ana Sudária
Dilma Lucena de Oliveira
Livia Penna Firme Rodrigues
Thereza de Lamare Franco Netto
Marisilda Brochado Ranzeiro
Maria de Lourdes Magalhães
Zuleica Portela Albuquerque

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER NO NASF
Dilma Lucena De Oliveira
Sandra Fortes
Lidiane Ferreira Gonçalves

AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO NASF
Ana Rita Novaes
Angelo Giovani Rodrigues
Carmem De Simoni
Divaldo Dias
Helvo Slomp Junior
Katia Torres
Marcelo Maravieski
Marco Giostri
Maria Rocineide Ferreira da Silva
Vera Lúcia de Azevedo Dantas
Soraya Terra Coury

PRÁTICAS CORPORAIS E ATIVIDADE FÍSICA NO NASF
Danielle Keylla Alencar Cruz

Normalização:
Aline Santos Jacob

Arte-final e diagramação:
Artmix - Studio de Criação

Colaboradores
Finalizando encontra-se os nomes dos profissionais do Município de Sobral e de São Paulo, que enriqueceram este caderno com suas ricas contribuições na oficina, advinda da experiência vivenciada na Saúde da Família.

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
152 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27)

ISBN 978-85-334-1697-0

1. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). 2. Assistência à saúde. 3. Políticas públicas em saúde. Título. II. Série.

CDU 613.9-055

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – 2010/0075

Títulos para indexação:
Em inglês: Guidelines from the NASF: Support Nucleus Family´s Healthy
Em espanhol: Directrices del NASF: Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....7

1 NÚCLEO DE APOIO À SAUDE DA FAMÍLIA.....9
1.1 Introdução.....9
1.2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): aspectos normativos.....10
1.3 Sobre o conceito de "apoio matricial.....11
1.4 O NASF e sua missão.....13
1.5 NASF: princípios e diretrizes gerais.....16
1.6 NASF: processos de trabalho.....20
1.7 Ferramentas tecnológicas para o NASF.....24
1.8 Finalizando para iniciar.....31

2 SAÚDE MENTAL NO NASF.....33
2.1 Introdução.....33
2.2 Cenário atual dos transtornos mentais no Brasil.....34
2.3 Saúde mental na atenção primária: diretrizes e prioridades.....36
2.4 Estratégias de integração NASF – Equipe de Saúde da Família.....39
2.5 Considerações finais.....44

3 REABILITAÇÃO E A SAÚDE INTEGRAL DA PESSOA IDOSA NO NASF.....46
3.1 Introdução.....46
3.2 A reabilitação nas políticas sociais brasileiras.....47
3.3 A reabilitação nos núcleos de apoio à saúde da família NASF.....49
3.4 Observações finais.....57

4 ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO NASF.....59
4.1 Introdução.....59
4.2 Segurança alimentar e nutricional e direito humano à alimentação adequada.....60
4.3 Perfil epidemiológico e nutricional da população brasileira.....61
4.4 Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde.....63
4.5 Possibilidades de atuação do nutricionista da equipe do NASF.....71
4.6 Conclusão.....73

5 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO NASF.....75
5.1 Introdução.....75
5.2 Planejamento das ações de assistência farmacêutica no NASF.....76
5.3 Promoção do uso racional de medicamentos.....77
5.4 Educação permanente em saúde.....78
5.5 Gestão da assistência farmacêutica.....79
5.6 Participação social.....81
5.7 Atividades de assistência à saude.....81
5.8 Práticas integrativas e complementares.....85
5.9 Considerações finais.....86

6 INTERSETORIALIDADE, REDES SOCIAIS E PARTICIPAÇÃO CIDADÃ: O SERVIÇO SOCIAL NO NASF....88
6.1 Introdução....88
6.2 O serviço social no NASF....89
6.3 Considerações finais....96

7 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NO NASF....97
7.1 Introdução....97
7.2 O papel do NASF na atenção integral à saúde da criança....98
7.3 Conclusões....107

8 ATENÇÃO INTEGRAL À SAUDE DA MULHER NO NASF....109
8.1 Introdução....109
8.2 A atenção integral à saúde da mulher....110
8.3 O papel dos grupos....115

9 AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO NASF....116
9.1 Medicina tradicional chinesa....116
9.1.1 Acupuntura....117
9.1.2 Práticas corporais....117
9.1.2.1 Do-in....117
9.1.2.2 Lian gong em 18 terapias....118
9.2 Tai chi chuan....119
9.3 Homeopatia....119
9.3.1 Medicamentos homeopáticos....120
9.4 Políticas públicas envolvidas....120
9.4.1 Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS....120
9.4.2 Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos (PNPMF)....121
9.4.3 As PICS e o processo de trabalho no NASF....121

10 PRÁTICAS CORPORAIS E ATIVIDADE FÍSICA NO NASF....124
10.1 Introdução....124
10.2 PCAF: aspectos conceituais....125
10.3 Responsabilidades profissionais nas PCAF....126
10.4 As PCAF e os processos de trabalho no NASF....128
10.5 Considerações finais....133

REFERÊNCIAS....134

APRESENTAÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população. Na definição já clássica de Bárbara Starfield, APS representa o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais. São assim estipulados seus atributos essenciais: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), vertente brasileira da APS, caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema de saúde constitucionalmente fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado e, além disso, hierarquizado e regionalizado, como é o caso do SUS. A ESF vem provocando, de fato e de direito, um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde em nosso país.

Assim é que, dentro do escopo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008.

Um Nasf deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de SF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. O Nasf não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de SF.

O Nasf deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização.

Assim, a organização dos processos de trabalho dos Nasf, tendo sempre como foco o território sob sua responsabilidade, deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e

responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto etc.

Intervenções diretas do Nasf frente a usuários e famílias podem ser realizadas, mas sempre sob encaminhamento das equipes de SF com discussões e negociação *a priori* entre os profissionais responsáveis pelo caso. Tal atendimento direto e individualizado pelo Nasf ocorrerá apenas em situações extremamente necessárias. Devem ser lembradas ainda as diversas modalidades de intervenção no território, por exemplo, no desenvolvimento de projetos de saúde no território; no apoio a grupos; nos trabalhos educativos e de inclusão social; no enfrentamento de situações de violência e ruptura social; nas ações junto aos equipamentos públicos. Todas são tarefas a serem desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF e outros setores interessados.

A organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do Nasf dependem de algumas ferramentas já amplamente testadas na realidade brasileira, como é o caso do Apoio Matricial, da Clínica Ampliada, do Projeto Terapêutico Singular (PTS), do Projeto de Saúde no Território (PST) e a Pactuação do Apoio, a serem apresentadas e debatidas nas páginas a seguir.

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.

O Nasf é composto de nove áreas estratégicas, que representam os diversos capítulos da presente publicação. São elas: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares.

A expectativa da equipe que elaborou este Caderno, voltado especificamente para o tema dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, é de que se possa realmente fortalecer a APS no País, por meio do aumento do conhecimento das equipes que nela atuam, sejam das equipes de SF, dos Nasf, sejam da gestão em geral.

Ministério da Saúde

1 NÚCLEO DE APOIO À SAUDE DA FAMÍLIA

1.1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, nos últimos anos, vem mostrando significativos avanços desde sua criação pela constituição de 1988. Entre eles está a ampliação do número de equipes de Saúde da Família, com cobertura crescente da população brasileira e melhoria na assistência e de seus mecanismos gestores.

A Atenção Primária à Saúde (APS), conjunto de ações em saúde desempenhadas pela Saúde da Família, é algo complexo e que demanda intervenções amplas em múltiplas facetas da realidade, para que se possa obter efeito positivo sobre a saúde e a qualidade de vida da população, o que é comprovado por meio de evidências em diversos países do mundo. Assim, recomenda-se a utilização de saberes de variadas origens para que a APS possa ser mais eficaz e resolutiva, saberes tanto específicos da saúde como de outros campos de conhecimento, como cultura, assistência social, gestão, esporte, lazer etc., compreendendo um exercício permanente de interdisciplinaridade e de intersetorialidade.

A Atenção Primária à Saúde é definida como o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além de representar a coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural. Ela compreende quatro atributos essenciais: o acesso (primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde), a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado dentro do sistema. Ademais, a presença de outras três características, chamadas atributos derivados, qualificam as ações em Atenção Primária à Saúde: a atenção à saúde centrada na família (orientação familiar), a orientação comunitária e a competência cultural.

Esses atributos podem ser avaliados separadamente, apesar de se apresentarem intimamente inter-relacionados na prática clínica. Assim, um serviço de atenção à saúde dirigida à população geral pode ser considerado provedor de Atenção Primária quando apresenta os quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) como componente estruturante do sistema de saúde brasileiro tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. O principal propósito da ESF é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população.

O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e destes com a comunidade. As equipes de SF são compostas por no mínimo um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Pode ser ampliada com a equipe de Saúde Bucal, na qual estão presentes: dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal.

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de no máximo quatro mil pessoas de uma determinada área, e estas passam a ter corresponsabilidade no cuidado à sua saúde. A atuação das equipes ocorre no território, principalmente, nas unidades básicas de Saúde da Família, nas residências e nos espaços comunitários. A ESF caracteriza-se por ser a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde tendo sob sua responsabilidade um território definido, com uma população delimitada, partindo do conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico de sua área de atuação, podendo intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, de forma a oferecer às pessoas atenção integral, permanente e de qualidade.

1.2 NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): ASPECTOS NORMATIVOS

O Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. O principal objetivo foi o de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos 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 e da Saúde do Homem.

O Nasf é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de SF 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 SF e entre sua própria equipe (Nasf), incluindo na atuação 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.

O Nasf deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família, com foco nas práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade da equipe de SF.

1.3 SOBRE O CONCEITO DE "APOIO MATRICIAL"

O correto entendimento da expressão "apoio", que é central na proposta dos Nasf, remete à compreensão de uma tecnologia de gestão denominada "apoio matricial", que se complementa com o processo de trabalho em "equipes de referência".

Equipes de referência representam um tipo de arranjo que busca mudar o padrão dominante de responsabilidade nas organizações: em vez das pessoas se responsabilizarem por atividades e procedimentos (geralmente uma responsabilidade quantitativa), o que se busca é construir a responsabilidade de pessoas por pessoas. Ou seja, formar uma equipe em que os trabalhadores tenham uma clientela sob sua responsabilidade, por exemplo, uma equipe responsável por certo número de leitos em um hospital ou, como no caso da equipe de SF, a responsabilidade por uma clientela dentro de um território de abrangência. Então, aqui é essencial ressaltarmos que, quando falamos de equipe de referência no Caderno, remetemos-nos à equipe de Saúde da Família, que é a referência de saúde para certa população na APS.

No entanto, não é somente a definição da responsabilização sobre uma clientela que define a equipe de referência. Refere-se, também, a outra dimensão: a distribuição do poder que se quer na organização. Assim, uma equipe de referência é definida também por uma coordenação (gerência) comum e deve enfrentar a herança das "linhas de produção" tayloristas nas organizações da saúde, nas quais o poder gerencial estava atrelado ao saber disciplinar fragmentado e as chefias se dividiam por corporações. Por exemplo, a presença de uma chefia de enfermagem, outra chefia de médicos e outra ainda de ACS, em vez de uma coordenação (gerência) por equipe, aumentando a chance de fragmentação do trabalho em uma equipe de SF, produzindo uma tendência de responsabilidade maior para com uma atividade corporativa do que propriamente com o resultado final para o usuário. Na prática, essas chefias por corporações profissionais produzem arranjos que desvalorizam ou rivalizam com a desejável "grupalidade" da equipe, dando origem, assim, a diferentes "times": de ACS, de médicos etc.

A proposta de equipe de referência (equipe de SF) na APS parte do pressuposto de que existe interdependência entre os profissionais. Prioriza a construção de objetivos comuns em um time com uma clientela adscrita bem definida. Assim, uma

das funções importantes da coordenação (gerência) de uma equipe de referência é justamente produzir interação positiva entre os profissionais em busca das finalidades comuns. Apesar das diferenças entre eles, sem tentar eliminar essas diferenças, mas aproveitando a riqueza que ela proporciona.

O apoio matricial será formado por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência (equipes de SF). Assim, se a equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde dos clientes, eles deverão acionar uma rede assistencial necessária a cada caso. Em geral é em tal "rede" que estarão equipes ou serviços voltados para o apoio matricial (no caso, os Nasf), de forma a assegurar, de modo dinâmico e interativo, a retaguarda especializada nas equipes de referência (no caso, as equipes de Saúde da Família). Vale ressaltar aqui que o Nasf está inserido na rede de serviços dentro da APS assim como as equipes de SF, ou seja, ele faz parte da APS.

O apoio matricial apresenta as dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos.

Fica claro, portanto, que o conceito de apoio matricial tem uma dimensão sinérgica ao conceito de educação permanente. Como exemplo, podemos lembrar o fato de que não é possível a nenhum trabalhador em saúde esquivar-se de lidar em alguma medida com os afetos nas relações terapêuticas, por mais que se trate de um tema específico de psicólogos e psiquiatras. Cabe, portanto, aos profissionais da área psi, quando percebem dificuldades de uma equipe nesse campo, exercitar a dimensão técnico-pedagógica a partir das discussões de casos e temas, de forma a compartilhar seu conhecimento específico com a equipe de SF, para que possa lidar com esse saber e fazer dele conhecimento de todos.

Um pressuposto fundamental da proposta do Nasf é o de que deve ocorrer a compreensão do que é conhecimento nuclear do especialista e do que é conhecimento comum e compartilhável entre a equipe de SF e o referido especialista. Tal conhecimento, todavia, é sempre situacional e mutante. Por exemplo: uma equipe que lidasse com grande número de crianças com obesidade ou sobrepeso teria que incorporar grande quantidade de conhecimentos sobre o manejo dessas condições. Assim, um pediatra que fizesse apoio matricial a essa equipe teria que investir grande energia na dimensão técnico-pedagógica, compartilhando conhecimentos com a equipe para que ela pudesse se aproximar da resolutividade desejada para esses casos. Isso vale para um psicólogo, para um nutricionista ou para qualquer outro especialista que preste apoio

para essa equipe. Entretanto, os mesmos especialistas, ao realizar apoio a outra equipe, em uma população diferente, terão que oferecer conhecimentos diferenciados para serem incorporados pela nova equipe.

Outro aspecto-chave no processo de trabalho dos profissionais é a definição das tarefas a serem estabelecidas e ajustadas entre gestor, equipe do Nasf e equipe de SF e que devem ser definidas e detalhadas de forma cuidadosa, em função de uma construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para acionar o apoio. Nessa relação entre gestor, equipe de SF e equipe do Nasf, deve imperar a flexibilidade, tanto para os critérios como para as próprias atividades do apoiador, ou seja, tudo isso deve ser considerado de forma dinâmica e sempre sujeita a reavaliação e reprogramação. Essa é uma tarefa importante dos gestores. Devem-se estar atentos também a:

- Explicitar e negociar atividades e objetivos prioritários; definir claramente quem são os seus usuários; avaliar a capacidade de articulação com as equipes de SF e o trabalho em conjunto com elas; identificar as possíveis corresponsabilidades e parcerias; construir e acompanhar as atividades mediante indicadores de impacto.

A rigor, as equipes do Nasf terão dois tipos de responsabilidades: sobre a população e sobre a equipe de SF. Seu desempenho deverá ser avaliado não só por indicadores de resultado para a população, mas também por indicadores de resultado da sua ação na equipe. Exemplo: um indicador importante do resultado do trabalho de apoio de um psicólogo a uma equipe de SF é a diminuição de pedidos de encaminhamentos (mais bem designados agora como "compartilhamento") de transtornos de ansiedade. Esses indicadores de resultados na população e na equipe devem ser constantemente acompanhados e, se for o caso, reprogramados. Ou seja, a maior parte dos indicadores de resultado ajustados com equipes e com os profissionais do Nasf é transitória.

O conceito de apoio matricial e mais ainda sua prática constituem aspectos relativamente novos no âmbito do SUS, sendo sugeridas as leituras complementares indicadas na seção específica (ver ao final deste capítulo).

1.4 O NASF E SUA MISSÃO

Desafios essenciais estão permanentemente colocados à APS, como a ampliação progressiva de sua cobertura populacional e sua integração à rede assistencial, ligados tanto ao aumento de sua resolutividade quanto de sua capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado. O Nasf, como organismo vinculado à equipe de SF, compartilha tais desafios e deve contribuir para o aumento da resolutividade e a efetivação da coordenação integrada do cuidado na

APS. Assim, apoio e compartilhamento de responsabilidades são aspectos centrais da missão dos Nasf.

A proposta dos Nasf pode ser mais bem compreendida com a exposição de alguns pressupostos, enumerados no quadro abaixo.

I: CONHECIMENTO
Ao reconhecer que há temas/situações demandadas à equipe de Saúde da Família, faz-se necessário que identifique o que é mais prevalente no seu território. Ela deve organizar suas ofertas levando-se em conta as especificidades da clientela adscrita, que inclui o contexto local. Uma clientela predominantemente idosa, por exemplo, exige que a equipe desenvolva certa especialização nesse ciclo de vida. Uma grande clientela dependente do uso de álcool e outras drogas exige a priorização de conhecimentos sobre processos sociais e subjetivos que auxiliem na sua abordagem individual e familiar. Quanto maior o reconhecimento dos problemas dos usuários pelos profissionais, maior probabilidade de melhora subsequente. Assim, não se trata de exigir que a equipe "saiba tudo", até porque a clientela não apresenta tudo como demanda, mas saber o que é necessário para alcançar a resolutividade desejada e de responsabilidade da Atenção Primária à Saúde no sistema de saúde. Acrescente-se que na mesma área existam também problemas menos prevalentes, como usuários com doenças raras, porém crônicas, pessoas vivendo com Aids ou com lúpus. Tais casos também exigirão da equipe determinado conhecimento que poderá ser construído e utilizado no decorrer do tempo (acompanhamento longitudinal) para melhor fazer a coordenação do caso e compartilhar o atendimento com os outros serviços ou profissionais. Esse primeiro pressuposto é fundamental porque dá direcionalidade para a proposta do Nasf, ratificando sua complementaridade em relação às equipes da Saúde da Família e possibilitando a compreensão da importância da contratação de seus profissionais. A constituição de um Nasf pressupõe um processo de discussão, negociação e análise dos gestores juntamente com as equipes de SF, uma vez que são elas que conhecem as necessidades em saúde de seu território e podem identificar os temas/situações em que precisarão de apoio. O Nasf, então, poderá contribuir também com as equipes de SF nos temas menos prevalentes em que ela considere fundamental acrescentar competências.
II: GESTÃO DAS EQUIPES
Pela complexidade do trabalho em saúde e o compromisso da APS com a melhoria crescente da resolutividade dos respectivos serviços, a criação do Nasf insere outros profissionais no processo de gestão compartilhada do cuidado. No entanto, somente implantar o Nasf não é suficiente para que ele funcione no apoio à gestão integrada do cuidado, uma vez que não se trata simplesmente de aumentar o "time". A equipe

continua...

continuação

população, desenvolve no plano da gestão vínculo específico entre um grupo de profissionais e determinado número de usuários. Isso possibilita uma gestão mais centrada nos fins (coprodução de saúde e de autonomia) do que nos meios (consultas por hora, por exemplo) e tende a produzir maior corresponsabilização entre profissionais, equipe e usuários. Essa equipe de saúde terá, no Nasf, o apoio matricial, seja pela modalidade de atendimento compartilhado, pela discussão de casos/formulação de projetos terapêuticos, seja pelos projetos de saúde no território. O atendimento compartilhado consiste em realizar intervenção tendo como sujeitos de ação o profissional de saúde e o apoiador matricial em regime de coprodução. A intenção é possibilitar a troca de saberes e de práticas em ato, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. A discussão de casos e formulação de projetos terapêuticos consiste na prática de reuniões nas quais participam profissionais de referência do caso em questão, de um usuário ou um grupo deles, e o apoiador ou equipe de apoio matricial. A ideia é rever e problematizar o caso contando com aportes e possíveis modificações de abordagem que o apoio pode trazer e, daí em diante, rever um planejamento de ações que pode ou não incluir a participação direta do apoio ou de outros serviços de saúde da rede, de acordo com as necessidades levantadas.

Implantar o Nasf implica, portanto, a necessidade de estabelecer espaços rotineiros de reunião para pactuar e negociar o processo de trabalho: discussão de casos, definição de objetivos, critérios de prioridade, gestão das filas de compartilhamento (encaminhamento), critérios de avaliação dos trabalhos, resolução de conflitos etc. Nada disso acontece automaticamente e torna-se necessário que os profissionais assumam sua responsabilidade na cogestão e os gestores coordenem esses processos, em constante construção, do trabalho transdisciplinar.

III: COORDENAÇÃO DO CUIDADO

A coordenação de casos é uma de suas características mais importantes da APS, pois possibilita definição clara de responsabilidade pela saúde do usuário, considerando-o como sujeito em seu contexto e no decorrer do tempo em oposição a uma abordagem fragmentada por recortes disciplinares (estômago, emoção, alimentação etc.). As características da Atenção Primária de primeiro contato com as famílias, acompanhamento longitudinal e inserção territorial protegem os usuários de intervenções exageradas, desarticuladas e não negociadas com eles. A coordenação de casos ocorre em três cenários: 1) Dentro do estabelecimento de Atenção Primária, quando os usuários são vistos por vários membros da equipe e as informações a respeito do usuário são geradas em diferentes lugares (por exemplo, laboratórios). 2) Com outros especialistas chamados para fornecer aconselhamento ou intervenções de curta duração. 3) Com outros especialistas que tratam de um usuário específico por um longo período de tempo, devido à presença de um distúrbio específico.

continua...

continuação

A coordenação do cuidado significa para a equipe assumir o usuário, mesmo (ou talvez principalmente) quando há procedimentos ou aspectos do problema de saúde que ela não domina totalmente, ou não lhe caiba executar (cirurgia ou tratamento prolongado, por exemplo). Não seria porque um usuário está sob cuidados quimioterápicos para um problema oncológico, ou porque necessita de uma abordagem de um psiquiatra ou psicólogo, que os conhecimentos obtidos pelo vínculo, o seguimento ao longo do tempo e a abordagem contextual (que inclui a família, entre outras dimensões) tornar-se-iam menos importantes. Ao contrário, é justamente nesses momentos de maior gravidade que esses conhecimentos da equipe de Saúde da Família são fundamentais para a eficácia clínica.

Vale acrescentar que, quem está na Atenção Primária à Saúde tem um ponto de vista diferente e complementar ao de quem está em outros serviços de saúde da rede (serviço hospitalar, unidades de urgência e emergência, centro de especialidades). A equipe de SF tem mais chances de conhecer a família ao longo do tempo, conhecer a situação afetiva, as consequências e o significado do adoecimento de um de seus membros.

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;

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.

1.5 NASF: PRINCÍPIOS E DIRETRIZES GERAIS

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.

Na implantação da proposta do Nasf, há que se estar atento ao risco da fragmentação da atenção. Se incorporar abordagens disciplinares variadas pode adicionar qualidade ao atendimento, isso também pode gerar a não responsabilização, tanto em termos individuais como coletivos, mediante a focalização em aspectos parciais do indivíduo, com inevitáveis danos à saúde. O conceito de atenção integral pode ser uma contribuição importante na organização do processo de trabalho, de forma a afastar o risco da fragmentação.

O conceito de integralidade é também uma das diretrizes do SUS, ao lado da universalidade do acesso, do cuidado organizado em rede, da prioridade das ações preventivas, sem detrimento das assistenciais, bem como da equidade da oferta e das oportunidades em saúde. Mas isso implica modificação profunda dos modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde até hoje vigentes.

É consensual que a amplitude da prática da integralidade exija que os sistemas organizados a partir da APS reconheçam a grande variedade de necessidades relacionadas à saúde e disponibilize os recursos para abordá-las. A reflexão sobre a integralidade deve, todavia, ampliar o conceito constitucional, em busca de outras possibilidades, ou seja, a integralidade como traço da boa medicina, como modo de organizar as práticas em saúde e como elemento da construção de políticas especiais. Com efeito, no modo tradicional dos sistemas de saúde, é notória a fragmentação da atitude dos médicos e dos outros profissionais de saúde, reduzindo o usuário a mero sistema biológico, desconsiderando seu sofrimento e outros aspectos envolvidos na sua qualidade de vida. Assim, a integralidade deve ser considerada como um valor e estar presente na atitude do profissional no encontro com seus usuários, no qual deverá reconhecer demandas e necessidades de saúde, bem como incorporar ações de promoção, prevenção, assim como ações curativas e reabilitadoras.

Outro conjunto de sentidos para a integralidade está baseado na importância de organizar as práticas dos serviços de saúde de forma orientada pelas necessidades da população, sejam estas explícitas ou não. Para isso, é importante equilibrar a demanda espontânea com a programada, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde. Além disso, a integralidade também sinaliza para a construção das políticas governamentais de enfrentamento de certos problemas de saúde e necessidades de grupos específicos, que subentende a captação das várias nuanças que envolvem a atenção à saúde. Dessa forma, a integralidade é tomada como ampliação do horizonte de intervenção sobre problemas.

A busca da integralidade nos serviços de saúde deve ser, portanto, 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. O quadro abaixo resume esses aspectos.

TERRITÓRIO
O território é um conjunto de sistemas naturais e artificiais que engloba indivíduos e instituições, independentemente de seu poder. Deve ser considerado em suas divisões jurídicas e políticas, suas heranças históricas e seus aspectos econômicos e normativos. É nele que se processa a vida social e nele tudo possui interdependência, acarretando no seu âmbito a fusão entre o local e o global. Como decorrência, as equipes de SF precisam conhecer a realidade do território em suas várias dimensões, identificando as suas fragilidades e possibilidades, figurando-a como algo vivo e dinâmico.
EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE
Tem como finalidade a apuração, a sistematização de modos de sentir, pensar, sonhar, querer, agir e se expressar das pessoas. Deve ser um modo orgânico, participativo e prazeroso de cuidar da saúde e de fazer a gestão dos territórios, por meio dos indivíduos, como sujeitos do seu próprio processo de trabalho, do seu conhecimento.
INTERDISCIPLINARIDADE
É o trabalho em que as diversas ações, saberes e práticas se complementam. Disciplinas implicam condutas, valores, crenças, modos de relacionamento que incluem tanto modos de relacionamento humano quanto de modos de relação entre sujeito e conhecimento. O prefixo "inter" indica movimento ou processo instalado tanto "entre" quanto "dentro" das disciplinas. A interdisciplinaridade envolve relações de interação dinâmica entre saberes. "No projeto interdisciplinar não se ensina, nem se aprende: vive-se, exerce-se". Ela deve ser entendida também como uma atitude de permeabilidade aos diferentes conhecimentos que podem auxiliar o processo de trabalho e a efetividade do cuidado num determinado momento e espaço.
PARTICIPAÇÃO SOCIAL
Envolve o fortalecimento dos espaços sociais, comunitários e locais em geral, com foco na gestão participativa. Trata-se, portanto, de fortalecer os processos de produção das necessidades da vida por seus próprios protagonistas, partilhando poder e construindo um processo político-pedagógico de conquista de cidadania e fortalecimento da sociedade civil.
INTERSETORIALIDADE
O conceito ampliado de saúde e o reconhecimento de uma complexa rede de condicionantes e determinantes sociais da saúde e da qualidade de vida exigem dos profissionais e equipes trabalho articulado com redes/instituições que estão fora do seu próprio setor. A intersetorialidade é essa articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, a fim de abordar um tema ou situação em conjunto. Essa forma de trabalhar, governar e construir políticas públicas favorece a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população.

continua...

continuação

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
As necessidades do serviço e das equipes que nele atuam exigem trabalhar com a aprendizagem significativa, envolvendo os fatores cognitivos, relacionais e de atitudes, visando qualificar e (re)organizar os processos de trabalho. O processo de educação permanente possibilita principalmente a análise coletiva do processo de trabalho para efetivar a ação educativa. Assim, a aprendizagem deverá ocorrer em articulação com o processo de (re)organização do sistema de saúde. O processo de trabalho envolve múltiplas dimensões organizacionais, técnicas, sociais e humanas. Portanto, o saber técnico é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas, e a formação dos profissionais deve envolver os aspectos humanos e pessoais, os valores, os sentimentos, a visão de mundo de cada um, bem como cada um percebe e representa o SUS. Deve-se trabalhar com a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho simultaneamente.
HUMANIZAÇÃO
Entendida como uma possibilidade de transformar as práticas de atenção e gestão no SUS, a partir de construções coletivas entre gestores, trabalhadores e usuários, atores sociais implicados com a produção de saúde. É efetivada quando os princípios do SUS são traduzidos a partir da experiência concreta do trabalhador e do usuário num campo do trabalho concreto e, nesse caso, o usuário deve ser entendido como cidadão em todas suas dimensões e redes de relações. Implica apostar na capacidade criativa, na possibilidade de reinventar formas de relação entre pessoas, equipes, serviços e políticas, atuando em redes, de modo a potencializar o outro, a defender a vida de todos e qualquer um.
PROMOÇÃO DA SAÚDE
É uma das estratégias de organização da gestão e das práticas em saúde, não deve ser compreendida apenas como um conjunto de procedimentos que informam e capacitam indivíduos e organizações, ou que buscam controlar as condições de saúde em grupos populacionais específicos. Sua maior contribuição a profissionais e equipes é a compreensão de que os modos de viver de homens e mulheres são produtos e produtores de transformações econômicas, políticas, sociais e culturais. Dessa maneira, as condições econômicas, sociais e políticas do existir não devem ser tomadas, tão somente, como meros contextos – para conhecimento e possível intervenção na realidade –, e sim como práticas sociais em transformação, exigindo constante reflexão das práticas do setor saúde. Para a promoção da saúde, é fundamental organizar o trabalho vinculado à garantia de direitos de cidadania e à produção de autonomia de sujeitos e coletividades. Trata-se de desenvolver ações cotidianas que preservem e aumentem o potencial individual e social de eleger formas de vida mais saudáveis. Ações que ocorrerão tanto ao nível da clínica quanto na realização e/ou condução de grupos participativos sobre as suas necessidades específicas ou na comunidade.

O tema dos princípios e diretrizes que regem a atuação do Nasf, sem embargo do consenso obtido em torno dele, é objeto de estudos aprofundados na literatura da saúde. A seção final deste capítulo traz sugestões de leituras complementares referentes a esses tópicos.

1.6 NASF: PROCESSOS DE TRABALHO

Nos termos da Portaria no 154, existem duas modalidades de Nasf: o Nasf 1, composto por no mínimo cinco profissionais com formação universitária, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. Cada um desses Nasf deve estar vinculado a um mínimo de oito e máximo de 20 equipes de SF, exceto nos estados da Região Norte, onde o número mínimo passa a ser cinco.

O Nasf 2 deverá ter no mínimo três profissionais, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional; e se vincular a no mínimo três equipes de SF.

A definição dos profissionais que irão compor cada tipo de Nasf é de responsabilidade do gestor municipal, seguindo, entretanto, critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

O Nasf organizará o seu processo de trabalho com foco nos territórios de sua responsabilidade, conjuntamente com as equipes de SF que a ele se vinculam de forma a priorizar:

(a) Ações clínicas compartilhadas, para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. Com ênfase em estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico singular, orientações, espaços de reuniões, bem como consultas/atendimentos conjuntos, apoio por telefone, e-mail etc.

(b) Intervenções específicas do profissional do Nasf com os usuários e/ou famílias, com discussão e negociação a priori com os profissionais da equipe de SF responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo Nasf se dê apenas em situações extremamente necessárias e, quando ocorrer, continuar mantendo contato com a equipe de SF, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo Nasf diretamente ao usuário, ou à família ou à comunidade.

(c) Ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF. E outros setores como o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, reuniões, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais etc.

Do ponto de vista das responsabilidades individuais e coletivas dos profissionais do Nasf, algumas considerações devem ser feitas, como já colocado anteriormente, as metas a serem estipuladas para os profissionais do Nasf dependem da capacidade do profissional apoiador de articular e trabalhar em conjunto com as equipes de SF. Como as equipes do Nasf terão dois focos de responsabilidade, população e equipe, suas metas de trabalho deverão conter indicadores de resultado para a população, mas também indicadores de resultado da sua ação na equipe.

Podem ser enumeradas algumas sugestões de tópicos a serem ajustados como itens de responsabilidade dos profissionais do Nasf, organizados por categorias temáticas, conforme se mostra no quadro abaixo.

DEFINIÇÃO DE INDICADORES E METAS
• Critérios para a definição de resultados e impacto: referência na população geral; foco na qualidade da atenção da equipe de referência – equipe de SF (exemplo: incorporação de conhecimentos e diminuição de pedidos de consultas "desnecessárias" aos profissionais do Nasf, capacidade de reconhecer e utilizar critérios de risco e prioridade adequados aos encaminhamentos).
• Definição de metas de atendimento de cada profissional do Nasf: número máximo de usuários de tratamento prolongado e definição de indicadores de resultado para esses grupos específicos (adesão, internação, capacidade de compartilhamento do cuidado por parte da equipe de SF).
• Definição dos números de usuários de tratamento temporário ou para exclusão de hipótese diagnóstica (essa categoria não pode ser acompanhada por longo prazo e o apoiador deve se empenhar na redução dela junto às equipes de SF, mediante apoio pedagógico).
• Estimativas e revisões de indicadores e metas devem ser constantemente revistas em conjunto com os profissionais.
AGENDAS DE TRABALHO
• Parte deve ser reservada para atividades pedagógicas (exemplo: participação em reuniões de equipes de SF; discussões e construção de projetos terapêuticos e temas teóricos; atendimento compartilhado; visitas domiciliares, quando necessário).

continua...

continuação

• Outra parte: atividades assistenciais diretas, quando for o caso.
• Disponibilidade de tempo reservado para as ações no território junto às equipes de SF.
• Disponibilidade para acessos diretos não programados ou contatos telefônicos, via internet, pela equipe de SF.
• Estimativas e revisões da agenda de atividades devem ser constantemente revistas em conjunto com os profissionais.
ATIVIDADES PEDAGÓGICAS
• Importante: confronto de saber recortado por olhar disciplinar com a realidade da atenção integral faz aumentar número de variáveis e complexidade dos problemas. • Buscar apoios (gestor, academia, outros especialistas) uma vez que essa atividade não costuma fazer parte da formação profissional.
TRABALHO EM GRUPOS/EQUIPE
• Importante: a maior parte dos profissionais de saúde não tem formação básica que valorize o trabalho em equipe. • Fomentar e incentivar os grupos a fazerem contratos de funcionamento em espaços coletivos (reuniões). • Devem ser objetos de atenção especial processos que devem ser estimulados pelos gestores: (a) sigilo relativo às reuniões de equipe; (b) disposição para crítica com maturidade, em dupla via: fazer crítica e receber crítica de forma adequada é um aprendizado coletivo que deve ser estimulado; (c) reconhecimento e lida com conflitos de forma positiva, considerando que grupalidade idealizada e sem conflitos não existe e impede a riqueza da explicitação das diferenças e empobrece o espaço coletivo; (d) reconhecimento de que o amadurecimento do grupo depende da capacidade de tomar as diferenças e conflitos na sua dimensão positiva e produtora. • Espaço coletivo: cultivado e valorizado como momento extremamente importante, no qual ocorrem decisões e aprendizados. • Interrupções devem ser negociadas no grupo (exemplo: uso de celulares, evasão dos profissionais durante o tempo da reunião de equipe para atender à agenda de usuários). • Decisões devem ser tomadas e executadas; evitar que se termine uma discussão sem as decisões possíveis; zelar pelo cumprimento do que for decidido. E também reavaliar constantemente o que foi decidido.

Além desses conjuntos de itens de responsabilidade relativos ao processo de trabalho dos Nasf, existem aspectos operacionais a serem considerados, por exemplo, nas ações por área estratégicas especificadas, que são: Saúde da Criança e Adolescente; Saúde da Mulher; Saúde Mental; Serviço Social; Assistência Farmacêutica; Atividade

Física/Práticas Corporais; Práticas Integrativas e Complementares; Reabilitação/Saúde Integral da Pessoa Idosa; Alimentação e Nutrição; a serem detalhadas em outros capítulos deste Caderno.

Existem também ações que são comuns a todos os membros da equipe Nasf, conforme mostra o quadro a seguir.

QUADRO: NASF – ATRIBUIÇÕES COMUNS AOS DIVERSOS MEMBROS DA EQUIPE

- Identificar, em conjunto com as equipe de SF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas;
- Identificar, em conjunto com as equipe de SF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações;
- Atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas equipes de SF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos;
- Acolher os usuários e humanizar a atenção;
- Desenvolver coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais, como educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras;
- Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde;
- Elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos Nasf por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, fôlderes e outros veículos de informação;
- Avaliar, em conjunto com as equipe de SF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;
- Elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos Nasf;
- Elaborar projetos terapêuticos, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas equipes de SF e os Nasf do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

Dentro de tais perspectivas, o processo de implementação do Nasf implica a necessidade de estabelecer espaços rotineiros de discussões e de planejamento em equipe (Nasf) e entre equipes (Nasf e equipe de SF). Com reuniões para definir objetivos, critérios de prioridades, critério de avaliação dos trabalhos, resolução de conflitos, discussões de casos/situações, entre outros.

1.7 FERRAMENTAS TECNOLÓGICAS PARA O NASF

Para a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do Nasf, algumas ferramentas tecnológicas podem ser enumeradas, seja de **apoio à gestão**, como a Pactuação do Apoio, seja de **apoio à atenção**, das quais são exemplos: o apoio matricial (descrito anteriormente), a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (PST), a serem detalhadas nas linhas adiante.

- **Pactuação do Apoio**

Podemos delimitar a Pactuação do Apoio em duas atividades:

- Avaliação conjunta da situação inicial do território entre os gestores, equipes de SF e o Conselho de Saúde.

A possibilidade de formar a equipe do Nasf, dentro dos moldes referidos, pressupõe um processo de análise dos gestores juntamente com as equipes de SF e os conselhos de saúde. Antes de definir quais profissionais farão parte do Nasf em cada região, é importante que o gestor coordene um processo de discussão, negociação e análise com as equipes de SF e com a participação social, para definir quais profissionais serão contratados. A participação das equipes de SF e dos representantes da população é fundamental, porque conhecem profundamente as necessidades em saúde de seu território e podem identificar os temas/situações em que mais precisam de apoio. Essa participação também é importante porque esse é o primeiro momento da relação dessas equipes e da população com os profissionais do Nasf, ainda que eles ainda não estejam presentes, e vai facilitar um vínculo positivo entre população, equipes e profissionais do Nasf. Isso deve acontecer não somente no início da implantação, mas também ao longo do tempo, em momentos de ampliações, modificações, transformações etc.

- Pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas, entre os gestores, a equipe do NASF, a equipe SF e a participação social.

Esta é uma atividade que deve ser rotineira, é muito importante que os gestores, equipes de SF, Conselho local de Saúde e o NASF pactuem metas e o processo de trabalho, tal pactuação deve abranger a definição de:

- Objetivos a serem alcançados;
- Problemas prioritários a serem abordados;
- Critérios de encaminhamento ou compartilhamento de casos;
- Critérios de avaliação do trabalho da equipe e dos apoiadores; e
- Formas de explicitação e gerenciamento resolutivo de conflitos.

Tudo isso não acontece automaticamente, tornando-se assim necessário que os profissionais assumam sua responsabilidade na cogestão e os gestores coordenem esses processos, em constante construção.

O quadro "leituras recomendadas", ao final do texto, traz algumas indicações para aprofundamento do leitor sobre essa ferramenta de gestão.

- **Clínica Ampliada**

A proposta de Clínica Ampliada se direciona a todos os profissionais que fazem clínica, ou seja, os profissionais de saúde na sua prática de atenção aos usuários. Toda profissão faz um recorte, um destaque de sintomas e informações, cada uma de acordo com seu núcleo profissional. Ampliar a clínica significa justamente ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários. A Clínica Ampliada pode ser caracterizada pelos seguintes movimentos:

1. COMPREENSÃO AMPLIADA DO PROCESSO SAÚDE–DOENÇA
A Clínica Ampliada busca evitar abordagem que privilegie excessivamente alguma matriz de conhecimento disciplinar. Ou seja, cada teoria faz um recorte parcialmente arbitrário da realidade (por exemplo, na mesma situação clínica, podem-se "enxergar" vários aspectos: patologias orgânicas, "forças sociais", produção de subjetividade etc.) e cada recorte poderá ser mais ou menos relevante em cada momento. A Clínica Ampliada busca construir sínteses singulares tensionando os limites de cada matriz disciplinar e colocando em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde, vivida a cada instante por sujeitos reais. Esse eixo da Clínica Ampliada traduz-se ao mesmo tempo em um modo de fazer a clínica diferente e na ampliação do objeto de trabalho, com a necessária inclusão de novos instrumentos.
2. CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICAS
Reconhecer a complexidade da clínica pode produzir uma sensação de desamparo nos profissionais de saúde, na medida em que fica evidente a dificuldade em se obter os resultados idealizados de forma unilateral. É necessário, portanto, um segundo eixo de trabalho na Clínica Ampliada, que é a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas. Ou seja, é necessário, em um grande número de vezes, alguma mudança na autoimagem e/ou na expectativa pessoal do profissional de saúde em relação ao seu trabalho, de forma que ele não pretenda estabelecer uma relação unilateral com o paciente. Justamente, o reconhecimento da complexidade deve significar o reconhecimento da necessidade de compartilhar diagnósticos e problemas, assim como propostas de solução. Este compartilhamento vai tanto na direção da equipe de saúde, dos serviços de saúde e da ação intersetorial, como também do compartilhamento com os usuários. O que significa dizer que, ainda que frequente

continua...

continuação

mente não seja possível resultados ideais, aposta-se que aprender a fazer algo em várias dimensões do problema, de forma compartilhada, é infinitamente mais potente do que insistir em uma abordagem pontual unilateral. Ou seja, é evidente que as questões sociais e subjetivas não se "resolvem" de forma mágica e simples, mas fazer alguma atuação sobre elas (mesmo que seja apenas falar sobre, ou adequar uma conduta) geralmente tem muito mais efeito do que tentar fingir que elas não existem. Evidentemente este eixo da clínica compartilhada nos obriga a um reconhecimento da singularidade de cada situação, para ponderar o quanto é possível e necessário compartilhar diagnósticos e decisões.

3. AMPLIAÇÃO DO "OBJETO DE TRABALHO"

As doenças, as epidemias e os problemas sociais acontecem em pessoas e, portanto, o objeto de trabalho de qualquer profissional de saúde deve ser a pessoa ou grupos de pessoas, por mais que o núcleo profissional ou a especialidade sejam bem delimitados. No entanto, um desafio importante para a Clínica Ampliada na atualidade é que o objeto de trabalho restrito costuma produzir também nos profissionais um "objeto de investimento" restrito. O que significa dizer que se aprende a gostar e a identificar-se com procedimentos e atividades parciais no processo de tratamento. O que pode significar, por outro lado, NÃO gostar de outras atividades fora do núcleo profissional. Pior ainda, é possível que uma compreensão ampliada provoque uma grande sensação de insegurança profissional, porque necessariamente traz a necessidade de lidar com as incertezas do campo da saúde. Essas dificuldades fazem parte do desafio da Clínica Ampliada e não devem ser consideradas exceção, mas parte do processo de mudança e qualificação no processo de trabalho em saúde.

4. A TRANSFORMAÇÃO DOS "MEIOS" OU INSTRUMENTOS DE TRABALHO

Os "meios" ou instrumentos de trabalho também se modificam intensamente na Clínica Ampliada. São necessários arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes (nas organizações e rede assistencial). Mas, principalmente, são necessárias técnicas relacionais que permitam uma clínica compartilhada. A capacidade de escuta (do outro e de si mesmo), de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com a família, a comunidade, entre outras pessoas e grupos sociais.

5. SUPORTE PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A clínica com objeto de trabalho reduzido acaba tendo uma função protetora (ainda que falsamente protetora), porque permite ao profissional "não ouvir" uma pessoa ou um coletivo em sofrimento e, assim, não lidar com a própria dor ou medo que, potencialmente, o trabalho em saúde pode trazer. Um exemplo clássico desse mecanismo inconsciente – ainda não de todo debelado – é a forma como serviços de saúde de oncologia justificavam o não atendimento ou o atendimento deliberadamente precarizado de pacientes "terminais" ou "fora de proposta terapêutica". O argumento (sustentado pela cultura institucional) era de que os serviços deveriam ser voltados àqueles que tinham chances de serem curados. Com isso, os pacientes terminais

continua...

continuação

ficavam sem atendimento: sem sedação, hidratação e outros procedimentos mínimos para uma sobrevida digna. Até hoje o Brasil é um país que ainda tem dificuldades na prescrição de analgesia para pacientes terminais – embora seja pródigo com a prescrição de ansiolíticos, antidepressivos e outros analgésicos "sociais". O fato é que a dificuldade dos profissionais de lidar com a morte (em grande medida inconsciente) produzia argumentação falsa em relação ao atendimento de pacientes terminais, inventando uma falsa relação de mútua exclusão entre os pacientes com chance de cura e os, supostamente, sem chance de cura. Esse tipo de problema fica evidenciado na medida em que se propõe a Clínica Ampliada. Problemas crônicos, sociais ou subjetivos podem produzir a mesma reação nos profissionais de saúde que os pacientes terminais nos serviços de oncologia. Aqui o aspecto cognitivo é importante, mas não é suficiente, porque é necessário criar instrumentos de suporte aos profissionais de saúde para que eles possam lidar com as próprias dificuldades, identificações positivas e negativas com os diversos tipos de situação. É necessário, nesse processo, que se enfrente um forte ideal de "neutralidade" e de "não envolvimento" profissional, prescrito nas faculdades de saúde, que muitas vezes coloca uma interdição para os profissionais de saúde quando o assunto é a própria subjetividade. A partir disso, a gestão deve cuidar para incluir o tema nas discussões de caso (PTS) e evitar individualizar/culpabilizar profissionais que estão com alguma dificuldade em lidar com esse processo (por exemplo, enviando sistematicamente os profissionais que apresentam algum sintoma para os serviços de saúde mental). As dificuldades pessoais no trabalho em saúde refletem, na maior parte das vezes, problemas no processo de trabalho (a baixa grupalidade solidária na equipe, a alta conflitividade, a fragmentação etc.). Resumindo, o suporte aos profissionais de modo que possam realizar uma Clínica Ampliada se justifica porque não é possível fazer clínica COM o outro sem lidar CONSIGO mesmo.

- **Projeto Terapêutico Singular**

A discussão em equipe de casos clínicos, principalmente se mais complexos, é um recurso clínico e gerencial importantíssimo. A existência desse espaço de construção da clínica é privilegiada para o apoio matricial e, portanto, para o trabalho dos profissionais do Nasf.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é 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.

Representa o PTS, portanto, um momento de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, consequentemente, para definição de propostas de ações. É importante destacar que o PTS pode ser elaborado para grupos ou famílias, e não só para indivíduos.

O PTS se desenvolve em quatro momentos, sintetizados no quadro a seguir.

DIAGNÓSTICO
Avaliação/problematização dos aspectos orgânicos, psicológicos e sociais, buscando facilitar uma conclusão, ainda que provisória, a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. O conceito de vulnerabilidade, psicológica, orgânica e social, é muito útil e deve ser valorizado na discussão. A vulnerabilidade possibilita uma leitura mais singular da situação de cada sujeito individual ou coletivo, enfrentando de certa forma as insuficiências da generalização do conceito de risco (e grupos de risco). A equipe procura compreender como o sujeito singular se coproduz diante da vida e da situação de adoecimento. Como operam os desejos e os interesses, assim como o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Uma atenção especial deve estar voltada para as potencialidades, as vitalidades do sujeito. Ainda é forte o hábito na clínica dos profissionais de saúde de restringir-se somente aos problemas e dificuldades; enquanto que, buscando as potencialidades, é mais fácil encontrar aliados para o Projeto Terapêutico, lembrando que os desejos são, frequentemente, um bom sinalizador das potencialidades e vitalidades. Esse momento deve tentar captar como o sujeito singular é coproduzido diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Uma função também importante desse momento é produzir algum consenso operativo sobre afinal quais os problemas relevantes tanto do ponto de vista dos vários membros da equipe [1] quanto do ponto de vista do(s) usuário(s) em questão. Na medida em que se conversa sobre hipóteses e problemas, é importante não se limitar a eles: até onde for possível, é muito útil na construção do Projeto Terapêutico investir nas explicações, na genealogia dos eventos e das pessoas envolvidas (por que tal hipótese ou fato ocorreu?) [2].

[1] Não é incomum ou eventual que os problemas sejam diferentes para cada envolvido no caso, ou que, mesmo quando há concordância, a prioridade atribuída aos problemas por cada membro da equipe seja diferente, produzindo paralisia ou acirrando conflitos. No mínimo é uma oportunidade equacionar um problema comum no trabalho em equipe, qual seja, de uma situação em que todos estejam "remando" muito, mas cada um para uma direção diferente.

[2] Tal pessoa "tem depressão" diz-se na equipe. Ou é "poliqueixosa" ou "hipertensa". Em todos os casos é habitual não buscar compreender por que essas pessoas estão assim. Se "tudo veio a ser" – como diz Nietzsche – como elas se constituíram, como chegaram nessa situação? Essa busca da equipe, com abertura para narrativas, costuma ser extremamente terapêutica para o usuário e para a equipe, além de ser útil para a construção do PTS.

DEFINIÇÃO DAS METAS
Sobre os problemas, a equipe trabalha as propostas de curto, médio e longo prazo que serão negociadas com o sujeito "doente" e as pessoas envolvidas. A negociação deverá ser feita, preferencialmente, pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor com o usuário.
É importante definir as tarefas de cada um com clareza. Escolher um profissional de referência, que na Atenção Básica pode ser qualquer membro da equipe de Saúde da Família independentemente da formação, é uma estratégia para favorecer a continuidade e articulação entre formulação, ações e reavaliações. Ele se manterá informado do andamento de todas as ações planejadas no Projeto Terapêutico. Será aquele que a família procura quando sente necessidade e com o qual negocia as propostas terapêuticas. O profissional de referência também aciona a equipe do Nasf caso aconteça um evento muito importante e articula grupos menores de profissionais para a resolução de questões pontuais surgidas no andamento da implementação do Projeto Terapêutico.
AVALIAÇÃO
Momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções dos rumos tomados.

- Projeto de Saúde no Território (PST)

A partir do conceito ampliado da saúde e frente à complexidade crescente em se trabalhar com os determinantes sociais da saúde, coloca-se o desafio de se organizar estratégias de gestão que integrem os diferentes planos de cuidado existentes no território, seja voltado para as pessoas, famílias, grupo específico (gestantes, hipertensos etc.) e comunitário.

O Projeto de Saúde no Território (PST) 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 iniciar-se pela identificação de uma área e/ou população vulnerável ou em risco. Tal identificação pode acontecer a partir de um "caso clínico" que chame a atenção da equipe, como uma idosa com "marcas de queda" e que pode ser vítima de violência. Bem como pode ser feita com base na análise da situação em saúde. Outro exemplo: a alta prevalência de adolescentes grávidas.

À identificação segue-se a elaboração e consolidação de um entendimento mais aprofundado da situação/necessidade em saúde, no qual se trabalhará com: (a) justificativa da priorização de certa área e/ou população vulnerável ou em risco; (b) compreensão do processo histórico e social singular daquele território que produziu a vulnerabi-

lidade/risco; (c) definição dos objetivos das equipes de saúde com relação à área e/ou população – desejos, limites, possibilidades; (d) estabelecimento das ações que seriam efetivas para alcançar os objetivos das equipes de saúde; (e) identificação de outros atores sociais e/ou instituições seriam importantes para o projeto e poderiam com ele estar comprometidos.

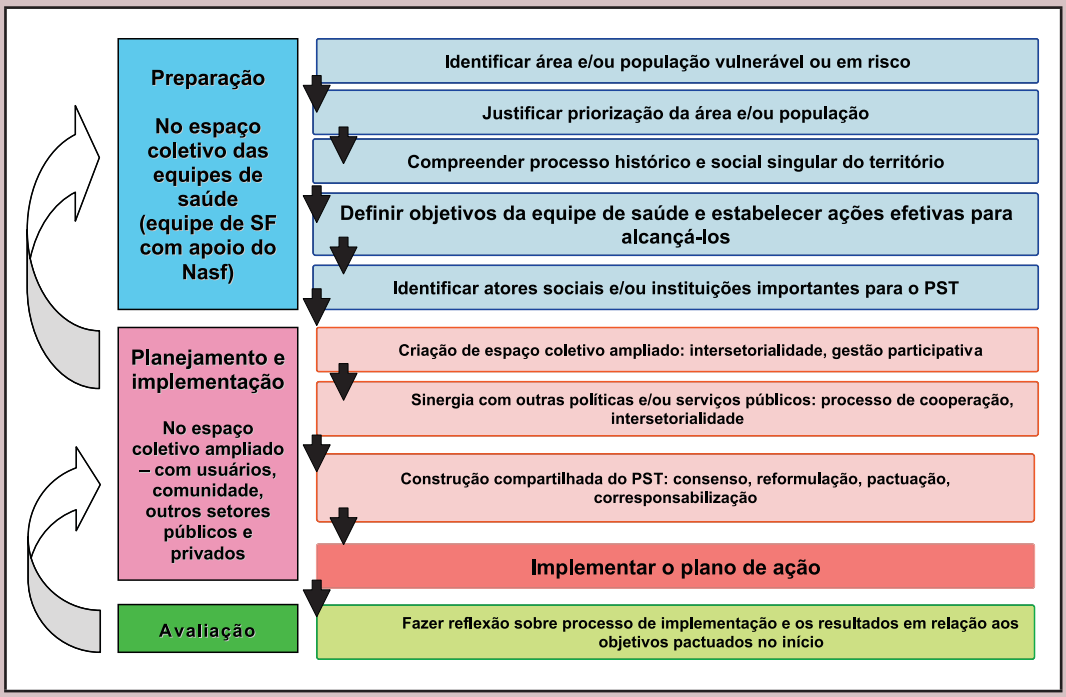
Toda essa primeira fase da construção do projeto é de responsabilidade das equipes de saúde (equipe de SF com apoio do Nasf). Porém, ela não esgota o processo de elaboração e implementação do projeto.

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 e seu processo de implementação avaliados.

O PST funciona como catalisador de ações locais para a melhoria da qualidade de vida e redução das vulnerabilidades num território determinado. O projeto de saúde do território busca estabelecer redes de cogestão e corresponsabilidade, instaurando um processo de cooperação e parceria entre os diversos atores sociais do território. Nessa direção, é importante conhecer e integrar instrumentos de planejamento e gestão do setor saúde e/ou fora dele, como: Termo de Compromisso de Gestão, Plano Municipal de Saúde, Agenda 21 Local, Plano Diretor da Cidade, Projeto Político-Pedagógico das Escolas presente no território de responsabilidade, entre outros.

O PST auxilia ainda o fortalecimento da integralidade do cuidado à medida que trabalha com ações vinculadas à clínica, à vigilância em saúde e à promoção da saúde.

O quadro seguinte mostra, numa síntese, os diversos componentes de um Projeto de Saúde do Território.



1.8 FINALIZANDO PARA INICIAR...

Aqui é interessante reforçar como deve ser organizado o processo de trabalho dos profissionais do Nasf. Devem ser desenvolvidos por meio do apoio matricial, com a criação de espaços coletivos de discussões e planejamento. Organizando e estruturando espaços de:

(a) Ações clínicas compartilhadas;

(b) Intervenções específicas dos profissionais do Nasf com usuários e famílias;

(c) Ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade.

Utilizando ferramentas tecnológicas, das quais são exemplos: o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território (PST), Apoio Matricial, a Clínica Ampliada e a Pactuação do Apoio.

Nos capítulos seguintes, serão apresentadas as nove áreas estratégicas temáticas que compõem o Nasf, em detalhes relativos a suas diretrizes e principais ações a serem desenvolvidas. Por ora, torna-se importante destacar que tais áreas estratégicas não se remetem a atuação específica e exclusiva de uma categoria profissional. Por exemplo: a área de alimentação e nutrição, embora seja específica do nutricionista, acarreta ações que podem e devem ser desempenhadas por outros profissionais do Nasf. Assim, o que deverá definir se a ação é do nutricionista ou de outro profissional é a situação, ou seja, a necessidade da população e as características da equipe. E assim sucessivamente para todas as áreas estratégicas.

LEITURAS RECOMENDADAS

TEMA	AUTOR
Atenção Primária à Saúde: conceitos gerais e atributos	STARFIELD, 2004
Sobre equipes de referência e apoio especializado matricial, com foco na reorganização do trabalho em saúde	CAMPOS, 1999
Sobre o conceito de vulnerabilidade, psicológica, orgânica e social	AYRES, 2003 OLIVEIRA, 2008
Sobre o sujeito singular e sua coprodução em face de doenças, desejos, interesses, trabalho, cultura, família e rede social	CUNHA, 2005
Sobre conceito e estrutura de um Projeto de Saúde no Território (PST)	MORAIS NETO; CASTRO, 2008
Identificação de problemas e seu processamento para definição de necessidades e situação de saúde em territórios	OLIVEIRA, 2008
Sobre equipes de referência e apoio especializado matricial, com foco nos contratos de gestão	CAMPOS, 1999
Integralidade nos sistemas de APS: necessidades de saúde e disponibilidade de recursos para abordá-las	STARFIELD, B. 2004
Integralidade no SUS e sua ampliação para outras possibilidades; integralidade como valor e atitude profissional	MATTOS, 2001
Integralidade como construção nos serviços de saúde	MINOZZO et al., 2008
Abordagem no território	SANTOS, 2002
Sobre o conceito de educação popular em saúde	SALLES, 2006
Sobre o conceito de interdisciplinaridade	FAZENDA, 1991
Sociedade contemporânea e a produção da “alienação da dor”	Ivan Illich, 1975

2 SAÚDE MENTAL NO NASF

2.1 INTRODUÇÃO

A mudança do modelo de atenção em saúde mental tem como principal objetivo a ampliação e a qualificação do cuidado às pessoas com transtornos mentais nos serviços, com base no território. No novo modelo, a atenção hospitalar deixa de ser o centro, como era antes, tornando-se complementar. Trata-se de mudança fundamental na concepção e na forma de como se deve dar o cuidado: o mais próximo da rede familiar, social e cultural do paciente, para que seja possível a reapropriação de sua história de vida e de seu processo de saúde/adoecimento. Aliada a isso, adota-se a concepção de que a produção de saúde é também produção de sujeitos. Os saberes e práticas não somente técnicos devem se articular à construção de um processo de valorização da subjetividade, no qual os serviços de saúde possam se tornar mais acolhedores, com possibilidades de criação de vínculos.

A Política Nacional de Saúde Mental tem como diretriz principal a redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, com a desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internações. Ao mesmo tempo, prioriza a implantação e implementação de uma rede diversificada de serviços de saúde mental de base comunitária eficaz, capaz de atender com resolutividade os pacientes que necessitem de cuidado. Além da criação de uma série de dispositivos assistenciais em saúde mental, a desinstitucionalização pressupõe também transformações culturais e subjetivas na sociedade. A expressão "reabilitação ou atenção psicossocial" é utilizada para indicar que devem ser construídas, com as pessoas que sofrem transtornos mentais, oportunidades de exercerem sua cidadania e de atingirem seu potencial de autonomia no território em que vivem.

A rede de saúde mental, segundo essa perspectiva, deve ser composta por diversas ações e serviços de saúde mental: ações de saúde mental na Atenção Primária, Centros de Atenção Psicossocial (Caps), ambulatórios, residências terapêuticas, leitos de atenção integral em saúde mental (em Caps III e em hospital geral), Programa de Volta para Casa, cooperativas de trabalho e geração de renda, centros de convivência e cultura, entre outros.

Deve-se levar em conta que existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas de promoção da saúde ou de vida mais saudáveis. Pode-se dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com toda a rede de saúde e, sobretudo, com a Atenção Primária à Saúde.

Há princípios comuns entre a atuação das equipes de Saúde da Família e de Saúde Mental – atuação a partir do contexto familiar, continuidade do cuidado, organização em rede – que devem se articular para a produção de cuidados em saúde mental no território. É primordial, então, incluir ativamente, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da APS, as ações de saúde mental que, com potencial transversal, devem ajudar as equipes a trabalhar a dimensão do sofrimento psíquico. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção de saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania, efetivando os princípios do SUS.

As equipes de Saúde da Família precisam ter o apoio e trabalharem próximas aos profissionais e serviços de saúde mental. O trabalho integrado das equipes de SF e Saúde Mental potencializa o cuidado e facilita uma abordagem integral, aumentando a qualidade de vida dos indivíduos e comunidades. Também propicia um uso mais eficiente e efetivo dos recursos e pode aumentar as habilidades e a satisfação dos profissionais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reforça que o manejo e o tratamento de transtornos mentais no contexto da APS são passos fundamentais para possibilitar a um maior número de pessoas o acesso mais facilitado e rápido ao cuidado em saúde mental. Isso não só proporciona uma atenção de melhor qualidade, como também reduz exames supérfluos e tratamentos impróprios ou não específicos.

2.2 CENÁRIO ATUAL DOS TRANSTORNOS MENTAIS NO BRASIL

Segundo dados de prevalência internacionais adotados pelo Ministério da Saúde, 3% da população apresentam transtornos mentais severos e persistentes, necessitando de cuidados contínuos, e mais 9 a 12% (totalizando cerca de 12 a 15% da população geral do País, em todas as faixas etárias) apresentam transtornos mentais leves, que necessitam de cuidados eventuais.

Quanto aos transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e de outras drogas, estima-se que as dependências de álcool e outras drogas (exceto tabaco) atingem cerca de 6% da população. Ao se considerar apenas o álcool, entre os 12 e 65 anos de idade, de 9% a 11% de pessoas são dependentes, de acordo com pesquisas realizadas no Brasil pela Unifesp, relativas ao ano de 2005. Os usuários que já apresentam padrão de dependência para substâncias psicoativas não constituem a maior parcela da população de consumidores dessas substâncias. Para a maioria dos casos é mais útil pensar em "problemas associados ao uso de álcool e/ou outras drogas" do que em "dependência", uma vez que não só a dependência deve ser tratada, mas também todas as formas de uso que tragam prejuízo à saúde e ao bem-estar do usuário, sua família e seu meio.

As diferentes formas de sofrimento psíquico constituem importante causa de perda de qualidade de vida na população em geral. A realidade das equipes de SF demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de "saúde mental": 56% das equipes de Saúde da Família referiram realizar "alguma ação de saúde mental", segundo dados divulgados pela Opas/MS, relativos a 2002.

Entre os pacientes atendidos pela Atenção Primária, grande proporção apresenta transtornos mentais. Não há estudos que representem os índices de prevalência de problemas mentais no âmbito nacional, sendo necessário recorrer a várias pesquisas. Alguns estudos realizados nas comunidades atendidas pela Saúde da Família verificaram prevalências de transtorno mentais comuns que variam de 22,7% a 38%. Entre os pacientes que procuram as unidades de SF, estudos desde a década de 80 demonstram que grande proporção apresenta transtornos mentais, revelando que entre 33% e 56% dos pacientes atendidos, nesse nível assistencial, podem apresentar sintomas de transtornos mentais comuns.

A prevalência encontrada de transtornos mentais comuns em equipes de SF na periferia de São Paulo foi de 24,95%, sendo que os grupos mais vulneráveis são os de mulheres, idosos, pessoas com baixa escolaridade e menor renda per capita. Em Pelotas (RS), a prevalência foi de 22,7%.

Um estudo da OMS, divulgado em 2001, avaliou os problemas psicológicos na Atenção Primária e encontrou com maior frequência a coexistência de depressão e ansiedade. Há ainda evidências apontando que os sintomas físicos sem explicação médica persistentes também podem estar associados a questões de saúde mental.

Diante dessas prevalências, é preciso, portanto, qualificar a APS para o atendimento adequado de tais problemas. Uma das principais estratégias para ampliação do acesso ao cuidado em saúde mental é a priorização das ações de saúde mental na APS. Diversas experiências municipais já consolidadas demonstram que o apoio matricial em saúde mental melhorou a efetividade da atuação das equipes de Saúde da Família. Um levantamento preliminar de 2006, realizado pelo Ministério da Saúde do Brasil, em 12 estados da federação, no ano de 2006, constatou que apenas 16,3% dos municípios pesquisados realizam ações sistemáticas de saúde mental na Atenção Básica. No entanto, são referidas dificuldades pelos respectivos profissionais para lidar com o sofrimento psíquico de seus pacientes, incluindo especialmente a abordagem das questões psicossociais da clientela por eles atendida e o manejo de transtornos mentais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente com a Associação Mundial de Médicos de Família (WONCA), recentemente (2008) apontou as principais razões para a integração de saúde mental na APS: relevante magnitude e prevalência dos transtornos mentais; necessidade de um cuidado integral em saúde devido à indisso-

ciação entre os problemas físicos e de saúde mental; altas prevalências de transtornos mentais e baixo número de pessoas recebendo tratamento; aumento do acesso aos cuidados em saúde mental, quando realizados na APS; maior qualificação das ações e dos serviços, propiciando o respeito aos direitos humanos; redução de custos indiretos com a procura de tratamento em locais distantes; e bons resultados para a integralidade da saúde de sujeitos com sofrimento psíquico.

2.3 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DIRETRIZES E PRIORIDADES

- **Diretrizes gerais**

Diante do cenário apresentado, a inclusão de ações de saúde mental na APS deve ser prioridade na organização das redes de saúde.

Para o melhor manejo da saúde mental na APS, propõe-se um trabalho compartilhado de suporte às equipes de SF por meio do desenvolvimento do apoio matricial em saúde mental pelos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf).

O apoio matricial é um arranjo técnico-assistencial que visa à ampliação da clínica das equipes de SF, superando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização entre as equipes de SF e SM, com a construção de vínculos entre profissionais e usuários, pretendendo uma maior resolutividade na assistência em saúde, conforme as elaborações de Campos e Domitti (2007).

Ao aumentar a capacidade das equipes de SF em lidar com o sofrimento psíquico e integrá-las com os de mais pontos da rede assistencial, o apoio matricial possibilita que a prevenção e o tratamento dos transtornos mentais, assim como a promoção da saúde e reabilitação psicossocial, aconteçam a partir da APS. A corresponsabilização pela demanda – tanto a equipe de SF como a equipe de SM são responsáveis por determinado território – leva à desconstrução da lógica de referência e contrarreferência, que favorece a não responsabilização e dificulta o acesso da população.

O cuidado compartilhado prevê uma rede de ações, dispositivos de saúde e dispositivos comunitários que possibilitem que o processo de cuidar se organize tendo como eixo central o sujeito e seu processo de saúde/doença. O lócus do tratamento se revela mutável ao longo do tempo, com intensificação no ponto da rede em que a atenção demonstra ser mais viável, seja este na Atenção Primária, nos serviços especializados ou em ambos. Assim, todos são responsáveis pela garantia do acesso, da equidade e da universalidade.

A responsabilização compartilhada pelos casos visa aumentar a capacidade resolutiva da equipe local, estimulando a interdisciplinaridade e a aquisição de novas

competências. Esse cuidado torna-se um dispositivo para que os usuários também possam se responsabilizar pelo seu tratamento, pelos seus sintomas e pela sua vida, produzindo outras relações com o seu processo de adoecimento.

No planejamento e organização dessas ações, devem ser consideradas as seguintes diretrizes gerais:

Quadro: Saúde mental na Atenção Primária à Saúde – Diretrizes Gerais para a atuação das Equipes de Saúde

1. Deve-se identificar, acolher e atender às demandas de saúde mental do território, em seus graus variados de severidade – os pacientes devem ter acesso ao cuidado em saúde mental o mais próximo possível do seu local de moradia, de seus laços sociais e familiares.
2. Devem ser priorizadas as situações mais graves, que exigem cuidados mais imediatos (situações de maior vulnerabilidade e risco social).
3. As intervenções devem se dar a partir do contexto familiar e comunitário – a família e a comunidade devem ser parceiras no processo de cuidado.
4. É fundamental a garantia de continuidade do cuidado pelas equipes de Saúde da Família, seguindo estratégias construídas de forma interdisciplinar.
5. As redes sanitária e comunitária são importantes nas estratégias a serem pensadas para o trabalho conjunto entre saúde mental e equipes de Saúde da Família.
6. O cuidado integral articula ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação psicossocial.
7. A educação permanente deve ser o dispositivo fundamental para a organização das ações de saúde mental na Atenção Primária.

Geralmente, as necessidades complexas expressas por parte significativa da população não podem ser satisfeitas com base apenas em tecnologias utilizadas por esta ou aquela especialidade, mas, sim, exigem esforços criativos e conjuntos inter e transdisciplinares, mobilização de recursos institucionais e comunitários, bem como recursos materiais e subjetivos que somente podem ser articulados a partir da construção de projetos terapêuticos singulares, ajustados entre o usuário e sua rede social significativa.

As particularidades da saúde mental na Atenção Primária e a necessidade de ampliação da clínica devem fazer parte do conhecimento e do cotidiano dos profissionais das equipes do Nasf que trabalharão junto às equipes de Saúde da Família. Busca-se evitar ações fragmentadas e aumentar a capacidade de acolhimento e de resolubilidade nesse nível de atenção.

- Situação de riscos e definição de prioridades

As equipes da Atenção Primária se deparam com situações de risco psicossocial que exigem intervenção urgente, como apresentada no quadro abaixo:

Quadro: Situação de Risco

- Cárcere privado;
- Abuso ou negligência familiar;
- Suspeita de maus-tratos e abuso sexual de crianças e adolescentes, além de outras evidências de violência intrafamiliar;
- Situações de violência entre vizinhos;
- Situações de extremo isolamento social;
- Situações de grave exclusão social (idoso ou pessoa com deficiência em situação de abandono, crianças e adolescentes em situação de risco pessoal ou social, população em situação de rua);
- Indivíduos com história de múltiplas internações psiquiátricas, sem tratamento extra-hospitalar;
- Uso de medicação psiquiátrica por longo tempo sem avaliação médica;
- Problemas graves relacionados ao abuso de álcool e outras drogas;
- Crises psicóticas;
- Tentativas de suicídio;
- Crises convulsivas e conversivas.

Além disso, o cuidado das doenças crônicas não transmissíveis, em especial hipertensão e *diabetes mellitus*, muitas vezes exige escuta ampliada dos aspectos subjetivos a elas vinculados. Frequentemente, casos considerados de difícil atenção estão associados a sofrimento psíquico e a problemas psicossociais. Essa situação também pode ocorrer na relação mãe-bebê e no cuidado ao desenvolvimento da criança, pois, muitas vezes, crises do ciclo vital não raramente são acompanhadas de sofrimento mental, o que gera prejuízos ao efetivo cuidado da criança.

Por atuarem no território, as equipes de SF se deparam cotidianamente com a violência, que apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas. Agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional são formas de violência presentes cotidianamente na vida de grande parte dos brasileiros – todas elas com um importante componente de sofrimento psíquico. O entranhamento do racismo e da homofobia na cultura brasileira e a persistente situação de desigualdade das mulheres na sociedade, sendo alguns dos determinantes da violência, são também determinantes sociais do sofrimento psíquico.

As ações de saúde pública são sempre práticas sociais e o entendimento dos determinantes sociais são fundamentais para entender os processos de adoecimento. Dessa forma, as equipes de SF, na medida em que reconhecem esses determinantes sociais do sofrimento, são estratégicas para a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação social e da exclusão social.

Muitas pessoas que chegam à APS frequentemente apresentam vários problemas simultaneamente (problemas psicológicos, físicos e sociais), com alto grau de comorbidade. Geralmente, há coexistência de quadros depressivos, ansiosos, de somatização e abuso de substâncias. Isso aponta para a urgência da ampliação das ações de saúde mental na APS e para a consequente qualificação das equipes de SF, juntamente com as equipes dos Nasf e dos serviços de Saúde Mental, para aumentar a detecção e a capacidade resolutiva para o tratamento das pessoas com transtornos mentais, bem como desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde.

2.4 ESTRATÉGIAS DE INTEGRAÇÃO NASF – EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A equipe do Nasf, ao entrar nas Unidades de Saúde da Família, tem como tarefa primeira o estabelecimento de um vínculo de confiança com os profissionais para integrar-se ao cotidiano das equipes e para o desenvolvimento do trabalho. Integrar uma equipe é mais do que, simplesmente, agregar e somar funções para se alcançar um objetivo comum. Uma equipe integrada proporciona aos seus componentes o debate das ideias, o desenvolvimento da capacidade criadora e a consciência crítica, sendo esses elementos fundamentais para o estabelecimento do verdadeiro vínculo de equipe, no espaço interdisciplinar. O contato com os diversos saberes estimula os profissionais à elaboração de estratégias comuns de ações para a resolução de problemas, proporcionando com isso uma prática mais humanizada.

O vínculo pode ser considerado também um recurso terapêutico, mas para que seja percebido como positivo pelos grupos institucionais, estes devem acreditar que são possuidores de potência e de capacidade de resolução de problemas de saúde. Além disso, é importante que as equipes de saúde percebam que, se os usuários tiverem apoio, conseguirão mudanças no contexto de condições adversas, no qual se encontram inseridos.

A busca de novas formas de interação com a pessoa em sofrimento psíquico e sua família constitui um desafio para os profissionais da equipe de SF. Sendo assim, a estratégia do apoio matricial, já mencionada, é de fundamental importância para que as ações voltadas para o cuidado sejam efetivadas pelas equipes de SF em conjunto com o Nasf. Trabalhar os aspectos relacionados ao vínculo interprofissional torna-se indispen-

sável para que a equipe dos Nasf organize seu processo de trabalho no cotidiano das unidades de SF, por meio da proposta do apoio matricial, mencionada acima.

Algumas estratégias são então propostas, conforme se mostra no quadro a seguir.

FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS POR MEIO DA ESCUTA
A escuta refere-se à apreensão e compreensão de sentidos, expectativas, ou seja, permite ouvir por meio das palavras, dos silêncios, dos gestos, das expressões, das condutas e das posturas. Busca-se que as equipes se escutem mutuamente e fortaleçam suas relações de trabalho, gerando a corresponsabilidade, o que auxiliará no cuidado junto à população. Para que isso se efetive, torna-se necessário que haja predisposição de todas as partes envolvidas.
CRIAÇÃO DE ESPAÇOS DE APOIO E SUPORTE PARA OS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SF
O intenso sofrimento dos usuários e das famílias assistidas pelas equipes de SF promove, em alguns contextos, o afastamento dos profissionais na tentativa de evitarem o contato com as dores e os sofrimentos ocasionados pela impotência perante as condições de vida (alta vulnerabilidade social, emocional, econômica). É fundamental a promoção de espaços de escuta das angústias e dificuldades dos profissionais em relação ao seu cotidiano de trabalho com essas famílias. O resgate junto às equipes de SF dos vínculos afetivos, de trabalho e dos processos de humanização pode mobilizar recursos coletivos, criando mais ferramentas e instrumentos para o trabalho em saúde mental. Ressalta-se que esses espaços não devem se configurar como psicoterapia para os profissionais/equipes, mas sim como momentos de trocas, construções mútuas que visam auxiliar na condução de casos e das situações complexas vividas no cotidiano do trabalho.
HUMANIZAÇÃO DAS RELAÇÕES ENTRE OS MEMBROS DA PRÓPRIA EQUIPE
Faz-se necessário criar vínculos entre os componentes da equipe, favorecendo uma relação de respeito do profissional com ele mesmo, com os outros componentes da equipe e com os usuários.

Dessa forma, o apoio da equipe do Nasf às equipes de SF, o suporte da gestão e a possibilidade de um espaço de escuta das queixas e das sugestões das equipes são fundamentais para estimular a integração, sedimentar a implantação do apoio matricial e avaliar continuamente o processo para o aperfeiçoamento e o desenvolvimento de novas estratégias.

- **Diretrizes para o trabalho da saúde mental do Nasf com as equipes de Saúde da Família**

O exercício cotidiano do trabalho do Nasf e das equipes de SF envolve o desenvolvimento de disponibilidade afetiva, criatividade, capacidade de acolhimento e vínculo, bem como de corresponsabilidade no cuidado. A partir desses componentes

é possível elaborar conjuntamente projetos terapêuticos e estratégias de reinserção social das pessoas com transtornos mentais. Cada município, partindo de sua organização local, deve organizar ações de saúde mental, a partir da responsabilidade conjunta das equipes. As diretrizes que devem nortear essas ações são:

Quadro: Responsabilidades conjuntas NASF – Equipes de SF relativas à Saúde Mental

1. Responsabilidade pelo cuidado aos usuários de saúde mental do território, que deve ser compartilhada entre as equipes de Saúde da Família, Nasf e dispositivos de saúde mental (como Centros de Atenção Psicossocial, leitos de atenção integral em saúde mental – Caps III, hospital geral, centros de convivência, entre outros), permanecendo a coordenação do cuidado com a equipe de Saúde da Família.
2. Romper com a lógica do encaminhamento e da não responsabilização pós-referência.
3. Planejamento e realização do diagnóstico da situação de saúde mental da população do território, identificando os problemas mais frequentes e espaços de produção de vida.
4. Reuniões interdisciplinares periódicas para discussão de casos e educação permanente, onde podem ser incluídos materiais educativos e temas demandados pela equipe de Saúde Família ou dos profissionais do Nasf.
5. Reuniões interdisciplinares periódicas entre todos os profissionais da equipe do Nasf.
6. Atendimento compartilhado por meio de consultas conjuntas nas unidades, nos domicílios e outros espaços da comunidade. Essa estratégia deve proporcionar a avaliação de risco, o manejo dos casos com a elaboração de projetos terapêuticos, caracterizando-se como um processo de educação permanente, onde vários profissionais têm a oportunidade de aprender na prática cotidiana do atendimento das demandas de saúde mental.
7. Integração entre equipes de Saúde da Família, Nasf e as redes de saúde e de apoio social – articulação com espaços comunitários, visitas aos serviços como residências terapêuticas, abrigos de crianças e de idosos, unidades socioeducativas etc.
8. Planejamento e execução conjunta de atividades comunitárias e terapêuticas (oficinas, grupos etc.) e de promoção da saúde (práticas corporais, atividades culturais e esportivas), além de atividades de geração de trabalho e renda. Essas intervenções necessitam ser desenvolvidas em conjunto com a equipe do Nasf.

Organização do apoio matricial: ações de saúde mental e o papel estratégico dos profissionais de saúde mental

Para iniciar essa discussão, remetendo aquela realizada na introdução do caderno, o processo de trabalho dos profissionais do Nasf deve ser desenvolvido por meio do apoio matricial, com a criação de espaços coletivos de discussões e planejamento. Organizando e estruturando espaços de: (a) ações clínicas compartilhadas; (b) intervenções específicas do profissional do Nasf com os usuários e/ou famílias; e (c) ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade. Utilizando ferramentas tecnológicas, das quais são exemplos: o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território (PST), Apoio Matricial, a Clínica Ampliada e a Pactuação do Apoio.

As ações de saúde mental desenvolvidas pelos profissionais do Nasf devem ter como objetivo o aumento das possibilidades de intervenção e de resolutividade das equipes de SF em relação aos problemas de saúde mental do seu território, propiciando a ampliação da clínica em relação às questões subjetivas e à abordagem psicossocial. Nessa perspectiva, os profissionais do Nasf têm como responsabilidade as seguintes ações estratégicas:

Quadro: Responsabilidades conjuntas NASF – Equipes de SF relativas à Saúde Mental

1. Apoiar as equipes de SF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de transtornos mentais comuns, severos e persistentes. Ressalta-se que deve haver a articulação entre as equipes de Nasf e Saúde da Família com as equipes de Caps para um trabalho integrado e apoio do Caps nos casos necessários. As equipes de SF devem identificar os casos de saúde mental e, em conjunto com os Nasf e/ou Caps (a depender dos recursos existentes no território), elaborar estratégias de intervenção e compartilhar o cuidado;
2. Em relação aos casos de uso prejudicial de álcool e outras drogas, é necessário trabalhar com as estratégias de redução de danos, inclusive com a integração de redutores, onde houver. Da mesma forma, realizar detecção precoce de casos que necessitem de atenção e utilizar as técnicas de intervenção breve para a redução do consumo;
3. Possibilitar a construção de projetos de detecção precoce de situações de sofrimento mental, bem como desenvolver ações de prevenção e promoção em saúde mental;
4. Fomentar ações que visem à difusão de uma cultura solidária e inclusiva, diminuindo o preconceito e a segregação com a loucura;
5. Incentivar e apoiar a organização de iniciativas de inclusão social pelo trabalho;

continua...

continuação

6. Ampliar o vínculo com as famílias e com a comunidade, tomando-as como parceiras fundamentais no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração;
7. Estimular a mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como grupos comunitários e de promoção de saúde, oficinas de geração de renda e outras, destacando a relevância da articulação intersetorial (conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de autoajuda etc.);
8. Auxiliar no monitoramento e avaliação das ações de saúde mental na Saúde da Família (identificação, cadastramento, registro de casos de transtornos mentais, acompanhamento e avaliação dos seus indicadores e marcadores).

- Articulação com a Rede de Serviços de Saúde Mental

A articulação com os serviços especializados, principalmente com os Caps, dentro da lógica matricial, organiza o fluxo de atendimento e o processo de trabalho de modo a tornar horizontais as especialidades e permitir que estas permeiem toda a atuação das equipes de saúde. Muitos casos graves, que necessitariam de acompanhamento mais intensivo em um dispositivo de saúde mental de maior complexidade, permanecem na APS por questões vinculares, geográficas e socioeconômicas, o que reforça a importância das ações locais de saúde mental.

O Caps é um serviço de referência para casos graves, que necessitem de cuidado mais intensivo e/ou de reinserção psicossocial, e ultrapassem as possibilidades de intervenção conjunta das equipes de Nasf e SF. Deve-se buscar integração permanente entre o Nasf e o Caps no território, levando em conta que também é tarefa do Caps realizar ações de apoio matricial para a APS.

Destaca-se a importância da integração entre o Nasf, equipes de SF e o Caps com organização de espaços coletivos de trocas, discussões de casos, construções de projetos terapêuticos, intervenções conjuntas entre as diferentes equipes, tendo como foco a singularidade de cada situação de saúde mental.

Além dos serviços específicos de cuidados em saúde mental, das equipes de SF e dos Nasf, que viabilizam a construção de uma rede de atenção, esses dispositivos devem estar articulados à rede de saúde em geral e também a outros projetos e recursos intersetoriais e da comunidade. Como exemplo, o Programa Saúde na Escola (PSE), Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci), como também podem ser citados os Centros de Convivência e Cultura que existem em alguns municípios brasileiros, constituídos com base na intersetorialidade (saúde, ação social e cultura), que se configu-

ram como dispositivos importantes de inclusão social das pessoas com transtornos mentais, assim como outras instâncias de promoção da saúde mental, criadas na diversidade sociocultural brasileira a partir das necessidades de cada realidade local.

2.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, considera-se fundamental a priorização dos profissionais de saúde mental e das ações de saúde mental pelos Nasf. As equipes de SF já vêm lidando há muito tempo com os casos de saúde mental e podem se organizar para um cuidado mais integral e qualificado desses casos, a partir da estratégia dos Nasf.

É importante lembrar que diversas ações que as equipes de Saúde da Família já realizam cotidianamente podem ser ofertadas às pessoas com transtornos mentais, atendendo ao princípio da universalidade preconizado pelo SUS. Além disso, tais equipes têm um papel fundamental na prevenção de transtornos e na promoção da saúde mental.

A educação permanente deve ser o principal impulsionador na mudança das práticas em saúde e na construção de ações mais inclusivas para populações mais vulneráveis, como é o caso das pessoas com transtornos mentais. O Ministério da Saúde tem como prioridade a educação permanente voltada às equipes de Saúde da Família e possui diversos programas de financiamento para cursos de formação. Os municípios e estados devem se organizar para a elaboração de propostas de formação nessa área.

A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Primária é uma das principais formas de ampliação do acesso aos cuidados em saúde mental. Além disso, a incorporação das ações da saúde mental no Nasf e a sua integração com as equipes de SF representam mais um avanço na construção de uma atenção à saúde em conformidade com os princípios mais transformadores na proposta do SUS: a integralidade e a equidade.

LEITURAS RECOMENDADAS

TEMAS	AUTORES – FONTES
Prevalência de Alcoolismo no Brasil	UNIFESP, 2007
Estudos sobre Prevalência de Problemas Mentais no Âmbito Nacional, com Ênfase nas Comunidades Atendidas pela Estratégia de Saúde da Família	GOLDBERG e HUXLEY, 1992 MARAGNO e LIMA, 2006 MARI, VILANO e FORTES, 2008 DE LIMA et al, 1996 ARAYA et al., 2001 FORTES et al, 2008 BRASIL, 2006

continua...

continua...

Sobre o conceito de matriciamento	CAMPOS E DOMITTI, 2007
Sobre a desconstrução da lógica de referência – contrarreferência – não responsabilização e a noção de cuidado compartilhado	SARAIVA e CREMONESE, 2008 PEREIRA, 2007
Experiência de construção de projetos terapêuticos ajustados entre o usuário e sua rede social	SMS – Aracaju, 2003
Sobre as particularidades da saúde mental na Atenção Primária e a ampliação da clínica	GOLDBERG, 1996
Determinantes sociais na APS e Saúde Mental	ONOCKO CAMPOS e GAMA, 2008
O vínculo como recurso terapêutico	CAMPOS, 2003

3 REABILITAÇÃO E A SAÚDE INTEGRAL DA PESSOA IDOSA NO NASF

3.1 INTRODUÇÃO

A criação dos Nasf propicia a ampliação das ações de APS, aumentando o escopo de intervenções no processo saúde–doença, favorecendo o cuidado da população e fortalecendo a Estratégia de Saúde da Família. Isso inclui as ações de reabilitação, historicamente associadas, todavia, aos níveis secundários e terciários de atenção, baseadas em um modelo biomédico e reparativo, centrado na doença e em seus efeitos, com ênfase em procedimentos tecnicistas e individuais. Trata-se, esse último modelo, de algo que evidentemente não responde de forma eficiente aos problemas de saúde da população.

Um novo entendimento do processo saúde–doença faz-se necessário, de forma a incluir questões sociais e desenvolver ações no plano coletivo e nos territórios respectivos, integrando assim os modelos clínico e social, dentro de uma perspectiva de responsabilidade coletiva e compromisso com a inclusão social. Assim é que devem ser pensadas as práticas dos profissionais da reabilitação, ou seja, na construção de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e deficiências e reabilitação no âmbito da APS, integrados em rede aos serviços especializados e hospitalares.

A reabilitação na APS deve repercutir diretamente na atenção integral ao sujeito, de sua família e comunidade, considerando todas as necessidades identificadas no território para além do plano da deficiência propriamente dita, contemplando as diversas condições e agravos de saúde habitualmente evidenciadas no cotidiano das equipes de Saúde da Família, tais como dor crônica, fraturas, alterações de linguagem oral e escrita, voz, na motricidade orofacial, entre outras. Mais do que isso, os papéis dos profissionais em tal campo devem contribuir para que sujeitos, famílias e comunidade assumam protagonismo no desenvolvimento de ações que promovam a mobilização da comunidade e também evitem e contornem obstáculos à qualidade de vida, com reflexos na prevenção de deficiências.

Em termos conceituais, cabe citar o Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência, da ONU, para o qual reabilitação significa:

"Um processo de duração limitada e com objetivo definido com vistas a permitir que uma pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental e/ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe assim os meios de modificar a sua própria vida. Pode compreender medidas com vistas a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional (por exemplo, ajudas técnicas) e outras medidas para facilitar ajustes ou reajustes sociais".

A reabilitação tem, assim, papel de fundamental importância nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), visto que a atuação multiprofissional pode propiciar a redução de incapacidades e deficiências com vistas à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, favorecendo sua inclusão social, combatendo a discriminação e ampliando o acesso ao sistema de saúde.

A reabilitação deve ocorrer o mais próximo possível da moradia, de modo a facilitar o acesso, valorizar o saber da comunidade e integrar-se a outros equipamentos presentes no território. Assim, é fundamental que os serviços de APS, as equipes de SF sejam fortalecidas para o cuidado da população e da pessoa com deficiência, e que tenham os conhecimentos necessários à realização de uma atenção resolutiva e de qualidade.

3.2 A REABILITAÇÃO NAS POLÍTICAS SOCIAIS BRASILEIRAS

O entendimento do conceito relativo à deficiência vem evoluindo no Brasil e em todo o mundo, especialmente após a década de 60, quando a conceituação passa a refletir a estreita relação entre as limitações que as pessoas com deficiência experimentam, a estrutura do meio ambiente e as atitudes da comunidade. Durante as décadas de 80 e 90, ocorreram mobilizações internacionais para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas com deficiência, ressaltando seu direito a terem oportunidades iguais para usufruto das melhorias resultantes do desenvolvimento econômico e do progresso social. Estabeleceram-se, então, diretrizes para políticas públicas nas áreas da saúde, educação, emprego e renda, seguridade social e legislação.

O Brasil integrou-se ao âmbito dessa tendência mundial, com sua Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, promulgada por meio da Portaria MS/GM nº 1.060, de 5/6/2002, resultado de múltiplos movimentos e longa mobilização, nacional e internacional, com participação diversificada de atores sociais e institucionais.

As principais diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência são:

- A promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência,
- A assistência integral à saúde,
- A prevenção de deficiências,
- A ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação sobre o tema;
- E a capacitação de recursos humanos.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU/2006), ratificada pelo Brasil em 2007 e incorporada à Constituição mediante uma emenda em julho

de 2008, trata mais uma vez da garantia aos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais das pessoas com deficiência, e as definem, em seu primeiro artigo, como:

> "Aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas".

O Censo populacional do IBGE/2000, utilizando abordagem conceitual e metodológica ampla, de autopercepção de funcionalidade/incapacidade, identificou 24,6 milhões de pessoas, no Brasil, com algum tipo de deficiência, incluindo desde alguma dificuldade para andar, ouvir e enxergar, até as graves lesões incapacitantes (14,5% da população brasileira). Nesse total de 24,6 milhões, foram detectadas 48% de pessoas com deficiência visual, 23% com deficiência motora, 17% com deficiência auditiva, 8% com deficiência intelectual e 4% com deficiência física. A contagem incluiu mais de sete milhões de idosos com dificuldades para se locomover, ver e/ou ouvir, representando 29% do total de pessoas com deficiência. Ao se considerar apenas as pessoas com limitações mais severas (percepção de incapacidade), o percentual encontrado foi de 2,5% do total da população (4,3 milhões de pessoas). Desse total, também a participação da pessoa idosa é alta, representando 25%, ou seja, pouco mais de um milhão, com 60 anos ou mais. Contudo devem ficar claro que, embora as doenças crônico-degenerativas possam levar ao desenvolvimento de incapacidades e a perda de autonomia, o envelhecimento fisiológico não acarreta, necessariamente, o desenvolvimento de deficiências.

Ainda é válido ressaltar que, devido ao progressivo aumento do contingente populacional idoso em nosso país e a maior incidência/prevalência de doenças crônico-degenerativas, em dezembro de 1999, foi instituída a Política Nacional da Saúde do Idoso, atendendo à necessidade do setor saúde em dispor de uma política referente à saúde da pessoa idosa. Essa política, em sua introdução, assume que o principal problema que pode afetar o idoso, como consequência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD). O objetivo principal é proporcionar ou manter a pessoa idosa exercendo de forma independente suas funções na sociedade, prevenindo o desenvolvimento de deficiências.

No âmbito do SUS, a política de inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços reconhece a necessidade de se dar respostas às complexas questões que envolvem a qualidade de vida e saúde das pessoas com deficiência. É importante registrar o entendimento de que a reabilitação/habilitação, com vistas à inclusão da pessoa com deficiência, deve ocorrer, também, mediante ações da comunidade,

transformando os ambientes pela eliminação de barreiras atitudinais e arquitetônicas que impedem a efetiva participação social de todo cidadão. As sociedades devem se transformar substantivamente, de modo a atender às necessidades de todos os seus membros, não admitindo preconceitos, discriminações, barreiras sociais, culturais ou pessoais. Incluir socialmente as pessoas com deficiência significa respeitar as necessidades próprias da sua condição e possibilitar acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e artísticos e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico, científico e tecnológico da sociedade contemporânea.

De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, toda pessoa com deficiência tem direto a ser atendida nos serviços de saúde do SUS, desde as Unidades Básicas de Saúde até os Serviços de Reabilitação e os hospitais. Esse direito compreende as ações de prevenção, cura e reabilitação, incluindo consulta médica, tratamento odontológico, procedimentos de enfermagem, visita dos agentes comunitários de saúde, exames laboratoriais e medicamentos distribuídos pelo SUS. Isso inclui ainda o direito de receber órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção de que necessitem complementarmente ao trabalho de reabilitação e terapias. A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência define, portanto, amplo leque de possibilidades, que vai da prevenção de agravos à proteção da saúde, passando pela reabilitação.

3.3 A REABILITAÇÃO NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Com base no diagnostico territorial, os profissionais do Nasf deverão apoiar as equipes de SF para que desenvolvam ações de promoção e de proteção à saúde, além de subsidiar o acompanhamento das ações voltadas para as deficiências em todas as fases do ciclo de vida, com especial atenção à população idosa. As ações da reabilitação devem estar em constante processo de avaliação, pela equipe de Saúde da Família e pelo Nasf, na tentativa de buscar adequação e promover o melhor cuidado aos usuários.

Como já mencionado na introdução deste Caderno, o processo de trabalho dos profissionais do Nasf devem ser desenvolvidos por meio do apoio matricial, com a criação de espaços coletivos de discussões e planejamento. Organizando e estruturando espaços de: (a) ações clínicas compartilhadas; (b) intervenções específicas do profissional do Nasf com os usuários e/ou famílias; (c) ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade. Utilizando ferramentas tecnológicas, das quais são exemplos: o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território (PST), Apoio Matricial, a Clínica Ampliada e a Pactuação do Apoio.

Os profissionais do Nasf deverão trabalhar com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando práticas nos territórios de responsabilidade dessas equipes, apoiando-as e atuando na Unidade Básica de Saúde à qual estarão vinculados.

Os profissionais do Nasf realizarão diretamente também, embora em caráter excepcional, atenção aos usuários que requeiram cuidados de reabilitação, orientação, atendimento individual e coletivo. Desenvolvendo também, junto às equipes de SF, ações integradas em escolas, creches, igrejas, associações e outros ambientes, bem como visitas domiciliares.

Como ações de apoio da equipe do Nasf às equipes de SF na área de reabilitação, podem ser citadas:

Quadro: Ações das equipes NASF na reabilitação

1. Discutir e construir Projeto Terapêutico Singular (PTS);
2. Desenvolver projetos e ações intersetoriais, como o Projeto de Saúde no Território (PST);
3. Orientar e informar as equipes SF, as pessoas com deficiência, os cuidadores sobre manuseio, posicionamento e as atividades de vida diária;
4. Mobilizar recursos e tecnologias assistenciais para o desempenho funcional;
5. Desenvolver propostas de ações de reabilitação baseadas na comunidade;
6. Encaminhar e orientar, quando necessário, procedimentos para obtenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção;
7. Realizar ações que facilitem a inclusão escolar, laboral ou social de pessoas com deficiência, conforme prevê a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência;
8. Apoiar as equipes de SF no acompanhamento de idosos com problemas de locomoção ou acamados.

Participar do planejamento e desenvolvimento das ações de reabilitação no Nasf exigirá desses profissionais mais que uma adequada formação técnico-científica. Requer o engajamento pessoal, estabelecimento de prioridades e definição de estratégias, comunicação e integração com diferentes atores sociais e conhecimento das políticas públicas de saúde e suas diretrizes na APS.

É importante também ressaltar que o Nasf não constitui porta de entrada ao sistema de saúde. Nele, os profissionais devem se responsabilizar pelo acompanhamento dos casos, planejando, atuando e avaliando resultados em conjunto com as equipes de SF. Para tanto, o planejamento deverá partir do conhecimento, com profundidade, do território de abrangência, de seu perfil epidemiológico, mapeando as situações e áreas de maior risco, para programar uma atuação racional sobre esses fatores.

As equipes dos Nasf deverão ser habilitadas para as metodologias de reconhecimento e mapeamento de território, como são as equipes de SF – bagagem que nem

sempre está incorporada à formação acadêmica. Assim, poderão participar do planejamento e programação de ações que promovam impacto positivo nos indicadores que retratam as necessidades da população, moradora daquele território, em termos de prevenção, assistência e reabilitação.

Dados de mortalidade e morbidade, por causas, sexo e faixas etárias, analisados em função de mapas do território, poderão apontar as prioridades e os locais mais críticos onde deverão se concentrar esforços. Dessa forma, se poderá saber, por exemplo, onde pedestres e ciclistas são atropelados; quantas crianças nasceram com sífilis congênita, com fissura labiopalatal e com lesões cerebrais graves; quais as condições de trabalho em construções, fábricas e domicílios, e seus riscos para acidentes ou doenças do trabalho; quantos idosos estão restritos ao leito e por qual motivo; a situação dos diabéticos da área de abrangência; como está sendo realizado o pré-natal; onde a violência está mais presente; e se os cuidados com os recém-nascidos são prestados com qualidade nos hospitais.

Atuar preventivamente sobre os fatores causadores de deficiências constitui também uma responsabilidade da APS e deve ser reforçada pelas equipes dos Nasf. É de fundamental importância mapear áreas de maior risco para crianças, mulheres, adolescentes, jovens, adultos e idosos. E, quando já instalada uma incapacidade funcional ou deficiência, será preciso também conhecer a prevalência nas comunidades, mapeando e analisando os casos existentes. Há que se analisar, ainda, as condições de acessibilidade que são, ou não, oferecidas pelos ambientes públicos, como ruas, calçadas, transporte, praças e parques, edifícios (guias rebaixadas, rampas, portas largas, sanitários).

Uma atuação integral dos profissionais do Nasf, inclusive de reabilitação, deverá incluir a mobilização da comunidade e seus recursos; a transformação dos ambientes públicos e coletivos para permitir ampla acessibilidade; a melhoria da informação e da comunicação em linguagem acessível (Braille, Libras, Tadoma e outros sistemas). Uma atuação integral deverá também envolver as famílias no cuidado e incluir sem discriminação as pessoas com deficiência na vida da comunidade. Para tanto há que se trabalhar para que a comunidade possa reconhecer seus próprios recursos, auxiliando o desenvolvimento das potencialidades das pessoas com deficiências.

Não se pode esquecer de que será imprescindível o estabelecimento de canais de comunicação entre as equipes de Saúde da família e a equipe dos Nasf e as Unidades de Reabilitação (física, auditiva, visual, intelectual) existentes em cada localidade ou região, para que se possa proceder aos encaminhamentos para cuidados que envolvam maior nível tecnológico, bem como o fornecimento de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção, bolsas de ostomia, recursos ópticos, estabelecendo-se também os canais para o retorno desses usuários e seu acompanhamento pelas equipes de SF.

O papel dos profissionais de reabilitação do Nasf será fundamental, por exemplo, na abordagem das deficiências físicas, auditivas, visuais, intelectuais ou múltiplas que poderiam ser evitadas ou atenuadas com a adoção de medidas apropriadas e oportunas, como ações em saneamento, no trânsito, em segurança, em saúde, em educação. As principais causas de deficiência estão correlacionadas a eventos como transtornos congênitos e perinatais, doenças transmissíveis e crônicas, transtornos psiquiátricos, abusos de álcool e droga, desnutrição, traumas e lesões (violência, acidentes no trânsito, no trabalho, na moradia). A elas somam-se as consequências das mudanças do perfil epidemiológico e o aumento da esperança de vida no País, que ampliam a necessidade de ações de prevenção às doenças crônico-degenerativas e de eventos incapacitantes, em especial no contingente populacional idoso.

Intervir sobre os fatores que causam as deficiências é tarefa que ultrapassa, todavia, o âmbito do Nasf ou das equipes de SF, competindo a toda a sociedade, o que inclui os poderes públicos, as entidades não governamentais e as privadas, as associações, os conselhos, as comunidades, as famílias, além dos próprios indivíduos.

A inclusão da assistência aos familiares é essencial para um atendimento humanizado, completo e eficaz, o que compreende ações de apoio psicossocial, orientações para a realização das atividades de vida diária, oferecimento de suporte especializado em situação de internamento hospitalar ou domiciliar, entre outras.

- **Reabilitação e prevenção**

Há dois focos principais a direcionar as ações em prevenção desenvolvidas no SUS, envolvendo toda a rede de atenção. As realizadas para intervir nos eventos que causam as deficiências e também aquelas realizadas para evitar a progressão de uma deficiência já instalada. No primeiro foco, entre as principais ações de saúde para prevenção, estão: acompanhamento do pré-natal (incluindo os exames de laboratório), especialmente das gestantes de risco, e do pós-natal (incluindo teste do pezinho, triagem auditiva neonatal e triagem visual para os bebês); acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança (nutrição, desenvolvimento neuropsicomotor e de linguagem); prevenção e tratamento da hanseníase; programas de vacinação contra poliomielite, sarampo e rubéola; cuidados com relação a doenças sexualmente transmissíveis e Aids; aconselhamento genético, com acesso a exames para descobrir doenças genéticas que causam deficiência (exame de cariótipo e outros erros próprios do metabolismo em geral), tais como fenilcetonúria, hemoglobinopatias e hipertireoidismo congênito; programas voltados aos diabéticos, hipertensos e cardíacos; programas com adolescentes (para prevenção de violências) e com idosos para prevenção de eventos incapacitantes, como as quedas.

É importante ressaltar a necessidade de parcerias com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, que desenvolvem ações para a segurança e a saúde nos ambientes de trabalho, prevenindo acidentes e doenças profissionais, tanto nas cidades quanto nas áreas rurais. Devem ser consideradas também as ações que envolvem outros setores governamentais, como educação, assistência social, saneamento, combate à violência, drogas e alcoolismo, promoção de trânsito mais seguro e vida mais saudável, com a prática de esportes, arte e lazer, e atividades físicas regulares, promovendo uma vida mais saudável. Medidas preventivas deverão envolver, também, ações de natureza informativa e educacional, voltadas à população, aos profissionais de saúde e aos gestores de serviços.

No segundo foco, para evitar a progressão de uma deficiência já existente, as pessoas devem ser acompanhadas pelas equipes de SF/APS e, quando necessário, ser encaminhadas para os serviços de reabilitação do SUS. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, Secretarias de Estado da Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e Distrito Federal vêm implementando as redes de atenção e reabilitação às pessoas com deficiência no Sistema Único de Saúde. Assim como a de Saúde Auditiva, de Assistência à Pessoa com Deficiência Física, e ainda de atenção a ostomizados, a portadores de osteogênesis imperfeita, na assistência ventilatória não invasiva a portadores de doenças neuromusculares, nas deficiências intelectuais e na reabilitação visual.

As Unidades Básicas de Saúde que ainda apresentam barreiras ao pleno acesso devem ser modificadas, passando a dispor de plantas físicas, mobiliário e adaptações ambientais, e outras relacionadas à comunicação, adequadas às pessoas com deficiência, podem ser observadas no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde/MS–2008.

Igualmente é necessário que os profissionais das equipes de Saúde da Família sejam sensibilizados e capacitados para acolher e cuidar de todas as pessoas que necessitem de assistência. Nesse sentido, as equipes do Nasf, potencializando conhecimentos novos e complementares às ações das equipes de Saúde da Família, serão especialmente importantes para as atividades de prevenção no território e para a acessibilidade das pessoas para o desenvolvimento das ações básicas de reabilitação.

- **Reabilitação e atividade clínica**

As ações de assistência à saúde, destinadas aos portadores de deficiências, devem ser inseridas num sistema amplo que abrangerá a implementação de programas de reabilitação, envolvendo a família e a comunidade, em que a Estratégia de Saúde da Família tem papel fundamental.

O diagnóstico da deficiência incluirá suas causas, bem como o grau de extensão da lesão. A mensuração da incapacidade e do comprometimento físico-funcional, real e potencial, bem como a avaliação da situação e dinâmica familiar, deverá envolver, também, as condições emocionais e as situações socioeconômicas, culturais e educacionais desses indivíduos.

Um grande desafio preliminar é organizar e planejar ações intersetoriais, tão importantes para o processo reabilitativo. É preciso conjugar educação, saneamento, transporte, entre outros, numa direção única de produção de estratégias eficazes na prevenção, promoção e na intervenção frente aos problemas da sociedade. A instituição de redes de atenção, nesse sentido, torna-se instrumento relevante no que diz respeito à concretização do conceito de reabilitação exercitado atualmente e que se refere a um processo global e dinâmico. O campo da clínica tem como base a realização de tais pressupostos.

As atividades clínicas em reabilitação são importantes ferramentas para a ampliação das possibilidades de um processo adequado de recuperação, contemplando necessariamente o caráter biopsicossocial inerente ao ser humano. Os atendimentos clínicos em reabilitação resultam da interlocução de diversos saberes, com a participação da família e dos cuidadores durante os atendimentos, sempre que possível, de forma a torná-los agentes ativos nos processos do tratamento e de inclusão social dessas pessoas.

O atendimento clínico estrutura-se em ações específicas e complementares, bem como deve envolver também outros atores, dentro da lógica de que a deficiência não é uma questão exclusiva da saúde, mas também de outras políticas públicas.

É fundamental a interlocução entre as redes de serviços de reabilitação especializados e hospitalares do SUS com as equipes de SF e com os Nasf, dentro do enfoque das ações de reabilitação previstas para tais núcleos.

A atuação das equipes de Saúde da Família apoiadas pelo Nasf terá papel fundamental na disseminação das práticas e das estratégias de reabilitação. Nesse contexto, destaca-se o papel dos agentes comunitários de saúde (ACS), com seu caráter vinculativo e potencial multiplicador de práticas e saberes.

Em resumo, no âmbito da interação e do apoio dos Nasf às equipes de SF, algumas ações merecem destaque enquanto prioridades para o atendimento clínico às pessoas com deficiência na APS, como se vê no quadro abaixo.

Quadro: Ações clínicas da APS nas deficiências

1. Identificação do tipo de deficiência;
2. Encaminhamentos para serviços de reabilitação adequados para a aquisição de tecnologias assistidas, favorecendo a acessibilidade e melhoria da qualidade de vida (órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e recursos ópticos);
3. Acolhimento, apoio e orientação às famílias, principalmente no momento do diagnóstico, para o manejo das situações oriundas da deficiência;
4. Reuniões para discussões de caso e educação permanente;
5. Articulação com as atividades dos agentes comunitários de saúde, importantes no tocante à questão do autocuidado, envolvimento da família e do repasse de informações;
6. Realização de visitas domiciliares para avaliações, orientações, adaptações e acompanhamentos;
7. Indicação e orientação para acesso a recursos assistenciais e benefícios disponíveis como o auxílio-doença, o Benefício de Prestação Continuada (BPC/Loas), o Programa Passe-Livre, bem como outros programas e políticas públicas para a garantia de direitos, como o de crianças com deficiência frequentarem o ensino público regular, entre outros.

Do ponto de vista da reabilitação, é preciso que se conheça e se monitore as necessidades e potencialidades da população em todos os ciclos de vida, incluindo a ocorrência das incapacidades e deficiências, bem como se faça a análise de prevalência e tendências, sendo que essas informações precisam ser compartilhadas, de modo que o conjunto dos profissionais envolvidos utilize os dados e as informações obtidas como norteadores de suas ações.

Em seguida, definem-se os planos de trabalho, a partir das necessidades dos usuários e das potencialidades das equipes de SF, de maneira compartilhada e descentralizada, priorizando-se as ações que promovam a capacitação relativa aos saberes de reabilitação aos profissionais de SF e demais envolvidos na questão.

Esses dois aspectos são fundamentais para a construção dos projetos terapêuticos singulares, visto que implicam efetivo conhecimento relativo ao coletivo, de seus contextos e dos atores que se responsabilizarão pela intervenção.

Ao se estabelecer as metas, devem ser levados em conta, de forma concreta e operativa, conceitos como melhoria de qualidade de vida e participação social. Aliás, o momento de ajuste de objetivos e metas relativos ao projeto terapêutico de um determinado caso e seus desdobramentos de reavaliação deve constituir, também, um processo educativo para todos os profissionais de saúde. Nesse aspecto, a equipe do Nasf

deverá ser facilitadora, junto à equipe de SF, para a compreensão e reconhecimento do processo de recuperação, às vezes revestido de alta sutileza, de forma a fundamentar o resgate da crença, por parte dos pacientes, na sua potencial recuperação. Trata-se, acima de tudo, de um exercício de capacitação das equipes para que possam adquirir um "olhar" às potencialidades dos sujeitos e das comunidades.

Tal processo pode ser assim detalhado em etapas: (a) intervenção com cronograma, momento de tornar concreto o ajuste dos objetivos e estabelecimento do tempo necessário para se alcançar algumas metas ou retornar para nova discussão e avaliação das ações propostas para o caso; (b) definição do profissional de referência, que deve ser visto como aquele que articula e acompanha o processo como um todo, e que deve ser procurado e procurar pelos demais profissionais, pelas e famílias e pela comunidade quando alguma situação nova se colocar.

- **A reabilitação e a autonomia dos sujeitos**

Aumentar a autoconfiança, a capacidade, a autonomia de indivíduos e grupos sociais, seja nas relações interpessoais, seja nas institucionais, deve ser objetivo central das boas práticas de reabilitação. Isso tem sido chamado também de empoderamento. Seu significado é fundamental, traduzindo desenvolvimento de potencialidades, aumento de informação, da percepção e da participação real e simbólica dos pacientes, que assim passam a ser sujeitos, e não meramente objetos das ações.

Assim é que promover espaços de troca entre os profissionais, profissionais e usuários, estabelecer fóruns de diálogo e debate, construir redes colaborativas na construção da saúde e no compromisso com a inclusão social contribuirá também para tal "empoderamento" não só dos pacientes, mas também dos profissionais, favorecendo o reconhecimento das suas potencialidades e facilitando o enfrentamento dos desafios inerentes à sua atuação, para que algumas recomendações possam ser formuladas.

Quadro: Ações para o fortalecimento da reabilitação e atenção integral à pessoa idosa no âmbito dos NASF

1. Propiciar e estimular a criação de espaços de discussão do processo de trabalho e modelo inclusivo de reabilitação;
2. Ter agenda de reuniões periódicas e discussões conjuntas entre as equipes do Nasf e as equipes de SF, favorecendo a mudança da lógica do encaminhamento verticalizado, compartimentalizado para a horizontalidade dos saberes nas equipes de saúde;
3. Fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional/interdisciplinar;

continua...

continuação

4. Favorecer a apropriação do conhecimento das abordagens e práticas grupais e oficinas (socioeducativas, focais, operativas, terapêuticas, entre outras);
5. Propiciar e criar estratégias para a integração ensino–serviço–comunidade, estabelecendo novo cenário de prática para os profissionais da reabilitação e favorecendo a mudança na formação acadêmica;
6. Propiciar a educação permanente em serviço;
7. Favorecer a integração das ações da reabilitação aos outros equipamentos do território (escolas, creches, igrejas, associações, áreas de esporte e lazer, teatros).

3.4 OBSERVAÇÕES FINAIS

As ações da reabilitação deverão ser constantemente acompanhadas por toda a equipe envolvida no processo de trabalho (do Nasf ou da própria equipe de SF), na busca por ações mais adequadas e pela melhoria da gestão da APS. Assim, as Unidades Básicas de Saúde, os profissionais de reabilitação do Nasf e a população devem trabalhar em conjunto na construção das ações de saúde em seu território. Isso significa que o trabalho depende do desenvolvimento de metas que deverão ser avaliadas, acompanhadas e de conhecimento e apropriação de todos.

De maneira esquemática, seguem algumas sugestões de temas que poderão ser utilizados para o desenvolvimento das ações de reabilitação no contexto local:

Quadro: Sugestões temáticas na reabilitação no âmbito dos NASF

1. Mapeamento e conhecimento de toda a população com deficiência do território;
2. Aumento da adesão ao tratamento;
3. Garantia da universalidade do acesso;
4. Diminuição das barreiras arquitetônicas e atitudinais daquele dado território – Unidades Básicas de Saúde (como o aumento do calçamento com guias rebaixadas e a adequação dos espaços físicos das unidades de Saúde da Família, a ampliação do conhecimento dos profissionais para o atendimento dos usuários com deficiência);
5. Empoderamento das equipes de Saúde da Família dos saberes da reabilitação;
6. Prevenção de doenças e/ou agravos;

continua...

7. Diminuição na gravidade das lesões;
8. Aumento da participação social;
9. Inclusão em atividade laboral;
10. Mapeamento de crianças com deficiência que não frequentam a escola e ações para eliminação de barreiras que permitam a sua inclusão escolar;
11. Garantia de acesso de pessoas com deficiência a informações e ações na área de saúde sexual e reprodutiva.

LEITURAS RECOMENDADAS

TEMAS	AUTOR(ES) – FONTE(S)
Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência	Portaria MS/GM nº 1.060, de 5/6/2002
Política Nacional da Saúde do Idoso	BRASIL, 1999
Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde	MS–2008
Redes de Atenção em Saúde Auditiva	Portarias MS/SAS nº 587/04 e MS/SAS nº 589/04
Redes de Assistência à Pessoa com Deficiência Física	Portarias MS/GM nº 818/01 e MS/SAS nº 185/01
Redes de Assistência Ventilatória não Invasiva a Portadores de Doenças Neuromusculares	Portarias nº MS/GM, nº 1.370/08 e MS/SAS nº 370/08
Redes de Atenção a Deficiências Intelectuais	Portaria MS/GM nº 1.635
Redes de Atenção em Reabilitação Visual	Portaria MS/GM nº 3.128/08

4 ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO NASF

4.1 INTRODUÇÃO

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), políticas públicas como a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a Política Nacional de Atenção Básica e a Política ao Direito Humano à Alimentação Adequada têm objetivo comum de levar saúde, autonomia e cidadania aos brasileiros.

Com efeito, a atual situação epidemiológica brasileira é um objeto em transição, com a chamada dupla carga de doenças, ou seja, a coexistência de níveis altos de doenças infecciosas e parasitárias, ao lado de doenças cardiovasculares, câncer, violência etc. Demonstrando assim a importância das ações de alimentação e nutrição no contexto da Atenção Primária em Saúde (APS). As demandas emergentes e crescentes em atenção à saúde decorrem, principalmente, dos agravos que acompanham as doenças crônicas não transmissíveis e as deficiências nutricionais, ambos os grupos associados a uma alimentação e modos de vida não saudáveis. As ações de alimentação e nutrição na APS tanto contribuirão para a qualificação como para a garantia da integralidade da atenção à saúde prestada à população brasileira.

Do ponto vista nutricional, a transição é caracterizada pela presença de desnutrição, deficiência de micronutrientes, excesso de peso e outras doenças crônicas não transmissíveis coexistindo nas mesmas comunidades e, muitas vezes, no mesmo domicílio.

Nesse contexto é que surge a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que tem como princípio o direito humano à alimentação adequada. Seus fundamentos são marcados pela transversalidade das ações e pelo perfil epidemiológico, demográfico e social da população e sua implantação deve responder à contradição entre a fome e o excesso de peso.

A PNAN tem como principais objetivos: a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País; a promoção de práticas alimentares saudáveis; a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais; e o estímulo às ações que propiciem o acesso universal aos alimentos. Ela está consubstanciada em sete diretrizes, que hoje servem de base conceitual para a elaboração e implantação dos programas e projetos em alimentação e nutrição do setor saúde e que têm por princípio o direito humano à alimentação adequada nas políticas públicas e busca articular as ações que compõem a segurança alimentar e nutricional, conforme mostrado no quadro a seguir:

Quadro 1: Diretrizes da PNAN

1. Estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos;
2. Garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços nesse contexto;
3. Monitoramento da situação alimentar e nutricional;
4. Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis;
5. Prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição;
6. Promoção do desenvolvimento de linhas de investigação;
7. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

4.2 SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA

A Segurança Alimentar e Nutricional, nos termos dispostos na PNAN, consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. A segurança alimentar e nutricional abrange: (a) ampliação das condições de acesso aos alimentos por meio da produção, em especial da agricultura tradicional e familiar, do processamento, da industrialização, da comercialização, incluindo-se os acordos internacionais, do abastecimento e da distribuição dos alimentos, incluindo a água, bem como da geração de emprego e da redistribuição de renda; (b) conservação da biodiversidade e utilização sustentável dos recursos; (c) a promoção da saúde, da nutrição e da alimentação da população, incluindo-se grupos populacionais específicos e populações em situação de vulnerabilidade social; (d) a garantia da qualidade biológica, sanitária, nutricional e tecnológica dos alimentos, bem como seu aproveitamento, estimulando práticas alimentares e estilos de vida saudáveis que respeitem a diversidade étnica e racial e cultural da população; (e) a produção de conhecimento e o acesso à informação; além de (f) a implementação de políticas e estratégias sustentáveis e participativas de produção, comercialização e consumo de alimentos, respeitando-se as múltiplas características culturais do País.

O conceito de Direito Humano à Alimentação Adequada está fortemente relacionado ao conceito de Segurança Alimentar e Nutricional. O direito à alimentação é parte dos direitos fundamentais da humanidade, que foram definidos por um pacto mundial, do qual o Brasil é signatário. Esses direitos referem-se a um conjunto de condições necessárias e essenciais para que todos os seres humanos, de forma iguali-

tária e sem nenhum tipo de discriminação, existam, desenvolvam suas capacidades e participem plenamente e dignamente da vida em sociedade; devendo o poder público adotar políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população, de acordo com a PNAN.

O Guia Alimentar para a População Brasileira, uma publicação do Ministério da Saúde, apresenta diretrizes acerca dos hábitos alimentares saudáveis e está inserido nas preocupações que têm inspirado as ações do governo, tanto na política de segurança alimentar e nutricional como na promoção da prevenção de agravos à saúde que resultam de alimentação insuficiente ou inadequada. As práticas alimentares saudáveis devem ter como enfoque prioritário o resgate de hábitos alimentares regionais inerentes ao consumo de alimentos *in natura*, produzidos em nível local, culturalmente referenciados e de elevado valor nutritivo, como frutas, legumes e verduras, grãos integrais, leguminosas, sementes e castanhas, que devem ser consumidos a partir dos seis meses de vida até a fase adulta e a velhice, considerando sua segurança sanitária. Não se pode se esquecer de considerar os aspectos comportamentais e afetivos relacionados às práticas alimentares. A alimentação saudável deve contemplar alguns atributos básicos, são eles: acessibilidade física e financeira, sabor, variedade, cor, harmonia e segurança sanitária.

4.3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Atualmente, um dos principais desafios para a gestão das políticas públicas de saúde é equacionar no planejamento das ações e serviços de saúde as mudanças decorrentes da transição demográfica, epidemiológica e nutricional. O aumento na expectativa de vida e a redução da fecundidade geraram alterações importantes na composição etária da população. A população idosa aumentou de 6,1% para 8,6% no período de 1980 a 2000 e, por outro lado, houve redução da proporção de menores de 15 anos na população de 38,2% para 29,6% no mesmo período, conforme dados do IBGE. O envelhecimento da população brasileira, com importante aumento do número de idosos nas últimas décadas, revela indicadores positivos de melhora na expectativa de vida da população.

A transição epidemiológica caracterizada pelo processo de mudança nos padrões de morbimortalidade da população caracteriza-se pela substituição das doenças infectocontagiosas por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e causas externas, com maior adoecimento de extratos mais idosos da população e maior sobrevida de pacientes doentes (caracterizando aumento na morbidade e redução na mortalidade), sendo que atualmente no Brasil observa-se redução das doenças infecciosas e parasitárias com aumento concomitante das DCNT, como doenças cardiovasculares, neoplasias e diabetes.

A transição nutricional no Brasil é marcada pela dupla carga de doenças, com a coexistência de doenças infecciosas e transmissíveis, desnutrição e deficiências nutricionais específicas e de DCNT relacionadas à alimentação, tais como obesidade, hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de câncer, e tem sido documentada em todas as faixas de renda da população, em particular entre famílias de menor poder socioeconômico. A transição nutricional no País chama atenção, entretanto, para um intrigante paradoxo: a concomitância da anemia por deficiência de ferro e da obesidade nos mesmos cenários e grupos populacionais, sinal da manutenção de um modelo de transição nutricional no qual ainda perdura a sobreposição do padrão, do atraso e da modernidade.

No Brasil, as doenças cardiovasculares correspondem à primeira causa de morte há pelo menos quatro décadas, acompanhadas do aumento expressivo da mortalidade por diabetes e ascensão de algumas neoplasias malignas. O perfil alimentar observado nas famílias brasileiras influencia fortemente a ocorrência do excesso de peso, hipertensão e diabetes.

O excesso de peso, pela sua magnitude e velocidade da sua evolução em vários países do mundo, tem sido definido como uma pandemia, atingindo tanto países desenvolvidos como em desenvolvimento, entre eles o Brasil. Atualmente 39,2% das mulheres e 41% dos homens apresentam excesso de peso e 12,7% e 8,8% são obesos, respectivamente, sendo que a prevalência de obesidade é mais elevada nas Regiões Sul e Sudeste do País. Essa tendência de aumento da obesidade foi registrada para os homens e mulheres de todas as faixas de renda, no período de 1974 a 1989. No período seguinte (1989–2003), os homens continuaram apresentando aumento da obesidade independentemente de sua faixa de renda, enquanto as mulheres, somente aquelas com baixa escolaridade e situadas nas faixas de renda mais baixas (entre as 40% mais pobres) apresentaram esse aumento, conforme dados do IBGE.

A evolução da dieta do brasileiro que nos últimos 30 anos mostra tendência de redução de consumo de alimentos tradicionalmente presentes na mesma (arroz e feijão). Por outro lado, nesse mesmo período manteve-se um excesso de consumo relativo aos açúcares, com insuficiência de frutas e hortaliças e incremento dieta em gorduras, principalmente da variedade saturadas. Demonstra-se, assim, um padrão alimentar inadequado à manutenção da saúde com tal dieta inadequada, rica em gorduras e pobre em micronutrientes e fibras, resultando no aumento da obesidade e das DCNT a ela associadas.

Em face do cenário exposto, no campo das políticas públicas, a resposta mais adequada parece ser a conjugação de esforços intersetoriais e multidisciplinares para a implementação de ações articuladas e condizentes com a necessidade do perfil de saúde e nutrição da população. Além disso, é imperativa a inclusão, na agenda da saúde, de intervenções capazes de prevenir e evitar os agravos à saúde e os desfechos ocasionados pela transição nutricional.

4.4 AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As ações de alimentação e nutrição a serem desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família, em parcerias com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), devem pautar-se nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, bem como no trabalho interdisciplinar, intersetorial, ético, resolutivo, longitudinal, acolhedor, com vínculo e responsabilização.

A Estratégia de Saúde da Família desempenha papel estratégico ao ser o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde, tornando-se assim local privilegiado de atuação na promoção de saúde e no enfretamento dos agravos nutricionais que acomete o indivíduo, as famílias e a população.

A Estratégia de Saúde da Família tem como característica do processo de trabalho a definição do território de atuação e a responsabilização por determinada clientela, em que se analisa a situação de saúde, considerando os aspectos sociais, econômicos, culturais, demográficos e epidemiológicos. A territorialização possibilita diagnóstico mais preciso das condições de saúde da comunidade e também a construção de um planejamento local de saúde. Fortalecê-la significa substituir práticas tradicionais de assistência, com foco na doença, por novo processo de trabalho, com foco na saúde, comprometido com a promoção da qualidade de vida da população, a prevenção de doenças e com a integralidade e resolubilidade da assistência.

- **Eixos estratégicos**

As ações de alimentação e nutrição desenvolvidas pelas equipes de SF com apoio do Nasf deverão se estruturar com base nos eixos estratégicos mostrados no quadro abaixo:

Quadro 11: Ações de alimentação e nutrição na APS: eixos estratégicos

1. Promoção de práticas alimentares saudáveis, em âmbito individual e coletivo, em todas as fases do ciclo de vida;
2. Contribuição na construção de estratégias para responder às principais demandas assistências quanto aos distúrbios alimentares, deficiências nutricionais, desnutrição e obesidade;
3. Desenvolvimento de projetos terapêuticos, especialmente nas doenças e agravos não transmissíveis;

continua...

continuação

4. Realização do diagnóstico alimentar e nutricional da população, com a identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos nutricionais, bem como identificação de hábitos alimentares regionais e suas potencialidades para promoção da saúde;
5. Promoção da segurança alimentar e nutricional fortalecendo o papel do setor saúde no sistema de segurança alimentar e nutricional instituído pela Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, com vistas ao direito humano à alimentação adequada.

Há, todavia, especificidades nas ações de Alimentação e Nutrição nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), relativas ao diagnóstico, planejamento, programação, implementação, monitoramente e avaliação delas, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, inserindo-as ao planejamento local de saúde de cada equipe de SF.

Além disso, o nutricionista do Nasf, com apoio dos demais profissionais da respectiva equipe e em colaboração com as equipes de SF, deve elaborar, revisar, adaptar, padronizar e definir os protocolos de atenção nutricional, individual e coletiva, considerando os protocolos ou outra norma técnica estabelecida pelo Ministério da Saúde, dos gestores estaduais, os municipais ou os do Distrito Federal, em processos de construção e implementação compartilhados com os demais membros da equipe de SF.

Devem ser ainda desenvolvidas estratégias junto aos outros profissionais do Nasf e das equipes de SF para identificar oportunamente problemas relacionados à alimentação e nutrição e referenciar para outra instância do sistema de saúde, quando necessário, além de desenvolver ações de promoção da alimentação saudável e de prevenção de agravos relacionados à alimentação e nutrição. Deve ser também cogitado o desenvolvimento de ações alternativas de alimentação e nutrição voltadas às famílias do Programa Bolsa-Família ou similares. Aspecto a ser contemplado também é a formação e a educação permanente dos profissionais das equipes de SF.

Algumas atividades já compõem a agenda programática da Atenção Primária à Saúde, conforme mostrado no quadro abaixo.

Quadro 111: Agenda programática da atenção primária com relação às ações de alimentação e nutrição

1. Incentivo, apoio e proteção ao aleitamento materno e à alimentação complementar introduzida em tempo oportuno e de qualidade;
2. Realização da vigilância alimentar e nutricional (Sisvan) com vistas ao monitoramento do estado alimentar e nutricional da população atendida no território com identificação de risco nutricional precoce e pronto atendimento;

continua...

continuação

3. Desenvolvimento de programas de suplementação preventiva com micronutrientes (ferro, ácido fólico e vitamina A);
4. Cuidado nutricional para grupos populacionais portadores de agravos específicos (desnutrição, risco nutricional, hipertensão, diabetes, obesidade, HIV/Aids, entre outros);
5. Acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa-Família, no âmbito municipal.

- As ações de apoio matricial em alimentação e nutrição na APS

O nutricionista, enquanto membro da equipe do Nasf, prioritariamente desenvolve as suas ações com a equipe da SF de sua área de abrangência. O atendimento clínico individual faz parte apenas ocasional das atribuições regulares dos profissionais do Nasf. Quando o usuário necessitar de cuidado nutricional específico, este deve ser operacionalizado por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS) a ser cuidado, acompanhado e de responsabilidade direta das equipes de SF, sob orientação do Nasf.

Vale destacar, como já colocado na introdução, o processo de trabalho dos profissionais do Nasf, que deve ser desenvolvido por meio do apoio matricial, com a criação de espaços coletivos de discussões e planejamento. Organizando e estruturando espaços de: (a) ações clínicas compartilhadas; (b) intervenções específicas do profissional do Nasf com os usuários e/ou famílias; (c) ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade. Utilizando ferramentas tecnológicas, das quais são exemplos: o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território (PST), Apoio Matricial, a Clínica Ampliada e a Pactuação do Apoio.

Na lógica desse modelo de atenção, uma agenda da área de nutrição deve ser organizada, em conjunto com a equipe de SF, tendo como base as necessidades locais – pela caracterização do perfil epidemiológico, ambiental e social da comunidade e dos espaços domiciliares, com a identificação de riscos, potencialidades e possibilidades de atuação e reconhecimento da situação de saúde, alimentação e nutrição das famílias.

O processo de territorialização, um dos atributos da Estratégia de SF, facilita o conhecimento da realidade de saúde da população. Deve-se considerar que há dinamicidade nos determinantes sociais e que eles estão em constante movimento. Assim, torna-se fundamental que a equipe do Nasf se aproprie da situação de saúde e doença no território e acompanhe, junto às equipes de SF, o mapeamento do território, o diagnóstico de agravos à saúde, relacionando-os com a alimentação e nutrição. Após esse diagnóstico local, é possível realizar o planejamento com vistas à estruturação das ações de prevenção e controle das deficiências nutricionais e de promoção da alimentação saudável.

A promoção da saúde é um componente fundamental dos projetos terapêuticos, tanto em âmbito individual quanto coletivo, que implica, necessariamente, propiciar ao sujeito autonomia para escolha de modos de viver mais saudáveis com relação à alimentação, atividade física, entre outras tantas escolhas.

O apoio matricial, já definido em outro tópico deste Caderno (ver introdução), pode ser operacionalizado por intermédio de diversas ações, por exemplo: atendimento compartilhado, estudos de casos, projetos terapêuticos singulares, atendimento em conjunto, ações no território, além de ações educativas.

Clínica Ampliada é um compromisso com o sujeito visto de modo singular, com as implicações concretas do cotidiano, suas relações afetivas, seu trabalho, aspectos culturais, entre outros. É o reconhecendo dos limites do conhecimento técnico em saúde e a necessidade de construções interdisciplinares e intersetoriais.

Projeto Terapêutico Singular é utilizado, também, quando a equipe de saúde necessita de outros saberes para o enfrentamento de casos especiais, dentro do objetivo de traçar estratégias de intervenção junto ao usuário, levando em conta os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito.

Ações clínicas compartilhadsas diz respeito a uma forma de interação entre os apoiadores do Nasf e os profissionais da equipe de SF, constituindo um momento em que se realiza a troca de saberes específicos e de experiências vivenciadas, bem como a formação em serviço e a discussão do projeto terapêutico, de forma a possibilitar uma abordagem integral e resolutiva ao caso.

Ações no território representam um momento rico de (re)conhecimento do território, de seus equipamentos sociais, dos aspectos culturais e dos hábitos da comunidade. Tal abordagem deve alcançar o domicílio, que constitui o local onde o profissional conhece a realidade da família, seu ambiente, seus costumes, crenças e valores.

Educação e formação consistem em realizar atividades de educação permanente com vistas a qualificar e instrumentalizar a equipe local para aprimorar a atenção nutricional, a partir de metodologia participativa e de troca de conhecimentos entre os profissionais e entre os profissionais e a população, com debates sobre alimentação saudável, principais agravos nutricionais e promoção da saúde.

A operacionalização das ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária tem ainda na interdisciplinaridade um componente imprescindível, o que pressupõe a interação de saberes e experiências entre profissionais de uma equipe que realizam tarefa conjuntamente. Os espaços interdisciplinares como os grupos de educação em saúde, os atendimentos conjuntos, o apoio matricial, o projeto terapêutico singular, as visitas domiciliares e a educação permanente são oportunidades para os profissionais compartilharem seus conhecimentos específicos com a equipe e a comunidade. A intersetorialidade requer dinâmica complexa, uma vez que objetiva articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão da atenção em saúde. Dada

a multicausalidade do processo saúde–doença, devem ser consideradas práticas de gestão em saúde adequadas que permitam construir espaços compartilhados de decisões e ações entre instituições e diferentes setores de governo.

Torna-se necessário, assim, a construção de parcerias locais interinstitucionais e comunitárias, envolvendo escolas, creches, Centros de Referência de Assistência Social (Cras), instituições religiosas e outros equipamentos sociais existentes no território. Além disso, o estímulo à participação popular e ao controle social, por meio de reuniões comunitárias, comitês gestores e conselhos locais de saúde, na construção do Projeto de Saúde no Território (PST), já apresentado na introdução deste Caderno.

A resolutividade é outro pressuposto fundamental, assim, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente precisa estar capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

Deve ficar claro, ainda, que as ações de proteção social e segurança alimentar e nutricional devem envolver a capacitação das equipes de SF e demais profissionais do Nasf, por exemplo, na adoção de protocolos de identificação, organização e fortalecimento das estratégias locais de acompanhamento da população de risco, na adoção de protocolos intersetoriais de encaminhamento de famílias em risco de insegurança alimentar e nutricional, por exemplo, no encaminhamento para programas de assistência alimentar, de geração de renda, inclusão social ou assistencial: Programa Bolsa-Família, estratégias ou ações locais de segurança alimentar e nutricional, sejam ou não de iniciativa estatal.

Além disso, cabe a toda a equipe do Nasf, não apenas ao nutricionista, conhecer e divulgar entre as equipes de SF as instâncias legais, os mecanismos de exigibilidade concernentes ao Direito Humano à Alimentação Adequada, as normas e protocolos municipais de vigilância e de apoio às famílias e pessoas nas situações de risco social.

Diante de tais pressupostos, podem ser enumerados os sujeitos da abordagem no cuidado nutricional. São eles: o indivíduo, a família e a comunidade, explanados com mais detalhe nas linhas abaixo.

Sujeito de abordagem: comunidade

As ações direcionadas para a comunidade, a serem realizadas em conjunto com as equipes de SF, demandam a utilização de espaços públicos que permitam o desenvolvimento do pensamento crítico para identificação de problemas e a elaboração de estratégias para a superação desses. Implica valorização do debate e estabelecimento de parcerias entre profissionais, usuários e comunidade em geral. Nesse sentido, faz-se necessária a interlocução dentro de variados espaços, como creches, escolas, ambientes de trabalho, igrejas, além de meios de comunicação de massa, como rádios comunitárias. É imprescindível, ainda, que o profissional promova e esteja engajado,

em debates, encontros, seminários, sejam eles locais, sejam de âmbito maior, para o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição.

Algumas ações que se fazem importantes para a promoção da alimentação saudável e a segurança alimentar e nutricional no espaço coletivo são mostradas no quadro abaixo.

- Envolvimento da vigilância sanitária nas ações e eventos de promoção da alimentação saudável;
- Incentivo e apoio às equipes de SF na formação de grupos comunitários ou inserção nos já existentes de discussão sobre segurança alimentar e nutricional, direito humano à alimentação adequada, nutrição e saúde, com ênfase na corresponsabilização da comunidade;
- Promoção de eventos em parceria com produtores e comerciantes locais, visando fomentar a alimentação saudável, por meio da produção e consumo de alimentos regionais;
- Supervisão e apoio na implementação de grupos e eventos de promoção da saúde, prevenção e acompanhamento de doenças e agravos relacionados com a alimentação e nutrição (anemia, desnutrição, excesso de peso hipertensão arterial, diabetes, entre outras).

O nutricionista da equipe do Nasf deve, também, desenvolver estratégias de educação permanente e organização do processo de trabalho da equipe de Saúde da Família, para que esta realize detecção precoce de fatores que possam afetar a segurança alimentar e nutricional da comunidade, assim como apoiar a realização de ações educativas de prevenção e controle dos distúrbios nutricionais prevalentes na sua área de abrangência. Da mesma forma, pode e deve se envolver com a proposição e a organização de eventos comunitários para a divulgação e o fomento de ações de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais como carências por micronutrientes, sobrepeso, obesidade, doenças crônicas não transmissíveis e desnutrição, entre outros.

Em síntese, o envolvimento de toda a equipe Nasf para o apoio às equipes de SF, tendo como sujeito de abordagem a comunidade, é extremamente valioso e importante à medida que potencializa as ações de diagnóstico, de promoção da saúde, de prevenção de doenças e das ações de alimentação e nutrição à comunidade.

Sujeito de abordagem: família

A inclusão da família na agenda da Atenção Primária pode ser ressaltada como um dos avanços da Estratégia de SF e atualmente dos Nasf para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde, ultrapassando o cuidado individualizado, focado na doença, por um cuidado que contextualiza a saúde, produzida num espaço físico, social, relacional, resgatando suas múltiplas dimensões.

Pensar a família como sujeito de abordagem exigirá dos profissionais do Nasf estratégias adequadas junto aos profissionais da SF e à comunidade, tais como diagnóstico da situação alimentar e nutricional, a coleta, registro e análise dos indicadores de segurança alimentar e nutricional, bem como dos indicadores de diagnóstico nutricional e alimentar, além da identificação das famílias em risco. A partir do diagnóstico é que deve ser elaborado em conjunto com as equipes de SF um plano de atuação no território.

O apoio do nutricionista do Nasf às equipes da SF deve permitir que essas se habilitem ao provimento e proteção social para as famílias, adotando protocolos de orientação alimentar, em âmbito familiar, e protocolos intersetoriais de encaminhamento de famílias em risco de insegurança alimentar e nutricional para programas de assistência alimentar, de geração de renda, inclusão social ou assistencial como o Programa Bolsa-Família e outras estratégias ou ações locais de segurança alimentar e nutricional.

O apoio para as ações de promoção da saúde, de promoção da alimentação saudável, estímulo ao aleitamento materno e alimentação complementar e prevenção de doenças exigem atividades de educação permanente que visem: a adequada abordagem das ações de promoção da saúde, de alimentação saudável, de prevenção de agravos e doenças relacionadas à alimentação e nutrição e de segurança alimentar e nutricional; orientação da organização dos trabalhos das equipes de SF para aplicação dos protocolos de prevenção e cuidado das doenças, distúrbios e agravos relacionados à alimentação e nutrição (anemia, desnutrição, excesso de peso, hipertensão arterial, diabetes, entre outras) e a identificação de características domiciliares e familiares que orientem a detecção precoce de dificuldades que possam afetar o estado nutricional e de segurança alimentar e nutricional da família.

Além disso, o nutricionista pode orientar o uso e a adoção de material instrucional, bem como elaborar orientações que apoiem a organização da dinâmica familiar visando a segurança alimentar e nutricional de todos os seus membros.

Sujeito de abordagem: indivíduo

Cabe aos profissionais do Nasf e em especial ao nutricionista desenvolver a habilidade de apoiar a equipe de SF para compreender e construir soluções compartilhadas nas questões relacionadas à alimentação e nutrição ajudando-as a aumentar seu potencial de análise e de intervenção. O apoio a tais equipes pode ser desenvolvido por meio de atendimentos e intervenções conjuntas, por meio das ferramentas de atendimento compartilhado e elaboração de Projeto Terapêutico.

Cabe ao nutricionista, junto aos profissionais do Nasf e das equipes de Saúde da Família, desenvolver estratégias para identificar oportunamente problemas relacionados à alimentação e nutrição e estabelecer os critérios de encaminhamento a outros pontos da rede assistência, estabelecendo, quando necessário, proposta de referência e contrarreferência.

O estabelecimento de contato entre as equipes de SF e o nutricionista do Nasf será mediante a combinação de encontros periódicos e regulares, modulados pela realidade local. Nesses encontros, objetivar-se-á discutir os casos ou problemas de saúde que a equipe analisou necessário o apoio do nutricionista, elaborar projetos terapêuticos, ajustar linhas de intervenção para os vários profissionais envolvidos e, principalmente, serem negociados com o sujeito.

Se o objetivo é que o projeto terapêutico seja incorporado pelo usuário, a negociação deve ser flexível, sensível às mudanças de curso e atenta aos detalhes. É importante que haja um membro da equipe que se responsabilize pelo vínculo mais direto e acompanhe todo o processo. Geralmente essa pessoa deve ser aquela com quem o usuário tem um vínculo mais positivo, destacando-se, especialmente, o papel do ACS.

Nos casos imprevistos ou urgentes, em que não seria recomendável aguardar a reunião regular, a equipe poderá acionar o nutricionista por meios diretos de comunicação.

- **Sobre indicadores**

Indicadores em saúde são medidas que sintetizam o estado de saúde de um grupo ou população. Essas informações são de grande importância na tomada de decisão, planejamento e avaliação de metas programadas.

Os profissionais do Nasf devem apoiar as equipes SF para a coleta, consolidação, análise e avaliação dos dados relativos à alimentação e nutrição na sua área de abrangência. Para tanto é necessário que a equipe de SF se aproprie dos indicadores estabelecidos pela gestão municipal, estadual e federal, nada impedindo também que criem seus próprios indicadores.

Os dados devem sempre ser compilados de fontes confiáveis e a sua coleta deve sempre seguir padrões predefinidos por protocolos e parâmetros antes estabelecidos. Todos esses cuidados garantem a qualidade e a veracidade dos indicadores calculados e estabelecidos. A excelência de um indicador pode ser medida por sua validade (capacidade de medir o que se pretende) e confiabilidade (reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares).

Quando gerados de forma regular e contínua e se manejados por um sistema dinâmico, os indicadores são instrumentos valiosos para a gestão e avaliação da situação em saúde em todos os níveis de atuação profissional, sendo importante instrumento para se estabelecer prioridades, aplicar políticas e ajustar os programas em execução.

Os indicadores sugeridos abaixo já são utilizados e monitorados pelos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) Web, o Sistema de Gestão do Programa Bolsa-Família na Saúde, o Sistema de Informação de Atenção Básica (Siab), o Sistema de Gerenciamento do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) e o Sistema de Gerenciamento do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A – e podem ser utilizados pelas equipes de saúde tanto para o planejamento como para a avaliação dos resultados de suas atividades.

Tabela 1 – Matriz dos Indicadores Básicos da Nutrição

OBJETIVO		INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO Considerando a Área de Abrangência do NASF	FONTE
1 *	Desenvolver ações contínuas voltadas à diminuição da prevalência de desnutrição (déficit de peso para idade) em crianças menores de 5 anos	Percentual de crianças menores de 5 anos com baixo peso para idade	Número de crianças menores de 5 anos com peso por idade abaixo do percentil 3 / Número total de crianças menores de 5 anos acompanhadas pelo SISVAN x 100	SISVAN
2 *	Monitorar e melhorar o acompanhamento das condicionalidades do setor saúde do Programa Bolsa Família (acompanhamento das famílias e crianças beneficiárias)	Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do programa bolsa família acompanhadas pela atenção básica	Número de famílias com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica / Número total de famílias com perfil saúde cadastradas no Cad-Único x 100	SISVAN
3	Desenvolver ações contínuas voltadas a diminuição da prevalência da desnutrição crônica (déficit estatural para idade)	Percentual de crianças menores de 5 anos com déficit estatural para idade	Número de crianças menores de 5 anos com altura para idade abaixo do percentil 3/ Número total de crianças menores de 5 anos acompanhadas pelo SISVAN x 100	SISVAN
4	Desenvolver ações voltadas a redução do excesso de peso (Sobrepeso e Obesidade) em crianças	Percentual de crianças (< 10 anos) com peso elevado para idade (percentil ≥ 85)	Número de crianças (< 10 anos) com peso elevado para idade / Número total de crianças (< 10 anos) acompanhadas pelo SISVAN x 100	SISVAN
5	Desenvolver ações voltadas a redução do excesso de peso (Sobrepeso e Obesidade) em adolescentes	Percentual de adolescentes (≥ 10 anos e < 20 anos) com peso elevado para idade (percentil ≥ 85)	Número de adolescentes (≥ 10 anos e < 20 anos) com peso elevado para idade (percentil ≥ 85) / Número total de adolescentes (≥ 10 anos e < 20 anos) acompanhados pelo SISVAN x 100	SISVAN
6	Desenvolver ações voltadas a redução do excesso de peso (Sobrepeso e Obesidade) em adultos	Percentual de adultos (≥ 20 anos e < 60 anos) com excesso de peso (IMC ≥ 25)	Número de adultos (≥ 20 anos e < 60 anos) com excesso de peso (IMC ≥ 25) / Número total de adultos (≥ 20 anos e < 60 anos) acompanhados pelo SISVAN x 100	SISVAN
7	Desenvolver ações voltadas a redução do excesso de peso (Sobrepeso e Obesidade) em idosos	Percentual de idosos (60 anos) com excesso de peso (IMC< 27)	Número de idosos (≥ 60 anos) com excesso de peso (IMC ≥ 27) Número total de idosos (≥ 60 anos) acompanhados pelo SISVAN x 100	SISVAN
8	Desenvolver ações voltadas a diminuição da prevalência de desnutrição em idosos	Percentual de idosos (≥ 60 anos) com baixo peso (IMC ≤ 22)	Número de idosos (≥ 60 anos) com baixo peso (IMC ≤ 22 / Número total de idosos (≥ 60 anos) acompanhados pelo SISVAN x 100	SISVAN
9	Promover o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade	Percentual de crianças menores de 6 meses em Aleitamento Matermo Exclusivo	Número de crianças menores de 6 meses em aleitamento materno exclusivo / Número total de crianças menores de 6 meses na área de abrangência do NASF x 100	SISVAN e SIAB
10	Promover a alimentação complementar saudável para crianças menores de 24 meses	Número de atividades educativas em promoção da alimentação complementar de incentivo à alimentação complementar saudável	Número de atividades educativas desenvolvidas pelas equipes de SF no período de 12 meses	à definir
11	Monitorar a diversidade de consumo alimentar de crianças com idade entre 6 meses e menos de 2 anos	Percentual de crianças com idade entre 6 meses e menos de 2 anos com dieta diversificada	Número de crianças entre 6 meses e menos de 2 anos que consomem > 4 grupos de alimentos/ Número total de crianças entre 6 meses e menos de 2 anos acompanhadas no SISVAN x 100	SISVAN Web
12	Ampliar a cobertura do Programa de Suplementação da Vitamina A **, em crianças de 6 a 11 meses	Percentual de crianças (6 a 11 meses) que recebem Suplementação de vitamina A	Número de crianças (6 meses a 11 meses) que recebem suplementação de vitamina A / Número total de crianças (6 meses a 11 meses) x 100	Sistema de gerenciamento do programa
13	Ampliar a cobertura do Programa de Suplementação de Vitamina A, em crianças de 12 a 59 meses	Percentual de crianças (12 a 59 meses) que recebem Suplementação de vitamina A	Número de crianças (12 a 59 meses) que recebem suplementação de vitamina A / Número total de crianças (12 a 59 meses) x 100	Sistema de gerenciamento do programa
14	Ampliar a cobertura do Programa de Suplementação de Vitamina A, em puérperas	Percentual de puêrperas que recebem Suplementação de Vitamina A	Número de puérperas que recebem suplementação de vitamina A / Número total de puérperas x 100	Sistema de gerenciamento do programa
15	Ampliar a cobertura do Programa Nacional de Suplementação de Ferro/ PNSF, em crianças	Percentual de crianças (6 meses a 18 meses) que recebem Suplementação de Ferro do PNSF	Número de crianças (6 meses a 18 meses) que recebem suplementaçao de ferro do PNSF / Número total de crianças (6 meses a 18 meses) x 100	Mapa de acompanhamento do fornecimento de suplemento e SIAB
16	Ampliar a cobertura do Programa Nacional de Suplementação de Ferro/ PNSF, em gestantes	Percentual de gestantes que recebem Suplementação de Ferro do PNSF	Número de gestantes que recebem Suplementaçao de Ferro do PNSF / Número total de gestantes x 100	Mapa de acompanhamento do fornecimento de suplemento e SIAB
17	Ampliar a cobertura de crianças menores de 5 anos, com registro de consumo alimentar no SISVAN Web	Percentual de crianças menores de 5 anos com registro de marcadores de consumo alimentar no SISVAN Web	Número de crianças menores de 5 anos com registro de marcadores de consumo alimentar no SISVAN Web / Número total de crianças menores de 5 anos x 100	SISVAN Web
18	Promover atividades educativas de promoção da alimentação saudável	Número de atividades educativas de promoção da alimentação saudável realizadas pelas equipes SF com apoio do NASF	Número de atividades educativas desenvolvidas pelas equipes de SF no período de 12 meses	à definir
19	Promover a alimentação saudável para (reduzir/prevenir complicações) ou melhorar a qualidade de vida dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis/DCNT	Número de atividades educativas de promoção da alimentação saudável, direcionadas aos usuários com doenças crônicas não transmissíveis/DCNT	Número de atividades educativas desenvolvidas pelas equipes de SF no período de 12 meses	à definir
20	Promover a articulação entre órgãos municipais da saúde e educação para promover a alimentação saudável no ambiente escolar	Número de atividades educativas realizadas pelas equipes de SF e NASF, promovendo a alimentação saudável no ambiente escolar	Número de atividades educativas desenvolvidas pelas equipes de SF e NASF no período de 12 meses	à definir
21	Promover conjuntamento a prática de atividade física e a promoção da alimentação saudável na prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis	Número de atividades desenvolvidas que apresentaram os temas (atividade física e alimentação saudável) concomitantemente	Número de atividades desenvolvidas pelas equipes de SF e NASF com os / período de 12 meses	à definir

* Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde/2009

** O programa de suplementação de vitamina A é direcionado para os municípios do Nordeste e de Minas Gerais

Em síntese, o conhecimento técnico relativo às ações de alimentação e nutrição e ao cuidado nutricional deve estar relacionado sempre com a aplicação dos princípios acima descritos, além do domínio das disciplinas que compõe a Ciência da Nutrição, conhecimentos gerais sobre os princípios e normas do SUS e específicos sobre a Atenção Primaria em Saúde e a Estratégia de Saúde da Família.

4.5 POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA DA EQUIPE DO NASF

O quadro abaixo mostra uma síntese das possibilidades de atuação do nutricionista como membro da equipe do Nasf – e em conjunto com ela – na esfera da gest ão de ações de alimentação e nutrição.

Quadro 1V: Agenda programática da atenção primária com relação às ações de alimentação e nutrição

1. Participação na elaboração e implementação da Política Municipal de Alimentação e Nutrição e da Política Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional;
2. Participação no planejamento e programação das ações, metas, objetivos, indicadores e recursos financeiros que serão aplicados nas ações de diagnóstico e cuidado nutricional na Atenção Básica de Saúde, com base territorial, envolvendo também as equipes de SF;
3. Elaboração, revisão, adaptação e padronização de procedimentos, processos e protocolos de atenção e cuidado relativos à área de alimentação e nutrição;
4. Fortalecimento e consolidação dos sistemas: Vigilância Alimentar e Nutricional, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária, relativos à área de abrangência;
5. Apoio, monitoramento e avaliação dos programas de prevenção de deficiência de micronutrientes, como o Programa Nacional de Suplementação de Ferro para gestantes e crianças e o Programa de Suplementação de Vitamina A para crianças e puérperas;
6. Fortalecimento do papel do setor saúde no sistema de segurança alimentar e nutricional na área de abrangência, principalmente em relação vigilância alimentar e nutricional, à promoção da alimentação saudável e à vigilância sanitária dos alimentos, em consonância com as orientações municipais, estaduais e federais;
7. Apoio ao gestor municipal na organização do fluxo de referência para programas de assistência alimentar e proteção social e no estabelecimento de procedimentos, estratégias e parâmetros de articulação da rede de saúde com a rede de apoio comunitário;

continua...

continuação

8. Articulação dos serviços de saúde com instituições e entidades locais, escolas e ONGs para desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição, na sua área de abrangência, mediante participação em rede intersetoriais e interinstitucionais (serviços, comunidade, equipamentos sociais e sociedade civil organizada) para promoção de mobilização, participação da comunidade, identificação de parceiros e recursos na comunidade, incluindo produção e comercialização local de alimentos;
9. Participação nas atividades de avaliação, monitoramento e elaboração dos relatórios de atividades relativos ao alcance das metas e indicadores de alimentação e nutrição previstos para a área de abrangência, nas ações de alimentação e nutrição sob jurisdição da Secretaria Municipal de Saúde;
10. Avaliação da resolubilidade das ações de alimentação e nutrição assistida pelas equipes de Saúde da Família, na sua área de abrangência, por meio de indicadores previamente estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, aprimorando as ações quando necessário;
11. Organização e mobilização para a coleta de dados para os sistemas de informação em saúde, como Sisvan, bem como colaboração na análise dos dados gerados e avaliação dos resultados das ações de alimentação e nutrição – na área de abrangência – com revisão sempre que necessário;
12. Participação e proposição de estudos e pesquisas na área de abrangência, com base no diagnóstico local;
13. Definição de temas e pontos críticos na formação e atuação, bem como apoio à educação continuada dos profissionais do Nasf e das equipes SF, dentro e fora da esfera da SMS, em temas relacionados com alimentação e nutrição, com vistas à proposição de conteúdos nas atividades de educação permanente, bem como diretrizes para encaminhamento das pessoas em situação de vulnerabilidade nutricional para atendimento em programas de assistência alimentar e ação social ou de transferência de renda;
14. Articulação com a Secretaria Municipal de Saúde, para replicação dos cursos de educação permanente ou de capacitações para os demais profissionais de saúde da área de abrangência, com responsabilização por conteúdos relacionados à alimentação e nutrição, Direito Humano à Alimentação Adequada e Segurança Alimentar e Nutricional;
15. Identificação de estrutura comunitária de equipamentos sociais públicos e privados de apoio às famílias ou segmentos populacionais em situação de vulnerabilidade;
16. Contribuição para o levantamento das necessidades em recursos humanos, equipamentos etc. das equipes de SF para o adequado cuidado nutricional;
17. Apoio para a análise do desempenho do Nasf e das equipes de SF nas ações de alimentação e nutrição.

4.6 CONCLUSÃO

Finalizando, a atuação do nutricionista no Nasf tem como sujeito, em primeiro lugar, a equipe de SF, mas também, no plano coletivo, a comunidade, as famílias, os indivíduos que a compõem. Os determinantes sociais do processo saúde–doença devem ser objeto de especial atenção, condicionando as práticas em saúde e o direcionamento do processo de trabalho.

O processo de trabalho diferenciado da Estratégia de Saúde da Família, o contato com a realidade das comunidades e o investimento na educação permanente das equipes possibilitam a criação de vínculos e a busca de soluções compartilhadas, visando a melhoria da qualidade de vida da população.

A inserção das ações de alimentação e nutrição na Estratégia de Saúde da Família, por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, favorece a discussão e a implementação das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), potencializa a prática de promoção da alimentação saudável junto aos profissionais e a comunidade, situa a alimentação e nutrição na perspectiva do Direito Humano à Alimentação Adequada, permitindo visão ampliada do processo saúde e doença, a partir do processo de trabalho multidisciplinar e interdisciplinar.

LEITURAS RECOMENDADAS

TEMA	AUTORES
Política Nacional de Alimentação e Nutrição	BRASIL, 1999
Política Nacional de Atenção Básica	BRASIL, 2006a
Política Nacional de Promoção da Saúde	BRASIL, 2006c
Transição e Carga de Doença no Campo Nutricional: Desnutrição e Obesidade	COUTINHO et al. 2008 BATISTA FILHO et al., 2003 LESSA, 2004 COUTINHO et al., 2008
Guia Alimentar da População Brasileira	BRASIL, 2006e
Perfil Epidemiológico e Alimentar da População Brasileira	BATISTA FILHO & RISSIN, 2003 BATISTA FILHO et al., 2008 SCHRAMM et al., 2004 BRASIL, 2006d, 2005
Perfil Nutricional Brasileiro	LEVY-COSTA, 2005
Análise da Situação de Saúde no Brasil	BRASIL, 2006d

5 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO NASF

5.1 INTRODUÇÃO

A Assistência Farmacêutica (AF) tem por objetivos: assegurar o acesso da população à farmacoterapia de qualidade, contribuir para o uso racional de medicamentos, oferecer serviços farmacêuticos aos usuários e à comunidade. Constitui componente essencial nos serviços e programas de saúde e precisa ser realizada plenamente em toda a rede assistencial, para contribuir de maneira efetiva e eficiente para transformar o investimento em medicamentos em incremento de saúde e qualidade de vida da população.

A atuação de farmacêuticos junto ao Sistema Único de Saúde é uma realidade em vários municípios, seja na gestão da AF, seja diretamente no cuidado aos usuários. A inclusão da AF como uma das áreas estratégicas de atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família visa assegurar o acesso aos medicamentos com segurança, eficácia e resolubilidade da atenção, por meio da atividade farmacêutica comprometida com os princípios da Atenção Primária. Assim, essa é mais uma forma para o farmacêutico exercer sua profissão de forma integrada às equipes de Saúde da Família e contribuir para a resolutividade das ações em saúde, conforme as diretrizes da Estratégia de Saúde da Família, da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Definida como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional, a AF no Nasf será desenvolvida por meio do apoio aos profissionais da equipe de Saúde da Família e da própria equipe do Nasf, compartilhando as práticas em saúde nos territórios, mediante troca de saberes entre os profissionais envolvidos no cuidado.

O profissional farmacêutico no Nasf, atuando de forma integrada a várias equipes de Saúde da Família, presta apoio especializado – suporte assistencial e técnico-pedagógico – e dessa forma tem o serviço e os próprios usuários dele sob sua responsabilidade. O processo de trabalho desse profissional precisa ser desenvolvido com enfoque que priorize o cuidado, não se limitando às atividades administrativas e nem se distanciando das assistenciais.

Na equipe de saúde o saber específico de cada profissional completa o do outro e suas ações podem ser potencializadas, diante da complementaridade das ações, de forma que um único profissional não o faria melhor. Para tanto, considera-se importante a existência de processo interativo formal e periódico para que as equipes do Nasf e Saúde da Família se reúnam e dialoguem sobre as necessidades assistenciais dos usuários e compartilhem a elaboração e execução de projetos terapêuticos singulares.

Para que de fato a atuação do farmacêutico no Nasf contribua para aumentar a qualidade da AF e a resolubilidade das ações de saúde, é fundamental que esse profissional desenvolva habilidades, conhecimentos e atitudes para atuar de forma interdisciplinar, com as equipes de Saúde da Família e do próprio Nasf, no planejamento e execução das ações e se corresponsabilize pela saúde da população da área de abrangência, na perspectiva da integralidade do cuidado.

5.2 PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO NASF

Os profissionais do Nasf devem desenvolver ações de inserção da AF no cotidiano que atendam às necessidades de saúde da população. Para tanto, precisa conhecer a história e o processo de trabalho das equipes, a estrutura do serviço de saúde e da AF no município e nas unidades, o perfil demográfico e as condições de vida e saúde da população do território de abrangência.

É fundamental também que o farmacêutico compreenda o entendimento das ações e o significado da AF para os profissionais de saúde e forneça os conhecimentos necessários para transmitir a sua dimensão integral para, em conjunto com a equipe multiprofissional, buscar identificar os problemas, hierarquizá-los, estabelecer prioridades, definir as estratégicas e ações para intervenção e os obstáculos a serem superados, a fim de atingir a situação ideal..

Definidas as ações, é necessário distribuir as funções, as responsabilidades, a ordem de execução e construir uma agenda para as atividades estabelecidas. É necessário, ainda, estabelecer critérios de acompanhamento e avaliação para identificar de forma continuada se os objetivos e metas estão sendo atingidos e, posteriormente, avaliar os resultados por meio de indicadores preestabelecidos.

A partir de tais objetivos, pode-se delinear um detalhamento para as ações da assistência farmacêutica no Nasf, nos termos também previstos na Portaria de criação do mesmo. As ações não devem ser interpretadas, entretanto, como específicas do profissional farmacêutico, mas sim como resultado da interação com todos os profissionais na sua interface com a área estratégica.

A agenda dos profissionais do Nasf, em especial do farmacêutico, deve ser construída de forma a considerar os seguintes grupos de atividades:

Reuniões com as equipes de Saúde da Família
Reuniões entre a equipe do Nasf Gestão das Farmácias
Grupos de educação em saúde/atividades comunitárias
Visita domiciliar
Atendimento conjunto com outros profissionais de saúde
Atendimento familiar e/ou individual
Educação permanente

Ressaltando aqui, como já relatado na introdução do Caderno, que o processo de trabalho dos profissionais do Nasf devem ser desenvolvidos por meio do apoio matricial, com a criação de espaços coletivos de discussões e planejamento. Organizando e estruturando espaços de: (a) ações clínicas compartilhadas; (b) intervenções específicas do profissional do Nasf com os usuários e/ou famílias; (c) ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade. Utilizando ferramentas tecnológicas, das quais são exemplos: o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território (PST), Apoio Matricial, a Clínica Ampliada e a Pactuação do Apoio.

5.3 PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Os medicamentos constituem importantes ferramentas terapêuticas para manutenção e recuperação da saúde da população, desde que respondam aos critérios de qualidade exigidos e sejam prescritos e utilizados adequadamente. Caso contrário podem ocasionar o desenvolvimento de reações adversas, interações com outros medicamentos e alimentos, redução da efetividade terapêutica, dependência e intoxicações, sendo responsáveis por sérios danos à saúde das pessoas.

O uso indevido de medicamentos é considerado um problema de saúde pública. Segundo a Organização Mundial da Saúde, cerca de 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados inadequadamente.

A função simbólica que os medicamentos exercem, aliada ao valor comercial que assumem como mercadoria, na ideia de que qualquer estado que fuja daquilo que é instituído como padrão pode ser solucionado com um comprimido, contribui para o uso indevido e indiscriminado dos medicamentos.

A promoção do uso racional de medicamentos é um tema complexo e perpassado por diversas variáveis. Envolve ações que orientam o setor produtivo farmacêutico, incentivam a prescrição apropriada, a dispensação em condições adequadas, a utilização conforme indicado e o combate ao uso indiscriminado. Há uso racional de medicamentos quando os usuários recebem os medicamentos apropriados às suas necessidades clínicas, na dose correta, por um período de tempo adequado e um custo acessível.

Assim, é necessário construir uma nova cultura, atribuindo aos medicamentos o seu significado concreto de instrumento tecnológico para a prevenção de doenças e restauração da saúde. Isso significa ampliar o debate por meio da promoção de campanhas para o uso racional de medicamentos, bem como da capacitação dos atendentes de farmácia, dos agentes comunitários de saúde, dos prescritores e demais profissionais da equipe, como também formar agentes multiplicadores para promover discussões relacionadas ao tema nos grupos e na comunidade.

Dessa forma é possível fortalecer a participação social e compor redes de compromisso e corresponsabilidade para desenvolver a consciência de que os medicamentos, ao mesmo tempo em que são importantes insumos no processo de atenção

à saúde, podem também se constituir em fator de risco para o usuário quando usados de maneira inadequada, além de comprometerem montantes elevados de recursos de saúde pública de forma equivocada.

O uso racional de medicamentos deve envolver toda a equipe, mas o farmacêutico, a partir do entendimento das diversas dimensões que os medicamentos assumem na sociedade atual, tem o importante papel de fomentar esse debate, na própria equipe, com os indivíduos e com a comunidade. Deve atuar como referência quanto a informações sobre medicamentos e facilitar o acesso das equipes de SF e a sua equipe de Nasf a fontes de informações confiáveis, equacionando a grande quantidade de informação disponível, nem sempre de boa qualidade e acessível.

Os estudos de utilização de medicamentos também podem ser utilizados para direcionar esforços gerenciais, normativos e educativos no sentido da promoção do uso racional. Fornecem também informações sobre os medicamentos prescritos e dispensados, tendências de consumo, prevalência das prescrições, do perfil da população assistida, entre outras. E, finalmente, tais estudos permitem identificar associações entre a terapêutica farmacológica e as características sociais, econômicas, demográficas, condições de saúde, hábitos de vida e trabalho dos usuários; associações entre eventos adversos e das classes terapêuticas selecionadas; subgrupos populacionais vulneráveis ao uso irracional, passíveis de intervenção e as classes terapêuticas e formas farmacêuticas empregadas de modo inadequado.

Para auxiliar os farmacêuticos e as equipes na promoção do uso racional de medicamentos, o Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Organização Pan-Americana de Saúde criaram o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, com o objetivo de identificar e propor estratégias de articulação, de monitoramento e avaliação da promoção do uso racional de medicamentos. Essas entidades disponibilizam em seus endereços eletrônicos documentos técnicos e ferramentas de apoio, entre eles: o Formulário Terapêutico Nacional, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), fichas técnicas, diretrizes clínicas e o livro eletrônico "Fundamentos Farmacológico-Clínicos dos Medicamentos de Uso Corrente", todos com informações isentas e embasadas em evidências científicas para subsidiar os profissionais de saúde na prescrição e dispensação dos medicamentos. Existe também um Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (Notivisa), para notificação de eventos adversos e queixas técnicas por profissionais de saúde e cidadãos.

5.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A inserção do tema AF no processo de educação permanente dos profissionais das equipes de SF, bem como das equipes do Nasf, é fundamental para qualificação da AF na Atenção Primária à Saúde (APS).

É necessário que as equipes conheçam as diretrizes e protocolos clínicos reconhecidos e desenvolvam habilidades para orientar os usuários sobre os procedimen-

tos necessários para acessar os medicamentos, recursos e serviços de AF especializada no SUS e realizar a vigilância do uso dos medicamentos nos territórios.

Para tanto, é fundamental que a educação permanente em AF seja uma prática institucionalizada, articulada e integrada às necessidades e especificidades de cada equipe, e que promova a transformação das práticas de forma contínua. Essa iniciativa pressupõe aproximação com as equipes para definição de prioridades e temas a ser trabalhados para instituir a utilização racional de medicamentos e a AF no processo de trabalho das equipes de SF.

O conhecimento sobre práticas de saúde e utilização de medicamentos possui valor simbólico para cada comunidade. Os valores referentes a práticas saudáveis podem ser diferentes do que é considerado comportamento saudável e o medicamento, algumas vezes, é percebido como panaceia universal – "o remédio para todos os males" – o que contribui para manutenção de práticas que prejudicam a saúde.

Os profissionais podem contribuir em processos educativos para modificar essa realidade, por meio de intervenções coletivas, com grupos de usuários, famílias e na comunidade, e utilizar essas práticas de educação em saúde como espaço para abordagem interdisciplinar, tornando as atividades mais criativas e participativas

Alguns temas podem ser destacados como exemplos para essas ações, entre eles a utilização correta das diferentes formas farmacêuticas; as justificativas para a administração de um medicamento em um período de tempo determinado; o esclarecimento sobre possíveis reações adversas; as interações medicamentosas e demais especificidades de cada fármaco e cada situação; a automedicação; bem como as questões relacionadas ao acesso e ao uso abusivo dos medicamentos.

No entanto, a educação em saúde para o uso correto dos medicamentos deve representar a real necessidade da comunidade dos usuários e precisa ser entendida como processo, e não apenas como uma atividade ou intervenção pontual, com horário agendado ou tema estabelecido, e sim que faça parte do cotidiano de trabalho das equipes de SF e dos profissionais do Nasf.

5.5 GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O farmacêutico do Nasf deve interagir com o nível central de gestão da AF e com a coordenação das Unidades de Saúde, propondo a normatização dos procedimentos relacionados à AF, a fim de obter melhores resultados no acesso, na racionalização dos recursos e no uso dos medicamentos.

No que se refere à seleção dos medicamentos, os municípios devem dispor de um elenco padronizado, elaborado conforme as necessidades locais, a partir do elenco de referência estadual, o qual é baseado na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), cujos medicamentos são incorporados mediante critérios de

essencialidade e evidência de segurança e eficácia. A atuação do farmacêutico nesse processo pode ocorrer mediante recomendação para substituição, exclusão ou inclusão de medicamentos (incluindo fitoterápicos e homeopáticos), com fundamento nos dados específicos de morbimortalidade da população do território de atuação.

O farmacêutico no Nasf também pode apoiar a equipe de SF no aprimoramento do controle de estoque e da programação das UBS, de forma a proporcionar melhorias na regularidade do suprimento de medicamentos, bem como nas atividades de armazenamento, distribuição e transporte, aspectos que influenciam a integridade e a qualidade dos medicamentos. Essas atividades convergem para o aperfeiçoamento das práticas dos serviços e racionalização dos processos de trabalho.

O desenvolvimento pleno das atividades relacionadas à gestão depende do conhecimento do conjunto de políticas, normas e legislações relacionadas à Assistência Farmacêutica, inclusive o financiamento estabelecido na Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que organiza o bloco da Assistência Farmacêutica nos componentes: Básico, Estratégico e de Medicamentos de Dispensação Excepcional, conforme o quadro seguinte.

COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Destina-se à aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da Atenção Primária e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos
COMPONENTE ESTRATÉGICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Destina-se ao financiamento de ações dos seguintes programas de saúde estratégicos: controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; antirretrovirais do programa DST/Aids; sangue e hemoderivados; tabagismo; nutrição e alimentação; e imunobiológicos
COMPONENTE MEDICAMENTOSO DE DISPENSAÇÃO EXCEPCIONAL (CMDE)	Destina-se ao financiamento para aquisição e distribuição de medicamentos para o tratamento de doenças raras ou de baixa prevalência e doenças prevalentes, com indicação de uso de medicamento de alto valor unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, torna-se um tratamento de custo elevado, seguindo os critérios estabelecidos nas Portarias GM/MS nº 2.577, de 27 de outubro de 2006, e GM/MS nº 1.869, de 4 de setembro de 2008

A qualificação da gestão contribui para ampliação do acesso da população aos medicamentos, acesso não restrito ao produto, mas com a garantia da qualidade e dos serviços prestados. Requer a reestruturação, tanto física como de recursos humanos, demandando novas formas de pensar, de estruturar, de desenvolver e de produzir serviços e assistência em saúde.

5.6 PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Na perspectiva da integralidade das ações e serviços de saúde, a AF permeia toda a rede de serviços do SUS. Nesse sentido, é fundamental que esse tema seja pauta de discussão constante nas esferas do controle social para ampliar sua concepção, em busca da construção do seu real significado, de sua inserção na atenção à saúde e da promoção do uso racional dos medicamentos.

Em 2003, a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica teve por tema central "Acesso, Qualidade e Humanização da Assistência Farmacêutica com Controle Social", sendo de extrema importância a continuidade dessas discussões em âmbito local, sobretudo nas instâncias dos Conselhos de Saúde locais e municipais e também em outros espaços de articulação comunitária.

O farmacêutico deve ter como uma de suas atividades precípuas a atuação junto aos conselhos de saúde, suprindo os membros desses conselhos com informações que contribuam para o efetivo controle social do financiamento da assistência farmacêutica, do acesso e do uso racional dos medicamentos.

A participação e a ausculta desses espaços de controle social, bem como em outros movimentos populares, permite ao farmacêutico ampliar as fontes de identificação das reais demandas e necessidades locais, entender melhor a dinâmica e o contexto comunitário, favorecer o estabelecimento de vínculo e a ampliação do debate sobre o tema em torno de um projeto comum para a saúde e para a sociedade, na defesa dos interesses coletivos e construção do SUS.

5.7 ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA À SAUDE

Constituem atribuições do farmacêutico no Nasf atuar na respectiva área de abrangência, a partir da identificação da necessidade junto às equipes de SF, com ações voltadas à intervenção nos problemas/situações de saúde no contexto individual, familiar e coletivo, não só na busca de tratamento e cura das doenças, mas também na motivação à modificação de atitudes, em perspectivas promocional e preventiva.

Como ponto de partida para a realização de intervenções que propiciem a melhoria dos indicadores de saúde, é necessário identificar os determinantes econômicos, sociais e culturais dos diversos grupos da população.

Todos os procedimentos realizados na assistência farmacêutica precisam ser documentados, incluindo as informações sobre o usuário e farmacoterapia, o que auxilia no acompanhamento, embasando intervenções. As informações geradas no serviço farmacêutico podem servir de subsídio para as ações em saúde e se constitui em indicadores de qualidade dos serviços.

Considerando que as doenças crônicas e degenerativas representam uma parcela significativa dos atendimentos na Atenção Primária, demandam número expressivo de medicamentos e requerem cuidados em longo prazo, vislumbra-se a

necessidade dos farmacêuticos no Nasf assumirem a responsabilidade e proporem intervenções, contribuindo com os demais profissionais da equipe na busca de melhores resultados farmacoterapêuticos.

A não adesão à terapia medicamentosa tem sido identificada como umas das causas para o insucesso do tratamento. Alguns fatores são reportados por seu efeito significativo na redução da adesão à terapia, relacionados à doença, ao tratamento, ao serviço e ao usuário, como os citados no quadro a seguir:

1. Complexidade dos regimes terapêuticos;
2. Linguagem rebuscada utilizada pelos profissionais de saúde, dificultando o entendimento das orientações e da importância da prescrição;
3. Tempo insuficiente dedicado aos usuários nos atendimentos individuais (consultas e dispensação);
4. Falta de um atendimento acolhedor e humanizado;
5. Dificuldade de acesso aos medicamentos;
6. Ocorrência de efeitos adversos, bem como o descumprimento da farmacoterapia mediante a sua interferência no cotidiano do usuário;
7. Entre os fatores relacionados aos usuários, destacam-se a cultura, crença, valores e o desconhecimento sobre o seu estado de saúde e da farmacoterapia.

Portanto, é a família, o usuário, ou o responsável por ele, o objetivo e o objeto das investigações e das ações para promover a adesão. Os profissionais do Nasf e a equipe, trabalhando de forma interdisciplinar, influenciam na adesão, a partir do contexto individual, familiar e social, na medida em que atingem o universo cultural do usuário e estabelecem com este comunicação e relacionamentos afetivos.

A adesão ao tratamento pode ser motivada por ações educativas nos grupos de educação em saúde, no momento da dispensação, da orientação farmacêutica e por meio do seguimento farmacoterapêutico. No entanto, é fundamental o entendimento de que a adesão é acima de tudo um fenômeno multidimensional, singular e de difícil mensuração, cuja intervenção precisa necessariamente a construção de vínculo entre o profissional e o usuário, a compreensão dos fatores que causam a não adesão do tratamento no contexto singular, a negociação com os saberes e práticas populares de saúde, a continuidade do cuidado e o desenvolvimento de autonomia dos usuários no seu cuidado.

- Dispensação de medicamentos

A dispensação configura um momento de esclarecimento e sensibilização para a importância do tratamento proposto, reafirmando e complementando as orientações de quem prescreve. Para tanto devem ser prestadas informações e esclarecimentos gerais aos usuários e famílias. Assim, a dispensação possibilita relembrar orientações

esquecidas e reafirmar aquelas não tenham sido entendidas ou não consideradas importantes pelo usuário.

A comunicação é elemento-chave para uma orientação adequada. Barreiras físicas e linguísticas podem influenciar na compreensão das informações. Assim, o domínio de técnicas de comunicação, um ambiente adequado, bem como a utilização de materiais de apoio – informação escrita ou áudio visual –, podem auxiliar na dispensação.

Algumas formas farmacêuticas, como dispositivos de inalação e supositórios, entre outras, apresentam maiores dificuldades para administração. Nesse caso, a utilização de aparatos especiais, como materiais educativos, são extremamente úteis para proporcionar informações concretas e corretas e facilitar o entendimento e cumprimento da terapia, além de proporcionar que o usuário tenha sempre em mãos material para consulta em caso de dúvidas.

Durante a dispensação, também podem ser detectados problemas relacionados à farmacoterapia e assim, quando necessário, realizar a discussão do caso com a equipe para encaminhar os usuários para os grupos de educação em saúde e/ou para acompanhamento individual.

- **Acompanhamento farmacoterapêutico e orientação farmacêutica**

Alguns usuários necessitam de abordagem mais aprofundada, pelo número de medicamentos que utilizam, por dificuldades de entendimento, por disporem de pouco acesso a informações, entre outros fatores. Nesses casos, pode ser realizado o atendimento compartilhado para que sejam abordadas questões farmacoterapêuticas ou para orientação farmacêutica, quando se buscará o alcance dos resultados esperados da farmacoterapia por meio da identificação e resolução dos problemas relacionados à segurança, necessidade, efetividade dos medicamentos. Isso, por certo, implicará compromisso do profissional e deve ser provido de forma sistematizada e documentada, em colaboração com o usuário e com os demais profissionais do sistema de saúde, mediante o desenvolvimento e adaptação de métodos (modelos) à realidade do sistema de saúde brasileiro.

- Acesso a recursos e serviços de saúde

Os profissionais da equipe de saúde são responsáveis por informar sobre os serviços e recursos disponíveis e estimular os usuários a conhecer mais sobre a temática da saúde, relacionando-a com seus direitos e deveres, que orientam os usuários sobre os serviços e sua participação nos cuidados da saúde.

No caso do acesso aos medicamentos, é preciso que o farmacêutico oriente os usuários e profissionais de saúde, tanto das equipes de SF quanto do Nasf, sobre os programas de acesso aos medicamentos básicos, estratégicos e de alto custo no município ou no estado. Orientar significa também ter disponíveis endereços,

contatos, endereços eletrônicos, protocolos, normas, formulários e procedimentos para viabilizar o acesso da população aos medicamentos em todos os níveis de complexidade, bem como remeter a população e os profissionais de saúde para que conheçam as decisões dos gestores e da CIB e os dispositivos respectivos no Plano Municipal de Saúde.

- **Protocolos, linhas de cuidado e projetos terapêuticos singular**

Os protocolos de cuidado constituem o consenso sobre a condução da terapêutica para determinada patologia, sistematizando tecnologias disponíveis, conhecimentos e processos operacionais para orientar o cuidado com qualidade. Seu objetivo é de estabelecer claramente os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados, criando mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz, da dispensação adequada e da orientação das técnicas de utilização dos medicamentos.

As linhas de cuidado abrangem os protocolos clínicos, mas também evidenciam a descrição sucinta das atividades e a correspondência dos sistemas de referência e de contrarreferência, na rede de atenção, necessários ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida.

Os protocolos devem ser dinâmicos, além de implementados e avaliados continuamente, constituindo-se em um instrumento para orientar e balizar os diferentes profissionais na realização de suas funções assistenciais, gerenciais e educativas. Dessa forma, é fundamental o envolvimento de todas as equipes de SF e do próprio Nasf na elaboração e revisão desses protocolos, incorporando-os ao processo de trabalho de equipe.

O farmacêutico tem também a função de contribuir nas discussões de caso e na construção do projeto terapêutico singular, com uma visão integral do sujeito e em seu contexto familiar, comunitário, e não apenas no medicamento.

As discussões de casos devem reunir profissionais com diferentes experiências pessoais, saberes específicos e habilidades, cuja interação possibilita a complementação e ampliação do olhar individual sobre uma situação e o aprendizado mútuo. A construção de projetos terapêuticos singular pode ser entendida como dispositivo de integração dos profissionais de saúde e estratégia de organização do processo de trabalho.

Nesse sentido, considerando que os Nasf abrigam uma equipe de profissionais que em conjunto com as equipes de SF se responsabiliza pela integralidade do atendimento de um determinado número de usuários em um dado território de abrangência, a discussão de casos clínicos e a construção de projetos terapêuticos constituem-se de importantes ferramentas para incluir no olhar clínico as diversas dimensões do cuidado.

- **Visita domiciliar na assistência farmacêutica**

A visita domiciliar é um espaço privilegiado para diálogos e produção de saberes e faz parte do processo de trabalho das equipes de SF e em alguns momentos também do Nasf, na qual os profissionais devem realizar o acompanhamento do usuário, em domicílio, com uma periodicidade a ser definida em conjunto com a equipe. Além disso, ela constitui uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo de saúde–doença de indivíduos ou no planejamento de ações visando a promoção da saúde da coletividade.

A presença do profissional de saúde nos domicílios permite a visualização de condições peculiares de habitação, higiene e hábitos de vida, bem como a dinâmica e o contexto familiar, que auxiliam no planejamento das ações, além de proporcionar a aproximação entre o usuário, a família, a comunidade e o serviço de saúde.

Para o sucesso dessa ação, são necessários, além de uma visão interdisciplinar, planejamento, execução, registro de dados e avaliação adequados. A participação do farmacêutico nas discussões dos casos a serem visitados é fundamental para o melhor direcionamento do acompanhamento domiciliar, visando a otimização e racionalização dos recursos de saúde.

Nesse momento, o farmacêutico deve discutir com a equipe de SF para que sejam avaliados os medicamentos prescritos e se os disponibilizados estão sendo corretamente utilizados, deve identificar condições de armazenamento e separar medicamentos sem condições de uso ou vencidos, quando houver, procurando recolhê-los para descarte adequado. Em casos de falha na adesão ou uso incorreto, o farmacêutico poderá intervir junto ao profissional do SF, a partir da especificidade de cada caso, orientando quanto ao uso correto e propor estratégias para facilitar a adesão, atentando para o caso de idosos polimedicados, analfabetos, deficientes visuais, entre outros. Também pode compartilhar seus conhecimentos com a equipe de SF, particularmente os ACS e os eventuais cuidadores, procurando levar à informação do usuário de medicamentos.

5.8 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Os profissionais do Nasf podem contribuir no planejamento, monitoramento, avaliação e orientação sobre a prática da fitoterapia/plantas medicinais e da homeopatia, por meio de ações junto às equipes de SF e à população, mediante práticas da educação permanente, por exemplo.

Para a implementação de tais Práticas Integrativas e Complementares (PIC) na Estratégia de Saúde da Família, os profissionais necessitam conhecer as práticas existentes no território, respeitando o saber popular; compreender o processo saúde–doença, na perspectiva da homeopatia; conhecer a cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos; assim como toda a cadeia de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos: produção, controle, armazenamento, distribuição e atenção, o que irá

garantir qualidade, segurança e eficácia desses medicamentos. A regulamentação desses produtos e a capacitação/qualificação relativas às PIC merecem especial atenção.

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Brasil, 2006d) deve ser implementada em conformidade com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC (ver capítulo específico no Caderno), ou seja, deve garantir à população o acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos de forma complementar nas unidades de saúde, utilizando um ou mais dos produtos: planta medicinal in natura, planta medicinal seca (droga vegetal), fitoterápico manipulado e fitoterápico industrializado. Sendo importante a orientação e o acompanhamento do farmacêutico.

5.9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No intuito de tornar o sistema de saúde o mais resolutivo possível, além de conhecimentos técnicos, é necessário que o profissional reconheça sua responsabilidade pelo território de atuação e desenvolva habilidades para atuar de acordo com o paradigma da saúde coletiva e da Saúde da Família.

Na atuação, é de suma importância que os profissionais se envolvam com o cotidiano das vidas dos cidadãos, sendo permeável a participação destes, comprometendo-se com a atenção integral e valendo-se de ações de cuidado individuais e coletivas e da atuação intersetorial. Assim, é importante a formação, atualização e qualificação de profissionais de saúde críticos, reflexivos e comprometidos com a construção do SUS, para a efetivação da assistência farmacêutica na Estratégia de Saúde da Família como forma de ampliar o acesso à farmacoterapia de qualidade e de maior resolubilidade para a Atenção Primária em Saúde.

LEITURAS RECOMENDADAS

TEMA	AUTORES
Diretrizes da Estratégia de Saúde da Família	BRASIL, 2006
Política Nacional de Medicamentos	BRASIL, 1998
Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos	Brasil, 2006d
Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)	BRASIL, 2006e
Política Nacional de Assistência Farmacêutica	BRASIL, 2004
Processos de trabalho do farmacêutico e outros profissionais no Nasf	CAMPOS, 2007
Fatores do uso indevido e indiscriminado dos medicamentos	LEFEVRE, 1983

continua...

continuação

Conceitos relativos ao uso racional de medicamentos	WHO, 1985
Práticas e racionalização dos processos de trabalho em assistência farmacêutica	BRASIL, 2006b MARIN, 2003
Organização do bloco da assistência farmacêutica em componentes diferenciados	BRASIL, 2007[a]
Componente Medicamentoso de Dispensação Excepcional (CMDE)	BRASIL, 2006c BRASIL, 2008b
Acesso, qualidade e humanização da assistência farmacêutica com controle social	BRASIL, 2005[a]
Fatores na adesão à farmacoterapia	LEITE; VASCONCELLOS, 2003 WHO, 2003
Técnicas de comunicação e assistência farmacêutica	CORDEIRO; LEITE, 2008
Acompanhamento farmacoterapêutico e orientação farmacêutica	OPAS, 2002
Conceitos: discussões de casos e projetos terapêuticos	OLIVEIRA, 2008
Visitas domiciliares na assistência farmacêutica	TAKAHASHI, 2001

6 INTERSETORIALIDADE, REDES SOCIAIS E PARTICIPAÇÃO CIDADÃ: O SERVIÇO SOCIAL NO NASF

6.1 INTRODUÇÃO

A integralidade enquanto princípio norteador da Estratégia de Saúde da Família (ESF) implica uma abordagem do indivíduo e da comunidade numa visão abrangente, que deve levar em conta os aspectos sociais, culturais e econômicos. Assim sendo, cabe à equipe de Saúde da Família enfrentar, além dos problemas individuais e biológicos, os problemas coletivos e socioculturais das pessoas e da comunidade pela qual tem responsabilidade sanitária.

A ESF pressupõe processos de territorialização, de planejamento participativo, de atuação no fortalecimento dos espaços de controle social, além de intervenção no processo saúde–doença. Depara-se com as mais extremas expressões da exclusão social, com negação dos direitos humanos e sociais. No âmbito da saúde, há que se destacar a importância da participação social de diferentes forças na luta pela construção de um projeto democrático, em face dos preceitos constitucionais: saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

A inclusão do serviço social nos Nasf, portanto, está em consonância com os princípios éticos e políticos da profissão e do projeto de reforma sanitária. Esse profissional é fundamental para o que prevê a Portaria no 154, que regulamenta a criação dos Nasf:

"As ações de serviço social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social, propiciando maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adscritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania".

Assim, a estruturação de uma área estratégica do serviço social no Nasf deve partir da compreensão de que o direito à saúde se faz pela promoção da cidadania e suas ações junto às equipes de SF deveriam voltar-se para articulações intersetoriais, educação e mobilização em saúde e formação de redes de proteção social.

O serviço social no Nasf deve ser desenvolvido de forma interdisciplinar e integrada com as demais equipes, para prestar apoio no trato da questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas na área da saúde. O assistente social é um profissional que trabalha permanentemente na relação entre estrutura, conjuntura e cotidiano , contribuindo com as equipes na apreensão e na ação em face do cotidiano, no qual as determinações conjunturais se expressam e a prática se realiza.

6.2 O SERVIÇO SOCIAL NO NASF

A área estratégica do serviço social constrói-se no espaço do território, onde se encontram a comunidade, as famílias, os indivíduos, bem como seus equipamentos sociais públicos e privados, as representações do poder local e uma infinidade de redes que fazem daquele território um espaço vivo e dinâmico. As práticas do serviço social no campo da ESF possibilitam aos profissionais a definição de suas competências, compreendendo-as como parte de conjunto de práticas e saberes mais amplos que se complementam na interlocução e na vivência cotidiana com a população e com as diversas categorias profissionais, para a efetivação de um modelo de atuação promotor de saúde e cidadania.

O território, enquanto lugar de uso e acontecimento social, passa a ter um peso importante na compreensão do processo saúde–doença. Assim, prestar serviços de saúde ou promover a saúde junto à população passa necessariamente por considerar, conhecer e interagir com o território, lugar de referência e de vida da população com a qual se trabalha. O território da Saúde da Família passa a ser um campo privilegiado para o encontro das ações públicas municipais.

Exigem-se dos profissionais de saúde competências nas dimensões técnicas, humanas, políticas e sociais. As habilidades e atitudes mais exigidas dizem respeito à capacidade de comunicação, realização de uma escuta qualificada, propiciando o diálogo entre comunidade e profissionais dos serviços, capacidade de articulação das redes sociais comunitárias, fortalecimento de parcerias entre equipe e comunidade e as outras políticas públicas setoriais; mediação entre usuários e equipe de saúde e entre os próprios membros das equipes, fundamentado no compromisso profissional, na ética, no respeito às diferenças e à cultura local.

Portanto, é em tal cenário que o assistente social, em conjunto com as demais categorias profissionais, procura conduzir-se no sentido de compreender, intervir, antecipar e planejar projetos sociais e terapêuticos que vão para além da dimensão biomédica. Compõe-se assim uma prática de integralidade, apoiada na interdisciplinaridade e na intersetorialidade, facultando uma inserção diferenciada do assistente social na área da saúde, de forma a superar o estatuto tradicional de profissão paramédica, típico do modelo biomédico.

- **Processos de trabalho do serviço social no Nasf**

Os objetivos do serviço social em um Nasf são muito variados e numerosos, devendo ser ajustados às diversas realidades onde as práticas ocorrem. Em linhas gerais, podem ser sintetizadas como se vê no quadro adiante.

Quadro: Objetivos do serviço social nos NASF

1. Desenvolver ações que garantam a escuta e acolhida dos usuários;
2. Incentivar e contribuir no processo de fortalecimento da autonomia e da organização pessoal do usuário;
3. Apoiar os usuários na construção e ressignificação de seu projeto de vida;
4. Criar espaços grupais que possibilitem a construção de relações humanizadoras e socializadoras por meio de trocas de experiências e construção de rede de apoio;
5. Desenvolver ações integradas com os profissionais da equipe correlacionados com a área de atuação em atenção à saúde e demais políticas públicas;
6. Socializar informações nas equipes e participar de discussão de situações vivenciadas por usuários e/ou familiares com as demais categorias profissionais, valorizando as ações desenvolvidas por eles;
7. Promover a integração dos demais membros da equipe de trabalho;
8. Produzir conhecimento sobre a população atendida na área da saúde, processo de pesquisa e a especificidade do serviço social;
9. Participar da elaboração conceitual/metodológica para apoiar as práticas educativo-participativas desenvolvidas pela equipe de trabalho, com usuários e população atendida;
10. Construir coletivamente e de forma participativa entre a equipe de saúde, segmentos organizados da comunidade, usuários e demais sujeitos sociais populares envolvidos a organização do trabalho comunitário.
11. Incentivar a participação dos usuários nos fóruns de discussão e deliberação, tais como: Conselhos Locais de Saúde, Conselho Distrital de Saúde, Conselhos de Assistência Social, Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, Conselhos do Idoso e demais Conselhos de direitos, Reuniões da Comunidade, e outros.

A partir de tais objetivos, pode-se delinear um detalhamento para as ações do serviço social nos Nasf, nos termos também previstos na Portaria de criação deles. As ações apresentadas não devem ser interpretadas, entretanto, como específicas do profissional assistente social, mas sim como resultado da interação com todos os profissionais na sua interface com a área estratégica do serviço social. Esse aspecto é sumarizado no quadro a seguir:

Quadro: Ações do assistente social nos NASF

1. Coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às equipes de SF;
2. Estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as equipes de SF;
3. Discutir e refletir permanentemente com as equipes de SF a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades;
4. Atenção às famílias de forma integral, em conjunto com as equipes de SF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais;
5. Identificar no território, junto com as equipes de SF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento;
6. Discutir e realizar visitas domiciliares com as equipes de SF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde;
7. Possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as equipes de SF e a comunidade;
8. Identificar, articular e disponibilizar, junto às equipes de SF, rede de proteção social;
9. Apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde;
10. Desenvolver junto com os profissionais das equipes de SF estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas;
11. Estimular e acompanhar as ações de controle social em conjunto com as equipes de SF;
12. Capacitar, orientar e organizar, junto com as equipes de SF, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa-Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda;
13. No âmbito do serviço social, identificar e buscar as condições necessárias para a atenção domiciliar.

Na organização do processo de trabalho em Saúde da Família, dentro dos objetivos propostos para a área do serviço social, podem ser enumeradas algumas estratégias metodológicas que devem ser vistas como dialeticamente articuladas, relacionando-se intimamente com as demandas de cada realidade, para cada momento histórico e para um agir crítico e reflexivo, conforme se observará no quadro seguinte.

ABORDAGEM GRUPAL
Define-se como o atendimento para escuta ativa de grupo de usuários que apresentam demanda comum, para problematização, sensibilização, informação e/ou esclarecimento sobre legislação e critérios de inclusão em projetos, programas e serviços sociais ou de saúde. Constitui-se em importante e imprescindível estratégica para potencializar a atuação da equipe e viabilizar a resposta à enorme demanda apresentada. A relevância dada às estratégias coletivas de intervenção deve-se ao reconhecimento da efetividade da dinâmica grupal, da possibilidade mais significativa de desenvolver processos sociais a partir de identificações entre sujeitos que vivenciam situações similares, de fortalecer alternativas de organização e enfrentamento conjunto, de possibilitar processos de mútua ajuda e de partilhar sofrimentos e estratégias de superação, cooperação, solidariedade, veiculação de informações.
ABORDAGEM FAMILIAR
Trata-se do atendimento para escuta ativa da família usuária, com problematização, mediação de conflitos, visando a sensibilização, a negociação para a elaboração de plano de cuidados e a realização de encaminhamentos, se necessário, para outras redes assistenciais da saúde e/ou para a rede intersetorial.
ABORDAGEM INDIVIDUAL
É o atendimento para escuta ativa do usuário, com problematização, informação e/ou esclarecimento relativos à situação/demanda individual identificada, visando a sensibilização, a pactuação de autocuidado e a realização de encaminhamentos para outras redes de atenção à saúde e/ou para a rede intersetorial. Pode ter caráter apenas eventual, em caso de necessidades ditadas pela realidade de cada indivíduo ou família. São levantados dados que fazem parte da história de vida do usuário, vínculos familiares e sociais, ocupação, renda, educação, saúde, entre outras, informações que subsidiam a construção do projeto terapêutico com o usuário, de seu projeto de vida. Ao se buscar conhecer a história de vida dos usuários, deve ser privilegiada não meramente uma reconstituição cronológica, mas a história deles, a partir de fatos significativos, contextualizados, na tentativa de realizar o que se chama de movimento de detour (segundo Lefèvre), ou seja, um retorno ao passado que, reencontrado e reconstruído por sucessivas reflexões, volta mais aprofundado, libertado de suas limitações, superado, no sentido dialético. Assim, o estabelecimento de vínculos, em ambiente de confiança e respeito pelos sujeitos é necessário para que o processo possa se constituir, para que se estabeleçam o diálogo e a reflexão.
ABORDAGEM DE REDE SOCIAL
Compreende a identificação e a análise das relações da rede social do usuário, para discussão do caso com os membros da rede, ajuste de corresponsabilidade nas ações e enfrentamento da vulnerabilidade social.

continua...

continuação

VISITAS DOMICILIARES
Devem possuir também de caráter eventual, em face das necessidades concretas. A visita domiciliar constitui importante instrumento da prática de promoção, prevenção e assistência à saúde. Busca-se, dessa maneira, conhecer e apropriar-se das situações apresentadas, tendo o propósito de aprofundar, acompanhar e encaminhar de forma adequada as demandas apontadas no plano de cuidados. A visita domiciliar deve ser sempre uma ação a ser planejada e executada com as equipes de SF, especialmente com os ACS. Na visita domiciliar, não serão observadas apenas as condições de vida dos usuários, mas é importante procurar apreender o seu modo de vida, expresso no cotidiano de sua vida familiar, comunitária, no seu trabalho, nas relações que estabelece, no significado que atribui a essas relações, na sua linguagem, representações, com vistas sempre à construção de novas sínteses. Para conhecer tal modo de vida, como diz Martinelli (2006), torna-se preciso conhecer as pessoas, vislumbrar onde o sujeito se revela. Isso se dá não só no discurso como na ação, de tal forma que conhecer o modo de vida dos sujeitos pressupõe o conhecimento de sua experiência social.
GRUPOS EDUCATIVOS E/OU DE CONVIVÊNCIA
Podem organizar-se sob a forma de oficinas educativas para abordagem de temáticas relativas ao processo saúde–doença, à cidadania e ao desenvolvimento pessoal e social. Esses momentos privilegiam a percepção do conhecimento prévio, as trocas de experiências, vivências e sentimentos, a construção de conhecimento e de projeto de vida, tendo em vista as questões relativas ao cotidiano ou a um tema solicitado pelos participantes. A dinâmica procura incentivar a participação ativa, a autonomia, a autoestima, o chamado empoderamento social, por meio de processo educativo.
VISITAS INSTITUCIONAIS
Visam fomentar a articulação de parcerias, planejamento, implementação e avaliação de ações interinstitucionais e intersetoriais, com fortalecimento da corresponsabilização e para viabilização de encaminhamentos de usuários, com a proposta de incluí-los na rede de serviço e de proteção social. Para essa estratégia, torna-se importante realizar o cadastro dos equipamentos sociais disponíveis e o uso contínuo dessas informações.
ESTUDO SOCIAL
Diante da complexidade do processo saúde–doença, o serviço social deve também atuar na articulação e no fortalecimento das ações interdisciplinares e intersetoriais, por meio da mobilização da equipe e de parceiros para a discussão de situações individuais e familiares que apresentam maior vulnerabilidade, nas quais o estudo social é importante instrumento utilizado para conhecimento e análise dessas situações. Com foco na análise de prontuários, na escuta da equipe, dos parceiros, da família e do usuário para a identificação das necessidades e nós críticos, esse momento viabiliza a construção coletiva de projetos terapêuticos, bem como a divisão e ajuste de tarefas, encaminhamentos e avaliação de resultados.

continua...

continuação

APERFEIÇOAMENTO, FORMAÇÃO E PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS
Compreendem a participação em eventos, fóruns, seminários, conferências, grupos de estudos e pesquisa. É nesse momento que os profissionais, de forma geral, buscam o aperfeiçoamento e a produção de conhecimento que contribuam na sistematização da sua prática cotidiana, na formulação de políticas públicas e no fortalecimento das políticas sociais.
INTERVENÇÃO COLETIVA
Corresponde à articulação de um conjunto de ações junto aos movimentos sociais, na perspectiva da socialização da informação, mobilização e organização popular. Abrange, assim, a intervenção profissional nos espaços democráticos de participação e controle social, na mobilização e assessoria visando contribuir no processo de democratização na política de saúde.
PLANEJAMENTO E GESTÃO
Consiste num conjunto de ações, dos profissionais das equipes de SF e do próprio Nasf e ESF, incluindo a participação da comunidade no processo de organização do trabalho em saúde, de forma intersetorial e interdisciplinar, na perspectiva consolidação da gestão democrática e participativa no SUS.

Reforçando aqui a discussão sobre o processo de trabalho dos profissionais do Nasf, já relatado na introdução, em que devem ser desenvolvidos por meio do apoio matricial, com a criação de espaços coletivos de discussões e planejamento. Organizando e estruturando espaços de: (a) ações clínicas compartilhadas; (b) intervenções específicas do profissional do Nasf com os usuários e/ou famílias; (c) ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade. Utilizando ferramentas tecnológicas, das quais são exemplos: o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território (PST), Apoio Matricial, a Clínica Ampliada e a Pactuação do Apoio.

Sendo que, para efetivamente tornar as ações de serviço social no Nasf um conjunto integrado de saberes e práticas articuladas às demais ações de apoio junto às equipes de Saúde da Família, podem ainda ser apontadas algumas oportunidades de intervenção conjunta com os demais membros dos Nasf e com as equipes de SF os tópicos mostrados no quadro seguinte:

Quadro: Oportunidade de ação conjunta Asssitente Social – Equipe-NASF e equipes de Saúde da Família

1. Desenvolver coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais (educação, esporte, cultura, segurança, trabalho, lazer);
2. Estreitar a relação entre integralidade da atenção e equidade no acesso às ações e serviços de saúde, de modo que as parcerias com as instâncias e espaços públicos sejam no sentido explícito de diminuir as desigualdades sociais, por exemplo, no que tange às políticas sociais de educação, esporte e lazer, em conjunto com as ações de atividade física/práticas corporais, estimular a qualidade de vida e o auto-cuidado por meio da valorização dos espaços públicos de convivência, destacando sempre que possível o protagonismo dos usuários, das famílias e das comunidades na geração desses espaços sociais;
3. Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde, não deixando de ressaltar a possibilidade de outras formas de controle social, por exemplo: a atuação dos usuários e famílias junto ao Ministério Público, as Ouvidorias de Saúde, a mídia (rádio, TV, jornais) e os órgãos de defesa do consumidor, já que essas intervenções podem estreitar os laços de solidariedade entre usuários, gestores e políticos, enquanto pertencentes ao mesmo município/estado/localidade e sujeitos aos mesmos embates na defesa de seus direitos, em vez de ressaltar as divergências entre esses atores sociais no interior do campo da saúde;
4. Em parceria com outros profissionais do Nasf, colaborar para a identificação dos valores e normas das famílias e da comunidade que contribuem tanto para o processo de adoecimento, quanto para o processo de cura. Por exemplo, em conjunto com as ações de alimentação e nutrição, no sentido do estímulo ao consumo de alimentos saudáveis e ao cultivo de hortas, dar visibilidade às maneiras pelas quais certas formas de subsistência familiar colaboram para uma vida saudável, mas sem deixar de apontar e modificar aquelas formas que não contribuem para a saúde pública, tais como o "pote" (pote d'água, comum em certas regiões do Nordeste) nas residências em épocas de epidemia de dengue ou a venda de certos produtos da economia familiar nas feiras sem o controle da vigilância sanitária, como as carnes;
5. Em parceria com outros apoiadores das equipes de saúde, colaborar para a mobilização da comunidade em torno de demandas de transformação do espaço social, por exemplo, em conjunto com as ações das práticas integrativas e complementares, no sentido de identificar profissionais e/ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho educativo, além de identificar aqueles com potencial para tornar-se representantes da comunidade em questões relativas ao direito à saúde.
6. Em parceria com os demais apoiadores, promover espaços de educação permanente abordando: família, valores, violência doméstica, dependência, entre outros, visando o fortalecimento do vínculo e a sensibilização dos profissionais na abordagem familiar;
7. Tendo em vista os desafios impostos na atuação interdisciplinar previstas na proposta do Nasf, considera-se *mister* a criação de espaços, no ambiente de trabalho, que possibilitem a discussão e reflexão conjunta dos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família e do Nasf, de modo a subsidiar e propiciar avanços efetivos, considerando as especificidades locais, das equipes e dos usuários.

6.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação da área de serviço social no Nasf apresenta importante contribuição na articulação e formulação de estratégias que busquem reforçar e criar experiências nos serviços de saúde, que efetivem o direito à saúde e a consolidação da cidadania.

Os profissionais de saúde, ao trabalhar com a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas, têm o desafio de estabelecer muitos olhares para fazer enfrentamentos críticos da realidade, para estabelecer estratégias do agir profissional de forma criativa e inovadora, que se complementam na interlocução com outras categorias profissionais, no cotidiano do trabalho e com os demais sujeitos políticos envolvidos.

A intervenção profissional, na perspectiva aqui assinalada, aponta para a necessidade de uma sólida base de conhecimentos, aliada a uma direção política consistente que nos possibilite desvendar adequadamente as tramas conjunturais e as forças sociais em presença.

LEITURAS RECOMENDADAS

TEMAS	AUTOR(ES) – FONTE(S)
Participação popular no serviço de saúde comunitária	HENK, 23004
O processo social de construção do Sistema Único de Saúde	....., 1993
Atenção Primária à Saúde: conceitos gerais e atributos	STARFIELD, 2004
A assistência social na prática profissional	YASBEK, 2006
Integralidade nos sistemas de APS: necessidades de saúde e disponibilidade de recursos para abordá-las	STARFIELD, B. 2004

7 ATENÇÃO INTEGRAL À SAUDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NO NASF

7.1 INTRODUÇÃO

Com a Constituição Federal de 1988, um grande passo foi dado na garantia de proteção à infância e à adolescência, reconhecendo, em seu artigo 227, esse grupo populacional como sujeito de direitos, modificando toda uma legislação anterior que considerava crianças e adolescentes como propriedade dos pais. Em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) regulamentou esse artigo criando as precondições para que crianças e adolescentes fossem criados de forma mais saudável e respeitosa.

Assim, com a implantação do ECA, a concepção da atenção a crianças e adolescentes avança exigindo prioridade absoluta por parte da família, da sociedade e do Estado, para as necessidades delas. Como sujeito de direitos especiais, esse grupo etário, pela sua condição de pessoa em desenvolvimento físico, moral e psicológico, deve ser obrigatoriamente protegido por todos.

Dessa forma, o papel do setor saúde como esfera essencial de proteção recebe incumbência específica de garantir o direito à vida, o acesso irrestrito de crianças e adolescentes por meio de serviços, ações, programas e projetos que visem garantir ações de promoção, proteção e recuperação da saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para o seu desenvolvimento saudável e harmonioso.

De acordo com a Portaria n° 154, de 24 de janeiro de 2008, que cria os Núcleos de Apoio de Saúde da Família (Nasf), o trabalho desenvolvido pelos profissionais do Nasf– deve ser realizado em conjunto com as equipes de SF às quais estão vinculados, de modo que os núcleos não terão agenda aberta para atendimento, já que não constituem porta de entrada do sistema.

A promoção de saúde, a prevenção e a assistência clínica da maioria das necessidades de saúde da população de determinado território se produzem em campo de grande complexidade cultural, social, econômica e emocional, no qual as abordagens biomédicas e suas respectivas tecnologias não apreendem todos os aspectos necessários. Assim, os novos profissionais do Nasf terão que construir referenciais, métodos e instrumentos capazes de deslocar seus olhares e fazeres do campo individual para o coletivo, da doença para o da saúde.

Tem-se como desafio principal o trabalho interdicisplinar, em vez do simples encaminhamento de problemas para especialistas. A ideia é que as dificuldades e soluções sejam discutidas e propostas por toda a equipe, para que haja também visão e resolução ampliada dos problemas.

Como descrito na introdução deste Caderno, o processo de trabalho dos profissionais do Nasf devem ser desenvolvidos por meio do apoio matricial, com a criação de espaços coletivos de discussões e planejamento. Organizando e estruturando espaços de: (a) ações clínicas compartilhadas; (b) intervenções específicas do

profissional do Nasf com os usuários e/ou famílias; (c) ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade. Utilizando ferramentas tecnológicas, das quais são exemplos: o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território (PST), Apoio Matricial, a Clínica Ampliada e a Pactuação do Apoio.

7.2 O PAPEL DO NASF NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

Cabe à equipe do Nasf captar, propor e discutir com as equipes de SF às quais está vinculado o planejamento das ações de saúde da criança e do adolescente, além de contribuir para seu aperfeiçoamento, em consonância com as prioridades da Política Nacional de Saúde da Criança. Estão aí incluídas ações de promoção da saúde integral da criança, promoção, proteção e incentivo ao aleitamento materno, atenção à saúde do recém-nascido, prevenção da violência e promoção da cultura de paz, além de investigação de óbitos infantis. Deve-se também apoiar a realização das ações planejadas relativas à gestão dos serviços e assistência, com vistas a melhorar a resolutividade clínica. Tais atividades podem, eventualmente, abranger também o atendimento clínico, visitas domiciliares e ações comunitárias no território de abrangência, embora em caráter excepcional.

Umas das ferramentas importantes no campo da saúde da criança são os chamados protocolos. Na faixa etária até dois anos, eles já estão disponíveis para a maioria das equipes de SF, com bons resultados, incluindo-se neles as ações de controle das condicionalidades do Programa Bolsa-Família, cobertura vacinal, assistência ao recém-nascido saudável, puericultura com acompanhamento do crescimento, estímulo ao aleitamento materno e investigação dos óbitos infantis.

- **Ações a serem realizadas em todas as faixas etárias**

Compete à equipe do Nasf, particularmente a seu componente vinculado ao Programa de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, **apoiar as equipes de SF em diversas circunstâncias, abaixo relacionadas**.

1. Apoiar as equipes de SF na identificação das crianças com sinais de perigo clínicos e encaminhamento IMEDIATO ao serviço de saúde mais próximo, com monitoramento desses casos;
2. Apoiar as equipes de SF na interpretação e execução dos procedimentos da Caderneta de Saúde da Criança, bem como no acompanhamento do preenchimento dela;

continua...

continuação

3. Apoiar as equipes de SF na vigilância do desenvolvimento infantil, identificação de atrasos de desenvolvimento com orientação para a estimulação às mães, pais, responsáveis ou cuidadores e também no encaminhamento, quando for o caso, para serviços especializados;
4. Realização eventual de visitas domiciliares a crianças em situação de risco, juntamente com as equipes de SF;
5. Realizar ações de educação permanente dos profissionais de SF para as ações de puericultura;
6. Apoiar as equipes de SF no desenvolvimento de estratégias de organização da atenção à saúde da criança;
7. Apoiar as equipes de SF no preenchimento e discussão das fichas de investigações do óbito infantil e neonatal ocorridos na área de abrangência;
8. Apoiar as equipes de SF na tomada de medidas de prevenção, identificação, acolhimento, atendimento e acompanhamento de crianças em situação de risco social ou afetivo-cultural, particularmente quando vítimas de violência intradomiciliar (abandono, negligência e violência física);
9. Apoiar as equipes de SF no desenvolvimento de estratégias diferenciadas de atendimento às crianças que apresentem problemas familiares como desemprego, doença grave, transtorno mental, alcoolismo, uso de drogas, entre outros, ou necessitando de cuidados especiais;
10. Apoiar as equipes de SF na articulação com outros setores, como os Centros de Desenvolvimento Social, Centros de Apoio Psicossocial (Caps), ONGs, Pastoral da Criança, entre outros, para discussão dos casos de risco social e enfrentamento conjunto da situação, incluindo programas de geração de renda e ajuda domiciliar nas atividades diárias das famílias;
11. Apoiar as equipes de SF na abordagem dos problemas e cuidados com as crianças com patologias graves, doenças crônicas, malformações congênitas, doenças metabólicas, transtornos mentais e outras que necessitem de cuidados especiais ou que demandem consultas frequentes em especialistas, emergências ou internações, com levantamento de outras possibilidades de solução;
12. Apoiar as equipes de SF no encaminhamento da criança, em tempo oportuno, para serviços de referencia, emergências ou internação, e discussão sobre o acompanhamento dos casos que retornam de tais serviços;

continua...

continuação

13. Apoiar as equipes de SF para evitar práticas de medicalização de situações individuais e sociais comuns à vida cotidiana, valorizando outras opções de tratamento provenientes da medicina natural e práticas integrativas e complementares (PIC) já normatizadas pelo Ministério da Saúde, como a homeopatia, fitoterapia, acupuntura;
14. Incentivar a criação e potencializar as comissões locais de acolhimento e prevenção da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, junto com as equipes de SF;
15. Apoiar as equipes de SF no diagnóstico e desenvolvimento de projetos terapêuticos singular para crianças portadoras de anemia, desnutrição e obesidade, incluindo ações de promoção de saúde e nutrição, mediante metodologias que valorizem a cultura e o desenvolvimento local;
16. Apoiar as equipes de SF na realização de estudos relativos ao padrão de cultura alimentar local, formas de consumo, aquisição e manipulação de alimentos;
17. Apoiar as equipes de SF na orientação dos pais e cuidadores sobre prevenção de acidentes domésticos e também de trânsito, trabalhando a promoção de hábitos e atitudes relativas a um ambiente seguro e saudável para a criança, conforme estabelecido na Caderneta de Saúde da criança.
18. Apoiar as equipes de SF na identificação, notificação e monitoramento de surtos de diarreia, incluindo previsão de estoques de soro e busca de parcerias das redes sociais para a prevenção e controle da diarréia;
19. Apoiar as equipes de SF na identificação, condutas e seguimento de crianças com problemas crônicos e persistentes, por exemplo, diarreia, infecções respiratórias, asma (crianças chiadoras), alergias, otites de repetição, com desenvolvimento de estratégias educativas sistemáticas para as famílias e formação de grupos terapêuticos (exemplo, grupos de asma).

- Atenção ao grupo etário de 0 a 2 meses

As causas de mortalidade nessa faixa geralmente estão ligadas às condições de parto e nascimento (causas perinatais). Além disso, existem diversos outros fatores de risco específicos para essa faixa etária. Atualmente, a mortalidade neonatal (0-27 dias) representa mais de 60% da mortalidade infantil.

Compete à equipe do Nasf, particularmente a seu componente vinculado ao Programa de Atenção à Saúde da Criança, **apoiar as equipes de SF nas circunstâncias mostradas no quadro seguinte**.

1. Apoiar as equipes de SF para a realização de procedimentos diferenciados de semiologia e na interpretação dos resultados de exames complementares;
2. Apoiar e capacitar as equipes de SF para o uso de medicamentos, levando em conta a imaturidade renal das crianças nessa faixa etária;
3. Apoiar as equipes de SF no estímulo ao aleitamento materno, por ser esse o período mais crítico no qual é necessário;
4. Apoiar e capacitar as equipes de SF para o reconhecimento e o acompanhamento, desde a primeira semana de vida, de crianças portadoras de icterícia, asfixia, anóxia, malformações congênitas, insuficiência cardíaca, entre outras situações graves;
5. Desenvolver capacitação, quando necessário, para as equipes de SF para reconhecimento de sinais de alerta relativos a tal faixa de idade;
6. Apoiar as equipes de SF para condutas relativas a consultas de primeira semana particularmente para crianças consideradas de risco em função de condições de nascimento e condições sociais e ambientais;
7. Apoiar as equipes de SF na identificação e conduta de crianças com problemas de aleitamento materno e de alimentação complementar;
8. Apoiar as equipes de SF no desenvolvimento de ações sistemáticas no território das famílias e comunidade, relativas à conscientização para o aleitamento materno;
9. Apoiar as equipes de SF no diagnóstico e condutas de crianças, com desnutrição, risco de sobrepeso e obesidade;
10. Realizar, junto às equipes de SF, ações de promoção de saúde e de nutrição de forma sistemática no território, com metodologias que valorizem a cultura e o desenvolvimento local: estudo do padrão de cultura alimentar local, de formas de consumo, aquisição e manipulação do alimento e padronização de alimentação nas creches com cuidados na aquisição, manipulação, preparo, conservação e armazenamento dos alimentos.

- Ações a serem realizadas na faixa etária de 2 a menor de 10 anos

Compete à equipe o Nasf, particularmente a seu componente vinculado ao Programa de Atenção à Saúde da Criança, apoiar as equipes de SF nas seguintes circunstâncias:

1. Apoiar as equipes de SF no diagnóstico e condutas de crianças, com desnutrição e obesidade;
2. Apoiar as equipes de SF em outras ações de promoção de saúde e de nutrição de forma sistemática no território, com metodologias que valorizem a cultura e o desenvolvimento local: estudo do padrão de cultura alimentar local, de formas de consumo, aquisição e manipulação do alimento, padronização de alimentação nas creches e de lanches escolares, mesmo em escolas privadas; cursos de nutrição e gastronomia; fóruns para debater a aquisição, o armazenamento e o uso dos alimentos; incentivo a mudanças culturais do padrão alimentar por meio de articulação de redes para produção de hortaliças e frutas no território; feiras, hortas comunitárias ou nos quintais; trabalho com comerciantes locais; atividades de estímulo à atividade física (grupos de caminhada, torneios esportivos, grupos de dança, entre outros);
3. Apoiar as equipes de SF na orientação de medidas de prevenção, identificação, acolhimento, atendimento e acompanhamento de crianças vítimas de violência intradomiciliar (abandono, negligência e violência física), em situação de risco social ou afetivo-cultural;
4. Apoiar as equipes de SF no acompanhamento de crianças com deficiências, com transtornos mentais com apoio de protocolos voltados para: convulsões, transtorno mental, gagueira, enurese, medos e fobias, crises nervosas, tiques e manias, alterações do apetite e do sono;
5. Apoiar as equipes de SF na construção de estratégias educativas sistemáticas para famílias no cuidado da criança com deficiência e apoio aos cuidadores da criança;
6. Promover o fortalecimento de ações em escolas e creches, por meio de projetos multidisciplinares integrados com as equipes de SF e da escola, em temas relativos à saúde;
7. Junto com as equipes de SF, estabelecer parcerias com outros programas voltados para a saúde escolar: PSE (Programa Saúde na Escola), SPE (Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas), Olhar Brasil, entre outros, como motivação das crianças pelo cuidado com a própria saúde e mais: conscientização sobre a responsabilidade de cada um com a sua saúde; prática de atividades físicas; socialização; estimulação física e mental para o desenvolvimento e crescimento individual, promoção de cultura de paz e prevenção de violência;
8. Apoiar as equipes de SF no reconhecimento e acompanhamento de necessidades e agravos à saúde mais comuns, por exemplo, relativos à visão, audição, transtornos osteoarticulares, obesidade/desnutrição crônica;
9. Apoiar as equipes de SF na abordagem às famílias para trabalhar o desenvolvimento infantil, enfrentamento da violência contra a criança e a prevenção do trabalho infantil.

As escolas são locais onde podem ser organizadas atividades recreativas, artísticas e esportivas, gincanas e festas, com a participação dos conselhos de saúde, famílias e equipe de SF, de acordo com calendário organizado antecipadamente, em consonância com as tradições culturais da comunidade e datas especiais, como Dia das Mães, das Crianças, entre outras.

A Saúde Integral dos Adolescentes

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento do ser humano marcada por profundas transformações anatômicas, fisiológicas, sociais e mentais, próprias do processo de amadurecimento do ser humano. O Brasil segue a convenção elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que delimita o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade como adolescência. Mas não se trata de um período homogêneo, pois a diversidade de experiências, condições de vida e características sociais, raciais, étnicas, religiosas, culturais, de gênero e de orientação sexual que compõem o universo desse segmento populacional irão interferir significativamente nesses indivíduos. Por isso, é preciso falar não apenas da adolescência, mas das "adolescências", que são definidas por aquilo que está ao redor, pelos contextos socioculturais, pela sua realidade, situando-os em seu tempo e em sua cultura.

Nesse contexto, os valores, atitudes, hábitos e comportamentos que marcam a vida de adolescentes e de jovens encontram-se em processo de formação e cristalização. Os valores e o comportamento dos amigos ganham importância crescente na medida em que surge um natural distanciamento dos pais em direção a uma maior independência. Ao mesmo tempo, a sociedade e a família passam a exigir do indivíduo, ainda em crescimento e maturação, maiores responsabilidades com relação a sua própria vida.

Também, os elementos que compõem o meio em que vivem adolescentes e jovens, tais como a mídia, a indústria do entretenimento, as instituições comunitárias e religiosas, e os sistemas, legal e político, exercem influência sobre o modo como eles pensam e se comportam. Acresce-se ainda a enorme exposição desse grupo populacional aos riscos associados à violência física, aos distúrbios sociais, às migrações e aos conflitos armados, somando-se, ainda, a curiosidade de quem está descobrindo o mundo e, às vezes, sente o desejo de experimentar tudo o que se apresenta como novo.

Essas desigualdades afetam as diferentes dimensões da vida social de adolescentes e de jovens – em particular em relação à saúde – e reverberam de modo perverso nos dados sobre mortalidade e morbidade entre esse segmento populacional, incluindo fortemente o que se refere à saúde sexual e reprodutiva.

Outro fator fundamental na saúde de adolescentes e jovens é a sexualidade, componente intrínseco da pessoa que não se limita a uma função biológica responsável pela reprodução, configurando, também, como um fenômeno psicológico e

social, fortemente influenciado pelas crenças e valores pessoais e familiares, normas morais e tabus da sociedade.

As transformações na vida sociocultural nas últimas décadas têm como uma de suas consequências o início da vida sexual de adolescentes cada vez mais cedo, caracterizando uma mudança do padrão de comportamento social e sexual influenciado pelas desigualdades de gênero, condições socioeconômicas e culturais, pela raça/cor e etnia, pelas relações de poder intrageracionais e pelas discriminações pela orientação sexual.

Nesse contexto, o cuidado integral à saúde dos adolescentes demanda a integralidade da atenção construída em redes de atenção à saúde e o planejamento das linhas de cuidado para as diferentes necessidades de saúde, além da integração com as outras políticas governamentais de interface.

Em tal contexto, os profissionais do Nasf têm um papel muito importante em apoiar as equipes de SF na busca por adequações dos serviços de saúde às necessidades específicas desse grupo populacional tendo como princípios fundamentais da atenção à saúde: a ética, a privacidade e o sigilo ao reconhecer adolescentes como sujeitos capazes de tomarem decisões de forma responsável. O atendimento, portanto, deve fortalecer sua autonomia, oferecendo apoio sem emitir juízo de valor. A viabilização desses princípios contribui para facilitar o vínculo entre profissionais e adolescentes, favorecendo a descrição das condições de vida, dos problemas, das dúvidas e do desenvolvimento das ações necessárias.

De acordo com o Ministério da Saúde, esses três princípios são definidos da seguinte forma: (a) ética: a relação do profissional de saúde com os adolescentes e jovens deve ser pautada pelos princípios de respeito, autonomia e liberdade, prescritos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pelos códigos de ética das diferentes categorias; (b) privacidade: adolescentes e jovens podem ser atendidos sozinhos, caso desejem; (c) confidencialidade e sigilo: adolescentes e jovens devem ter a garantia de que as informações obtidas pelos profissionais de saúde no atendimento não serão repassadas aos seus pais e/ou responsáveis, bem como aos seus pares, sem a sua concordância explícita. No entanto, eles devem ser informados sobre as situações que requerem quebra de sigilo, ou seja, sempre que houver risco de vida ou outros riscos relevantes tanto para a pessoa quanto para terceiros, a exemplo de situações como abuso sexual, ideia de suicídio, informação de homicídios e outros.

É importante também diferenciar as faixas etárias na adolescência tendo em vista a puberdade e as grandes transformações. Preferencialmente de 10 a 14 e de 15 a 19 anos, visto que suas necessidades em saúde modificam no decorrer do seu processo de crescimento e desenvolvimento.

Cabe aos profissionais do Nasf discutir com as equipes de SF, às quais estão relacionados, sobre o planejamento das ações de saúde de adolescentes e, se for o caso, contribuir para o seu aperfeiçoamento, de modo a buscar uma consonância

com as prioridades de diretrizes para a atenção e o cuidado integral a saúde de adolescentes e jovens tais como a promoção da saúde integral de adolescentes e jovens, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como fator de proteção e de prevenção a doenças resultantes das desarmonias do crescimento, de doenças adquiridas por hábitos não saudáveis, como o tabagismo, álcool e outras drogas, e de agravos como os que são ocasionados pela violência de um modo geral, atenção à saúde da gestante adolescente e ao adolescente do sexo masculino.

Também deve ser incentivada a realização de ações educativas e orientações relacionadas à saúde sexual e saúde reprodutiva, além de apoiar as ações de planejamento do processo de trabalho com vistas a melhorar a resolutividade das ações de saúde. Essas atividades abrangem tanto o atendimento clínico, como as visitas domiciliares e as ações comunitárias, no território de abrangência, o envolvimento dos adolescentes e as articulações e parcerias intersetoriais como as escolas, Centro de Referência da Assistência Social (Cras) e Centro de Referência Especializada da Assistência Social (Creas), igrejas, clubes, ONGs, associações comunitárias e juvenis, grupos de capoeira, entre outros.

A população adolescente, que em sua maioria adoece pouco, tornando pouco assistida no sistema de saúde, ou seja, apesar de passar pelos serviços de saúde, não se leva em consideração as suas necessidades como pessoas em desenvolvimento e especificidades, dando a devida importância ao acompanhamento do crescimento como prática de construção de saúde.

Os profissionais do Nasf devem apoiar as equipes de SF nas ações mostradas no quadro abaixo.

1. Apoiar as equipes de SF na vigilância do crescimento e desenvolvimento do adolescente, ajudando na identificação das desarmonias do crescimento, nos distúrbios nutricionais, das incapacidades funcionais, das doenças crônicas, cobertura vacinal, orientação aos pais, responsáveis ou cuidadores e no encaminhamento, quando for o caso, para serviços especializados;
2. Apoiar as equipes de SF no acompanhamento de adolescentes que apresentarem sinais de violência, inclusive sexual, maus-tratos, problemas com álcool, tabaco e drogas ilícitas e acidentes de trânsito;
3. Apoiar nas ações de prevenção aos agravos à saúde relacionados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, gravidez na adolescência, DST, Aids, violência intrafamiliar envolvendo pais, responsáveis, cuidadores e professores;

continua...

continuação

4. Apoiar as equipes de SF para atenção diferenciada a adolescentes grávidas visando a busca ativa, para a realização do pré-natal no primeiro trimestre, bem como estratégias que favoreçam a discussão em grupo para educação em saúde voltada ao planejamento familiar, paternidade e maternidade responsável, aceitação e cuidados para uma gravidez, parto e puerpério saudáveis;
5. Apoiar e fortalecer as ações educativas relacionadas à saúde sexual e saúde reprodutiva levando em consideração os direitos sexuais e direitos reprodutivos e estabelecendo parcerias institucionais, com escolas e outros espaços sociais onde há grande fluxo de adolescentes;
6. Desenvolver ações juntos com as equipes de SF para a identificação, no território, de adolescentes em abrigos, instituições de semiliberdade, liberdade assistida, casas lares ou que vivam em situação de vulnerabilidade, como os que vivem nas ruas, em acampamentos rurais, os que são deficientes, os que têm transtornos mentais, que sofrem exploração sexual, articulando também parcerias com os Creas, Cras, instituições religiosas, associações comunitárias, clubes, entre outras, para a garantia da atenção integral;
7. Apoiar as equipes de SF na promoção de saúde, realizada no território, identificando equipamentos comunitários e escolas, potencializando assim os espaços comunitários de lazer e cultura, de forma a apoiar e orientar o desenvolvimento de hábitos saudáveis favorecendo alimentação saudável, as atividades de lazer, de esporte e culturais;
8. Apoiar as equipes de SF na identificação, diagnóstico e desenvolvimento de condutas clínicas para adolescentes com obesidade e desnutrição;
9. Incentivar, em parceria com as equipes de SF, a participação social juvenil, identificando e valorizando as lideranças estudantis e juvenis da comunidade e estabelecendo mecanismos permanentes, facilitando o dialogo entre adolescentes para expressarem suas opiniões, demandas, críticas e sugestões;
10. Apoiar e potencializar a criação de canais junto à população adolescente para a expressão e reconhecimento, tais como atividades artísticas e culturais, rádio ou jornal comunitário, campeonatos, gincanas, grupos de voluntários, palanque da cidadania, olimpíadas desportivas ou intelectuais;
11. Apoiar e fortalecer as equipes de SF nas articulações intra e intersetoriais, favorecendo uma intervenção mais coletiva e possível na combinação de intervenções capazes de promover o desenvolvimento saudável dos adolescentes;

continua...

continuação

12. Desenvolver, junto às equipes de SF, estratégias para a integração dos diferentes projetos, programas, serviços e ações das políticas sociais e de organizações da sociedade civil e família e a comunidade, para utilizar recursos e fortalecer ações de promoção da saúde;
13. Junto com as equipes de SF, identificar e potencializar os equipamentos sociais existentes na comunidade de modo a realizar um planejamento conjunto de atividades voltadas para essa população, onde cada instituição tenha uma definição clara de suas responsabilidades, criando assim parcerias que viabilizem o acesso dos adolescentes e jovens atendidos nas unidades de saúde a atividades culturais, profissionalizantes e desportivas oferecidas pelas demais instituições;
14. Apoiar as equipes de SF na abordagem das famílias, no acompanhamento de inadequações escolares, apoiando a equipe na construção de projetos terapêuticos singulares e articulação intersetoriais;
15. Atuar junto às equipes de SF em ações de prevenção da violência intrafamiliar contra adolescentes em situação de risco social ou afetivo-cultural;
16. Apoiar na orientação dos pais sobre os cuidados para prevenir acidentes, promovendo hábitos e atitudes que proporcionam um ambiente seguro e saudável para adolescentes

7.3 CONCLUSÕES

Fundamentalmente, faz-se necessário o enfrentamento do desafio de trabalhar em equipe, os profissionais da SF e Nasf e refletir sobre o papel de cada um, além de construir ações a partir dos olhares e saberes desses atores. Com essa visão de trabalho em equipe, será alcançada uma prática que extrapolará os atuais protocolos baseados no conhecimento puramente técnico e com isso se conseguirá um real acolhimento das necessidades de saúde das pessoas e do território, bem como o reconhecimento da complexidade de produzir saúde para a atenção integral às crianças e adolescentes.

Outro aspecto essencial é a mobilização comunitária para a saúde da criança e do adolescente. Essa ação deve apoiar e incentivar as redes, os projetos existentes – exemplo: Amamenta Brasil, Programa Saúde na Escola (PSE), Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci), além de outros – com a criação de espaços alternativos para o cuidado com as crianças, de responsabilidade das famílias e com acompanhamento das equipes de SF e dos agentes comunitários de saúde, como formas de ampliar o vínculo e melhorar o diálogo entre as equipes de saúde e as famílias.

O desenvolvimento de programas e/ou projetos sociais que apoiam as famílias para o exercício das suas competências e fortalecimento de vínculos é outro aspecto

importante, assim como a promoção de atividades de educação em saúde para pais, cuidadores e responsáveis em geral, com o objetivo de melhorar o atendimento e cuidado das crianças, ampliar o vínculo com a família e também fortalecer a comunidade como um todo.

LEITURAS RECOMENDADAS

TEMA	AUTORES
Saúde Integral de Adolescentes e Jovens	BRASIL, 2007
Política Nacional de Atenção Básica	BRASIL, 2006a
Política Nacional de Promoção da Saúde	BRASIL, 2006c
Situação de Violência Doméstica	BRASIL 2006
Análise da Situação de Saúde no Brasil	BRASIL, 2006d

8 ATENÇÃO INTEGRAL À SAUDE DA MULHER NO NASF

8.1 INTRODUÇÃO

Entre as diversas áreas de atuação da Estratégia de Saúde da Família, a atenção integral à saúde da mulher constitui-se como uma das prioridades no processo de trabalho das equipes de saúde, devendo seus princípios e ações serem amplamente conhecidos pelos diversos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS).

No âmbito da Saúde da Família, a atenção integral à saúde da mulher, além de englobar e integrar várias estratégias, entre as quais a prevenção do câncer de colo e da mama, planejamento familiar e pré-natal, é ainda responsável por ações relacionadas à redução de DST e Aids, à saúde mental e ao trabalho com vulnerabilidades e especificidades da população feminina.

A abordagem de gênero representa um referencial importante para melhor compreensão dos agravos à saúde da mulher e a construção de ações de prevenção de agravos e promoção de saúde efetivas, além de propiciar o empoderamento da comunidade e das mulheres em particular, especialmente nos campos da violência doméstica, do planejamento familiar e da saúde mental. E, em relação ao planejamento familiar, a abordagem da sexualidade nos seus significados culturais e de gênero, bem como o entendimento do aspecto sociocultural da família, possibilita a ampliação da ação das equipes da SF para além da distribuição de anticoncepcionais.

Visando superar as questões aqui abordadas, a expectativa é que o Nasf subsidie as equipes de SF na estruturação de planos de ação que contemplem os vários objetivos do Plano Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PAISM), de forma interdisciplinar e no formato de apoio matricial.

Como pontos fundamentais da PAISM, podem ser destacados:

1. **Atenção qualificada às mulheres com queixas ginecológicas em todas as fases dos ciclos de vida: infância, adolescência e fase adulta, considerando menarca, menacme (período compreendido entre a menarca e a menopausa), climatério e menopausa;**
2. **Atenção às doenças infecciosas, como as DST, quando sempre devem ser abordados a família e/ou parceiro(as) sexuais;**

continua...

continuação

3. Atenção à saúde sexual e reprodutiva: planejamento familiar, tanto nos casos de infertilidade do casal, quanto na anticoncepção; pré-natal qualificado, também para os casos de risco não habitual; conscientização sobre o que é parto humanizado e aborto legal; além da assistência ao puerpério. Todas essas ações devem sempre abordar o casal, independentemente da orientação sexual ou da idade, garantindo os direitos sexuais e reprodutivos, direcionados para a visão de gênero e considerando o caráter sociocultural da população em que a mulher está inserida;
4. Ações de saúde mental;
5. Atenção à violência contra a mulher;
6. Atenção às principais doenças crônicas e degenerativas: a HAS, diabetes, câncer de mama e de colo uterino;
7. Inclusão da visão de gênero, raça e etnias.

8.2 A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

É importante destacar aqui como deve ser o processo de trabalho dos profissionais do Nasf, apresentado na introdução do Caderno. O processo de trabalho deve ser desenvolvido por meio do apoio matricial, com a criação de espaços coletivos de discussões e planejamento. Organizando e estruturando espaços de: (a) ações clínicas compartilhadas; (b) intervenções específicas do profissional do Nasf com os usuários e/ou famílias; (c) ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade. Utilizando ferramentas tecnológicas, das quais são exemplos: o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território (PST), Apoio Matricial, a Clínica Ampliada e a Pactuação do Apoio.

O Nasf deve apoiar a equipe de SF no sentido de estabelecer rotinas de trabalho conjunto para um tratamento adequado dos principais agravos ginecológicos, estabelecendo metas de descentralização da atenção a partir da capacitação dos profissionais das equipes de SF vinculados ao Nasf. Essas ações podem ser: discussão de casos clínicos, atendimentos compartilhados, treinamentos técnicos (ex.: colheita de Papanicolau, inserção de DIU etc.), dentro dos moldes da educação permanente, respeitando a estrutura e o perfil epidemiológico locais.

As ações de atenção individual às mulheres devem ser desenvolvidas a partir de demandas identificadas e referenciadas pela equipe de SF (com discussões a priori), previstas ou não nos protocolos construídos. Essas ações correspondem a situações diferenciadas como o pré-natal de risco não habitual, cujo acompanhamento se desenvolva de maneira compartilhada com a equipe de SF, realização de colposcopia e biópsia dirigida, realização de cirurgias de alta frequência (CAF) e demais atendimentos e procedimentos da área que requeiram nível de conhecimento ou tecnologia mais específico.

A preparação para o parto humanizado, com a participação de fisioterapeutas e educadores físicos, deve ser uma ação apoiada e mesmo executada pelo Nasf nos territórios. Exercícios para fortalecimento e relaxamento do períneo, posturas para o parto, relaxamento e massagens podem ser repassados para as gestantes, de forma grupal, reunindo várias equipes de SF ou capacitando multiplicadores nelas.

- **Atenção à saúde de mulheres na menacme**

Nesse período específico do ciclo reprodutivo da mulher, existe uma gama de cuidados que os profissionais de saúde precisam estar atentos, pois é a fase quando a mulher vivencia suas maiores alterações hormonais, corporais e psicoafetivas, uma vez que engloba o período da menarca à menopausa, quando mais frequentemente ocorrem a iniciação sexual, a escolha da orientação sexual, gravidezes, amamentação, casamento, problemas relacionados ao ciclo menstrual, à fertilidade, à contracepção, cânceres de mama e de colo uterino e síndrome climatérica.

Dessa forma, o trabalho realizado pelas equipes de Nasf irá instrumentalizar as equipes de SF no cuidado em saúde das diversas situações ocorridas durante a menacme, como será visto ao longo deste capítulo.

- **Atenção à saúde das mulheres no climatério e menopausa**

A atenção aos principais distúrbios físicos, psicossomáticos e socioculturais dessa faixa etária requer sensibilização e capacitação das equipes de SF. Esses distúrbios devem ser abordados na perspectiva da vigilância à saúde, com necessária construção de protocolos de atividades.

Devem ser abordadas questões como osteoporose, incontinência urinária, risco de queda, exercício pleno da sexualidade, prevenção e detecção precoce do câncer de colo, detecção precoce de câncer de mama, além da importância da atividade física e da alimentação adequada, a síndrome do ninho vazio e outros agravos específicos.

- **Controle das DST e Aids:**

A visão de gênero e a garantia dos direitos sexuais devem estruturar as ações do Nasf em relação às equipes de SF, em especial das atividades de promoção de saúde, prevenção e tratamento das DST e Aids. Importante também é considerar a evidente tendência de feminização dessas doenças e traçar estratégias de enfrentamento dessa situação.

É importante que as equipes de saúde trabalhem considerando as especificidades e reconheçam os contextos de vulnerabilidade da população feminina do território, que fazem com que mulheres se tornem mais suscetíveis à infecção pelo HIV e a outras doenças sexualmente transmissíveis. Entre as diversas situações de vulnerabilidade, podem ser citadas: violência doméstica, relações desiguais de gênero, pobreza, desigualdades étnico-raciais e desinformação de direitos sexuais.

Por isso, faz-se necessária a diversificação da abordagem desse tema, não priorizando somente o aspecto biológico, mas construindo, de forma transversal, transdisciplinar e equânime, ações para o enfrentamento do problema, o que inclui o acompanhamento do casal. Assim, somente a consulta individual da mulher torna-se insuficiente.

O Nasf, articulado com a SF, deve buscar a criação e a ampliação de redes integradas, formais e informais, a serviços regionais que trabalhem com os contextos de vulnerabilidade, tais como as associações comunitárias. Isso seria uma das estratégias para empoderar a comunidade de saberes e novos olhares relacionados à sua sexualidade.

- **Planejamento familiar**

O planejamento familiar também deve ser pensado no sentido de ampliar a abordagem meramente biológica, ultrapassando a ação de distribuição e prescrição de métodos contraceptivos, para uma abordagem de gênero e da sexualidade, oportunizando e incentivando a inclusão do parceiro, garantindo os direitos sexuais e reprodutivos e deixando de responsabilizar apenas a mulher pelo planejamento familiar.

É papel do Nasf contribuir com as equipes de SF na elaboração e implementação de ações de planejamento reprodutivo, com enfoque na diversidade sexual, cultural e étnica, bem como a abordagem das questões sobre sexualidade, tais como afeto, prazer, conhecimento do corpo e autoestima.

- **A saúde mental da população feminina**

Na área da saúde mental, alguns aspectos se destacam em relação à mulher. Ocorre, por exemplo, maior prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) entre as mulheres, como a depressão e transtornos de ansiedade.

Há estudos que demonstram associação entre TMC em mulheres e fatores sociodemográficos e econômicos desfavoráveis, tais como a miséria e o analfabetismo, mães de crianças com baixo peso, onde o adoecimento se torna mais um fator que dificulta a reestruturação familiar.

Além disso, a presença de violência intrafamiliar e o processo de desmoralização da mulher, produzido não só pelas condições econômicas, mas também pela sociedade e cultura, são fatores associados com o adoecimento da mulher, com consequências para a criança e comprometimento funcional.

A presença de transtorno mental concomitante piora o prognóstico e a resposta ao tratamento de diversas enfermidades, entre elas a hipertensão e a diabetes. Uma das consequência da dificuldade das equipes de SF em lidar e cuidar adequadamente dessas usuárias é representada pela prescrição excessiva de benzodiazepínicos, muitas vezes iniciada por profissionais de outros serviços, mas que são objeto frequente de solicitação de renovação de receitas por parte das usuárias para os profissionais da SF.

Identificar, diagnosticar, tratar e acompanhar corretamente essas usuárias deve ser o objetivo das equipes de SF, e para tal será necessária o apoio do Nasf, tanto na capacitação (educação permanente) quanto nas intervenções conjuntas para elaboração de propostas assistenciais adequadas, como a realização de PTS, e não apenas centradas no tratamento medicamentoso. A inclusão da escuta qualificada e/ou o acolhimento de problemas psicossociais da população durante todo o processo de trabalho das equipes de saúde constitui importante ferramenta para a melhora da relação equipe– usuária/ família, além de contribuir para o enfrentamento e superação de diversos problemas.

Além disso, a ampliação de intervenções psicossociais adequadas à atenção primaria, tais como grupos variados e congruentes com a realidade local, faz-se necessária e os Nasf podem ser parte ativa na sua organização.

A depressão pós-parto é outro agravo específico das mulheres e tem sido caracterizada como um transtorno mental específico, necessitando de intervenções diferenciadas. Embora certa tristeza pós-parto seja bastante frequente, esta costuma ser autolimitada e sem maiores consequências. Infelizmente, o mesmo não pode ser dito da depressão pós-parto, em especial naquelas com sintomas psicóticos, que tem graves consequências para o binômio mãe–filho. Também costumam ser pouco detectadas, até porque as mulheres têm dificuldade em verbalizar sentimentos negativos de tristeza, desesperança e dificuldades com o nascimento do filho, perante uma sociedade que espera que este seja um momento de grande alegria.

Vários fatores estão associados com a depressão pós-parto, tais como história familiar e pessoal de depressão anterior, falta de rede social de apoio, conflitos conjugais e dificuldades econômicas. Nesse contexto, destaca-se o conflito entre as expectativas dessa mulher em corresponder a imagens idealizadas de mãe, esposa e profissional, e os reais meios que dispõe de atingir esses objetivos, em especial no que concerne ao apoio do companheiro/marido e familiares nessa tarefa. Escutar, acolher e apoiar essa mulher em suas angústias e dificuldades, mobilizando a rede social familiar e comunitária, apoiando sua elaboração e superação, diagnosticando e tratando seus sintomas conforme o grau de dificuldades que apresentem, é uma tarefa para ser desenvolvida pelas equipes de SF, com apoio do Nasf.

Como também trabalhar na mobilização de outros dispositivos sociais, em uma ação intersetorial integrada, pode contribuir para superação desses problemas. Entre essas ações destaca-se a organização de grupos de apoio às mulheres e crianças, em especial em atuações em conjunto com Pastoral da Saúde e outras ONG, mediante ações relacionadas à desnutrição e baixo peso, além de escolas, creches das comunidades atendidas pelas equipes de SF e outras organizações da sociedade civil.

Importa, sobretudo, olhar, avaliar, cuidar e apoiar essa mulher, superando preconceitos que a culpabilizam quando não consegue cuidar das crianças, pois se deve entender que, se ela própria está necessitando de cuidado, torna-se incapaz de amparar adequadamente os filhos, e precisa da mobilização de uma rede de apoio pessoal, social

e profissional para superação de todos esses problemas. A ação conjunta e o trabalho integrado, preconizado pelo SUS, faz-se imprescindível nesse momento.

Devem ser desenvolvidas intervenções pelas equipes de SF, com apoio do Nasf, envolvendo problemas socioeconômicos, tais como o desenvolvimento de redes sociais de apoio, a exemplo de centros de convivência, que consequentemente atingirão de forma benéfica a saúde mental das mulheres envolvidas. Outras intervenções importantes referem-se àquelas que envolvam atividades físicas, responsáveis pela melhora não apenas no âmbito das doenças orgânicas, como também do sofrimento mental.

• Violência contra a mulher e violência intrafamiliar

O Nasf deve apoiar as equipes de SF para identificar e fortalecer ou incentivar a criação de uma rede de atenção à mulher vítima de violência, que deve ser estruturada nos municípios, envolvendo, por exemplo, as Delegacias Especiais da Mulher, casas de abrigo, Conselho da Mulher, comissões municipal e hospitalares de atendimento à mulher vítima de violência etc. O Nasf deve apoiar as equipes de SF no reconhecimento dos casos de violência e atendimento a eles, dentro de sua capacidade estrutural.

As consequências da violência intrafamiliar, traduzidas, sobretudo, pelo surgimento de múltiplas queixas somáticas que são dramáticas para a saúde da mulher. Além disso, existe clara associação entre as mulheres que são vítimas de violência doméstica e a presença de abuso de drogas na família, em especial o álcool.

Essas associações indicam a presença de famílias de risco que merecem e necessitam de um cuidado mais detalhado por parte da equipe de SF, que por sua vez necessita da participação de vários profissionais dos Nasf para a construção de soluções, intersetoriais por excelência. Destaca-se a importância da participação de todos os profissionais do Nasf, e não apenas os da saúde mental e da saúde da mulher. Nessa situação, há destaque, por exemplo, para o serviço social.

Um aspecto particularmente negativo refere-se ao fato da violência ainda ser pouco abordada pelos profissionais de saúde. Esse "silêncio" acaba aumentando a sensação de desempoderamento dessas mulheres e o impacto negativo sobre seu psiquismo.

Por isso importa, antes de tudo, escutar, acolher e apoiar. O próprio reconhecimento da legitimidade do sofrimento e do abuso a que a usuária foi ou é vítima já representa a abertura de um caminho de suporte, que pode representar toda a diferença na vida dessas mulheres.

Importante, também, detectar vulnerabilidades que expõem as mulheres à violência, aumentar a resiliência, resgatar a autoestima e superar os agravos decorrentes dessas experiências, sejam elas físicas, sejam psíquicas. Para isso, a organização de intervenções de apoio, em especial as de caráter coletivo, é de suma importância, tais como as ações de articulação de redes nos territórios para mobilização contra a violência à mulher; a correta abordagem familiar, no intuito de reconstruir as relações que geram violência (trabalhar terapeuticamente o parceiro violento); a realização de grupos de

mobilização das mulheres, além da abordagem ao tema da violência e direitos sociais de forma transversal às várias ações psicoeducativas na equipe de SF.

8.3 O PAPEL DOS GRUPOS

Mais uma vez, destaca-se que grupos estruturados de forma sistemática devem ser apoiados pelas equipes de Nasf e desenvolvidos em conjunto com a SF, permitindo a abordagem de diversos temas como o contexto da pessoa.

Surge, então, uma agenda na qual estão incluídos temas variados, conforme a necessidade do grupo, como: assumir a sexualidade e o corpo, inclusive a maternidade; reconhecimento do corpo e como ele funciona; reflexão sobre sexualidade e vulnerabilidades correspondentes (DST e Aids); formas de agir que reconstruam o sentimento de culpa e responsabilização na mulher, repensando papéis femininos e masculinos; construção de espaços de fala, escuta, acolhimento, reforço de autoestima e autonomia, além de outros.

Várias experiências com grupos de mulheres, coordenados por outras mulheres ou por profissionais, têm apresentado resultados positivos. No Brasil, esses grupos têm sido desenvolvidos em diversas modalidades, desde grupos para usuárias com dependência a benzodiazepínicos até os de convivência de idosas, de geração de renda ou de trabalhos manuais. As próprias ações de educação para a saúde, em grupos de planejamento familiar, podem se tornar espaços de apoio e superação.

A importância do apoio social veiculado por grupos pode ser comprovada, por exemplo, no impacto que essas intervenções têm para o prognóstico de usuárias com câncer de mama em tratamento. Sentir-se amparada, acolhida, apoiada é ser fortalecida e revigorada na luta contra as dificuldades da vida. Porém é importante que os profissionais do Nasf apoiem as equipe de SF na realização e/ou implementação desses grupos.

LEITURAS RECOMENDADAS

TEMA	AUTORES
Atendimento a Mulheres com Dor Crônica	ALMEIDA, 2008
Depressão Pós-Parto em Mulheres	CRUZ, 2005
Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica	BRASIL, 2006
Grupo de Apoio Psicológico	REZENDE, 1998

9 AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO NASF

Em 3 de maio de 2006, foi instituída a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) por meio da Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006 (Brasil, 2006a), que inclui no SUS as práticas integrativas e complementares com definição de objetivos e diretrizes gerais e específicas para cada grande área de atuação das práticas, a saber: homeopatia, medicina chinesa e acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia e termalismo social/crenoterapia.

O campo das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos , os quais são também denominados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA) (WHO, 2002). Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens compreendidas nesse campo são: a visão ampliada do processo saúde–doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

A inclusão da PICs nas ações de estratégias de atenção em Saúde da Família, portanto, está de acordo com os princípios de universalidade, integralidade e equidade que estruturam o SUS. Essa inclusão pressupõe o acesso democrático aos serviços de saúde, por todos os cidadãos e em toda a rede assistencial do sistema, com ênfase na Atenção Básica, considerando o indivíduo na sua totalidade, respeitando as peculiaridades e necessidades individuais e coletivas.

9.1 MEDICINA TRADICIONAL CHINESA

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) é uma ciência milenar, com racionalidade própria que contempla o ser humano na sua integralidade e conta com grande arsenal de recursos terapêuticos, como: acupuntura, massagem, dietoterapia chinesa, fitoterapia chinesa, práticas corporais (automassagem ou do-in, lian gong, tai chi chuan, qi gon, entre outros), que atuam auxiliando os sujeitos no seu equilíbrio dinâmico, ativando a capacidade de autorregulação do organismo.

A MTC adota as concepções de vida, do ser humano, de saúde e adoecimento, com uma visão integrada entre corpo, mente e espírito, baseada nos princípios dos cinco elementos e do Yin e Yang.

9.1.1 ACUPUNTURA

A acupuntura, recurso terapêutico da MTC, é uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde–doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos. Originária da Medicina Tradicional Chinesa – MTC, a acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso dos pontos de acupuntura – locais definidos, com o propósito de promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças.

Dessa forma, o tratamento restabelece o equilíbrio orgânico, melhorando o quadro já existente e prevenindo a instalação de doenças.

O tratamento pode ser feito isoladamente ou associado a outros procedimentos terapêuticos, tais como uso de medicamentos, fisioterapia, cirurgia, entre outros, observadas as limitações ao tratamento, tais como gravidez, distúrbios da coagulação etc.

9.1.2 PRÁTICAS CORPORAIS

As Práticas Corporais (PC) são práticas que estimulam a interação mente–corpo, proporcionam aos participantes maior consciência da sua integralidade enquanto ser humano, levando à melhoria da qualidade de saúde e de vida, atuando na promoção à saúde, prevenção e auxílio no tratamento de doenças e contribuindo também para a humanização dos serviços de saúde. Há inúmeras práticas dentro da MTC, mas as mais conhecidas e atualmente praticadas no SUS são: automassagem ou do-in, lian gong e tai chi chuan. Como práticas de promoção à saúde que conferem maior autonomia ao sujeito, constituem um importante canal de fortalecimento e valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, acompanhantes, profissionais de saúde e gestores.

As PC têm um espectro de indicações bastante amplo e oferecem vários benefícios, sendo indicadas para qualquer pessoa interessada em prevenção e promoção à saúde. Usuários com dores no corpo, problemas articulares, posturais ou outros, assim como a necessidade de uma maior socialização, constituem indicações importantes. A eficácia das PC está diretamente relacionada com a disposição individual para a prática regular e sistemática do autocuidado. Além disso, não há quaisquer efeitos secundários negativos se o método e os limites físicos individuais forem devidamente respeitados.

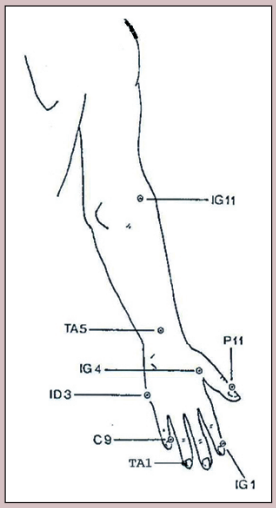
9.1.2.1 DO-IN

O do-in, digitopressão ou automassagem também é conhecido como acupuntura sem agulhas pelo fato de utilizar os mesmos pontos dela. Promove sensação de bem-estar físico e mental, proporcionando alívio rápido a diversos sintomas agudos e auxiliando no tratamento de doenças crônicas. Seu método consiste em pressionar pontos

localizados logo abaixo da pele (determinados pela teoria dos meridianos chineses), provocando uma resposta de homeostase do organismo.

Os resultados observados pelos usuários são de diminuição de sintomas, especialmente dores musculoesqueléticas e redução no uso de medicamentos, principalmente analgésicos, anti-inflamatórios e antidepressivos.

O do-in estimula o autocuidado, a autonomia e a autopercepção das pessoas, orienta à desmedicalização, amplia a percepção do aspecto subjetivo no conceito saúde–doença, além de melhorar a relação entre profissionais de saúde e usuários.

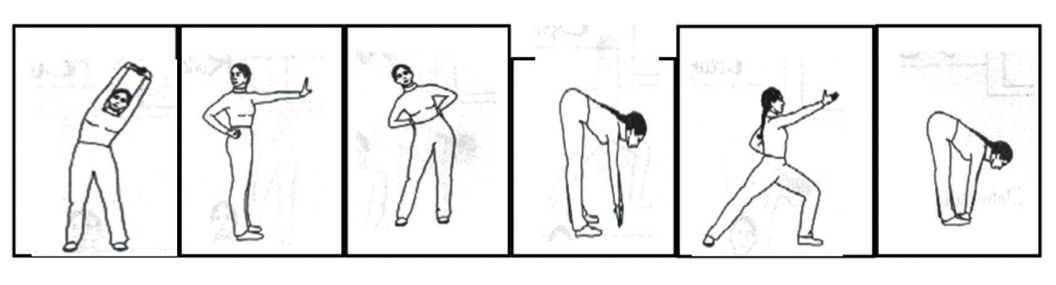


Estes são alguns pontos ensinados nas práticas do *do-in*, o ponto IG4, por exemplo, é o 4° ponto do meridiano IG (intestino grosso). Quando pressionado, durante 2 a 3 minutos, promove alívio imediato nas dores de cabeça. Outros pontos aliviam sintomas agudos e crônicos.

9.1.2.2 LIAN GONG EM 18 TERAPIAS

Prática de ginástica chinesa, terapêutica e preventiva, contendo três séries de seis movimentos harmoniosos que atuam no sujeito como um todo. O *lian gong* em 18 terapias foi criado por Dr. Zhuang Yuan Ming, médico ortopedista da MTC nos anos 70. Essa prática tem se revelado iniciativa importante na prevenção e auxílio ao tratamento de dores no corpo, em particular, nas pessoas de vida sedentária e nos trabalhadores que executam movimentos repetitivos na realização de suas tarefas.

1ª SÉRIE: Exercícios para prevenção e tratamento de dores na coluna cervical e ombros



3ª SÉRIE: Exercícios para prevenção e tratamento de dores nos glúteos e pernas

9.2 TAI CHI CHUAN

O *tai chi chuan*, rica herança da cultura chinesa, é uma prática corporal psicobiofísica com movimentos suaves e lentos. Pertence ao sistema chinês de artes marciais e faz parte da MTC, trabalhando de forma especial os aspectos de equilíbrio, relaxamento, força, respiração e concentração mental. A prática regular do tai chi chuan é excelente para todas as idades e ambos os sexos, previne doenças osteomusculares e mentais, promove melhor qualidade de vida, aumenta a longevidade, controla a pressão arterial e o estresse.

9.3 HOMEOPATIA

A homeopatia foi sistematizada nos séculos XVIII e XIX pelo médico alemão Cristiano Frederico Samuel Hahnemann (1755–1843) e deve ser compreendida como um sistema médico complexo que tem como lei fundamental a cura pelo semelhante. Inclui a semiologia, diagnose e terapêutica próprias, embora compartilhe a fisiologia e anatomia com a medicina moderna.

A homeopatia contempla uma abordagem integral e dinâmica do processo saúde–adoecimento, com ações no campo da prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde, e está disponibilizada aos usuários do SUS por meio das equipes de Saúde da Família (ESF), mais propriamente em seus Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e também na inserção de profissionais na especialidade.

A forma como a prática homeopática aborda a integralidade do ser humano auxilia o profissional de saúde a ter uma percepção mais abrangente do trinômio saúde–adoecimento–cuidado, valorizando e humanizando o papel das ações em saúde pública que levem os usuários a uma melhor relação consigo mesmo e o meio em que vivem.

A homeopatia pode ser utilizada por qualquer pessoa, independentemente da faixa etária, sexo ou agravo. É eficaz nas doenças agudas ou crônicas e pode ser prescrita tanto de forma isolada como complementar às intervenções convencionais. A orientação sobre o tratamento será detalhada e individualizada após cada consulta e atenção farmacêutica homeopática. Esse tratamento também pode ser usado de forma contínua, ou seja, ao longo de toda a vida.

9.3.1 MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS

Podem ser preparados a partir de substâncias minerais, animais ou vegetais e não devem ser confundidos com fitoterápicos. A grande diferença entre eles é que os medicamentos homeopáticos são bastante diluídos. Utilizando farmacotécnica específica, essas substâncias são transformadas em remédios pelo farmacêutico homeopata, que deve estar legalmente habilitado, para a assistência farmacêutica em homeopatia.

Por meio da dinamização, que é o processo de diluição seguido de agitações, ocorrem liberação e transferência da informação homeopática, que tem a capacidade de reequilibrar a energia vital do paciente e restabelecer a saúde. A dinamização também permite diminuir os possíveis efeitos tóxicos das substâncias, mesmo das mais potentes.

É muito importante os serviços de saúde disponibilizarem o medicamento homeopático ao usuário como forma de garantir a adesão ao tratamento. Está prevista pactuação de medicamentos homeopáticos de acordo com a portaria GM nº 3237/07, Elenco de Referência Assistência Farmacêutica Básica, que inclui dois fitoterápicos e todos os medicamentos homeopáticos da farmacopeia brasileira.

9.4 POLÍTICAS PÚBLICAS ENVOLVIDAS

9.4.1 POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS

A Portaria GM/MS nº 971/2006 (Brasil, 2006a) e a Portaria GM/MS nº 1.600/2006, que definem a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde, inclui a Medicina Tradicional Chinesa, a homeopatia, plantas medicinais/fitoterapia, com diretrizes assistenciais e a medicina antroposófica e o termalismo social como observatório de práticas.

Na possibilidade de inclusão de novas práticas, a PNPIC tem na terapia comunitária um de seus projetos especiais.

9.4.2 POLÍTICA NACIONAL DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS (PNPMF)

A PNPMF, de caráter interministerial, foi aprovada em 22 de junho de 2006 por meio do Decreto nº 5.813 (Brasil, 2006b) e define diretrizes para toda a cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos.

O objetivo geral da PNPMF é garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional.

As diretrizes da PNPMF abordam toda a cadeia produtiva: regulamentação, recursos humanos, pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação, informação e comunicação, serviço no SUS, cultivo e manejo de plantas medicinais e produção e comercialização de plantas medicinais e fitoterápicos, e suas ações, prazos, ministérios gestores e envolvidos e recursos estão definidos no Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Brasil, 2008b).

9.4.3 AS PICS E O PROCESSO DE TRABALHO NO NASF

De acordo com a proposta do Nasf, a equipe de profissionais deverá atuar em parceria com os profissionais das respectivas equipes de Saúde da Família, nos territórios sob responsabilidade dessas últimas, compartilhando suas práticas em saúde com todos os níveis de atenção e promovendo assim a integralidade na Estratégia.

Destacamos como principais ações do Nasf:

- Realizar mapeamento dos saberes populares existentes nos territórios, com a participação de todos os sujeitos envolvidos;

- Identificar profissionais e/ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho educativo em Práticas Integrativas e Complementares, em conjunto com as ESF;

- Realizar planejamento participativo a partir do mapeamento de tais saberes, de forma a contemplar a inclusão das práticas identificadas como complemento da construção do cuidado pela equipe multiprofissional;

- Construir fluxos que potencializem a interação dessas práticas com aquelas já ofertadas pelas redes locais de saúde;

- Veicular informações que visem a divulgação das práticas junto aos profissionais e gestores e população com foco na promoção da saúde, prevenção de agravos e estímulo ao resgate do cidadão e autocuidado;

- Incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertinência social nas comunidades, por meio das ações individuais e coletivas referentes às Práticas Integrativas e Complementares;

- Proporcionar Educação Permanente em Práticas Integrativas e Complementares, juntamente com as ESF e o controle social, sob a forma da coparticipação, acompanhamento supervisionado, discutindo casos e empregando as demais metodologias da aprendizagem em serviço;

- Articular ações, de forma integrada às ESF, sobre o conjunto de prioridades locais em saúde que incluam os diversos setores da administração pública;

- Contribuir para a ampliação e a valorização da utilização dos espaços públicos de convivência, como proposta de inclusão social e combate à violência;

- Integrar-se à articulação universidade–serviço–comunidade como forma de potencializar as dimensões da integralidade e da interdisciplinaridade no olhar dos profissionais;

- Apoiar a capacitação de profissionais das ESF, para atuarem como facilitadores/monitores no processo de divulgação e educação em saúde referente às Práticas Integrativas e Complementares;

- Promover ações ligadas às Práticas Integrativas e Complementares junto aos demais equipamentos públicos presentes no território – escolas, creches etc;

- Desenvolver ações individuais e coletivas relativas às Práticas Integrativas e Complementares;

- Realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional;

- Valorizar a atuação do agente comunitário de saúde como agente intercultural e promotor da saúde.

O profissional do Nasf, devidamente capacitado, de acordo com seu âmbito de atuação, deverá estar habilitado em órgão competente.

Toda a equipe deve receber orientações sobre as PICs, a fim de facilitar a integração e melhorar a adesão ao tratamento.

A definição das ações no Nasf deve estar de acordo com a necessidade de saúde da população atendida, habilidade do profissional e com as pactuações com as equipes de saúde.

Resumindo, os profissionais do Nasf deverão fomentar a implementação dessas práticas na Estratégia de Saúde da Família mediante:

- Sensibilização por meio de divulgação de informação das PICs no SUS;
- Apoio matricial em todas as áreas pertinentes , mediante ações interativas e sistematizadas;
- Incentivo a estudos de caso e ações conjuntas (foco nas equipes);
- Educação permanente, informação e comunicação (foco na população);

- Apoio para a implantação dos serviços e programas municipais das PICs (foco na gestão municipal);
- Estímulo à implantação das PICs pelas Equipe de SF;
- Estímulo a projetos de pesquisa em serviço voltados às PICs;
- Atendimento individual, quando necessário.

LEITURAS RECOMENDADAS

TEMA	AUTORES
Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares	BRASIL, 2006
Medicina Homeopática	EIZAYAGA, 1992
Terapias Alternativas	LUZ, 1996

10 PRÁTICAS CORPORAIS E ATIVIDADE FÍSICA NO NASF

10.1 INTRODUÇÃO

Na década de 90, o Ministério da Saúde dedicou especial atenção ao debate acerca da promoção da saúde, institucionalizando a discussão e arrolando algumas experiências nacionais neste campo, que foram sistematizadas e discutidas no Grupo de Trabalho Esporte, Lazer e Saúde, composto por representantes da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, do Ministério do Esporte, do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, pesquisadores da área e coordenadores de projetos de atividade física e lazer. Alguns equipamentos foram, então, implantados em Recife e Campinas, com o objetivo de contemplar elementos constitutivos das elaborações conceituais e operacionais necessários à constituição e implementação de uma política pública.

Em março de 2006, foi lançada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), com sete eixos temáticos de atuação, entre os quais, as práticas corporais/atividade física.

A inserção das práticas corporais/atividade física (PCAF) ocorreu no decurso histórico do processo de construção da PNPS, em especial como enfrentamento da prevalência ascendente das doenças do aparelho circulatório como principal causa da morbimortalidade, sustentada por estudos e recomendações internacionais, como o documento Estratégia Mundial sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, produzido pela Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde em 2003, com base em evidências científicas dos benefícios desses dois fatores de proteção frente às doenças do aparelho circulatório.

As PCAF devem ser compreendidas na perspectiva da reflexão sobre as práticas de saúde em geral e também do fortalecimento do controle social, corresponsabilidade social, construção de redes de cuidado integral, integralidade e transversalidade das políticas de saúde e acesso aos serviços e tecnologias em saúde e direito ao lazer.

Assim, no contexto do SUS, entendendo a produção da saúde como resultante dos determinantes e condicionantes sociais da vida, é que o eixo temático das PCAF, nos termos previstos na PNPS, se ressignifica, vislumbrando novas possibilidades de organização e de manifestação.

Nesse sentido, destaca-se como essencial para a atuação do profissional de saúde o reconhecimento da promoção da saúde como construção gerada nessa dinâmica de produção da vida, assumindo, dessa maneira, múltiplos conceitos em sua definição, por exemplo, prevenção e humanização da saúde, com diferentes formatos em sua execução, podendo se apresentar como política transversal ou articuladora, dentro de uma matriz de princípios norteadores das práticas de saúde local. Assim, enfatizando a promoção da saúde, a PCAF deve ser construída a partir de componentes culturais, históricos, políticos, econômicos e sociais de determinada localidade, de forma articulada ao espaço–território

onde se materializam as ações de saúde, cabendo ao profissional de saúde a leitura abrangente do contexto onde irá atuar profissionalmente e como ator social.

Em termos específicos das PCAF, deve ser considerada a ampliação do olhar sobre a existência ou não de espaços públicos de lazer ou da quantidade de grupos presentes, para abranger também as ações organizadas dentro das próprias unidades de Saúde da Família. O trabalho com grupos deve proporcionar a compreensão processual do significado do lazer para as comunidades e de como as pessoas identificam e se relacionam com os espaços de lazer existentes; reconhecendo que a construção da identidade com o espaço de lazer é um fato social, cuja compreensão permitirá identificar as relações determinantes que os sujeitos estabelecem com as PCAF que já realizam e que venham a realizar.

Nesse contexto, a assimetria entre o conhecimento sistematizado das PCAF e a realidade local pode ser evidenciada, por exemplo, quando as atividades não obtêm a aderência da comunidade; quando é escolhido um espaço que é identificado coletivamente como de segregação social; quando é privilegiada determinada faixa etária em detrimento das demais, que constituem maioria; quando se elege, unilateralmente, conteúdos e formatos veiculados pela grande mídia, esquecendo que pode haver na comunidade manifestações culturais que envolvem danças, artes cênicas, jogos esportivos e populares e até brincadeiras que foram construídas ou adaptadas pela comunidade.

Dessa forma, pode-se dizer que o conhecimento sobre o território e a valorização da construção local relativa às PCAF constituem princípios da atuação dos profissionais do Nasf, conjuntamente com os demais profissionais da equipe de Saúde da Família (equipe de SF).

10.2 PCAF: ASPECTOS CONCEITUAIS

Cientificamente definida como qualquer movimento produzido pela musculatura esquelética que produza gasto enérgico acima do normal, a atividade física, principalmente na saúde, é costumeiramente difundida e compreendida como sinônimo de movimento. Mover-se, de preferência 30 minutos por dia em cinco ou mais dias da semana, é uma recomendação quase universalmente preconizada pelas organizações de saúde e centros nacionais e internacionais de pesquisas no campo da aptidão física.

De fato, não cabem dúvidas sobre os benefícios da atividade física contínua para a circulação, redução do mau colesterol, redução do estresse, prevenção das doenças do aparelho circulatório, melhora do sono e muitas outras coisas. No entanto, apenas uma dimensão do ser humano está em destaque nessa abordagem: a fisiológica. As demais dimensões, como a sociológica e a psicológica, são secundarizadas ou mesmo esquecidas.

Se é correta a noção de que atividade física equivale a movimento, por outro lado, o foco do conhecimento a ser propagado é o da percepção para além do que é apenas um corpo correndo, pulando ou sendo biometricamente avaliado. O corpo

com o qual se irá necessariamente interagir nas PCAF é o corpo cultural, repleto de símbolos e signos, que o torna único ao mesmo tempo em que lhe inclui na identidade de um determinado grupo ou coletivo social, como muito bem define a Antropologia, que afirma não existir natureza humana independentemente da cultura.

10.3 RESPONSABILIDADES PROFISSIONAIS NAS PCAF

É da interação com a cultura que advém a importância de se construir conceitos e compreensões de saúde, promoção da saúde e PCAF a partir das experiências apresentadas e/ou construídas pela população referenciada a um território. Nesse sentido recomenda-se que o profissional de Educação Física favoreça em seu trabalho a abordagem da diversidade das manifestações da cultura corporal presentes localmente e as que são difundidas nacionalmente, procurando fugir do aprisionamento técnico-pedagógico dos conteúdos clássicos da Educação Física, seja no campo do esporte, das ginásticas e danças, bem como na ênfase à prática de exercícios físicos atrelados à avaliação antropométrica e à performance humana.

Para tanto, torna-se fundamental a participação dos demais profissionais do Nasf e das equipes de Saúde da Família na construção de grupos para desenvolvimento de atividades coletivas que envolvam jogos populares e esportivos, jogos de salão (xadrez, dama, dominó), dança folclórica ou a "que está na moda", brincadeiras, entre outros, contextualizada num processo de formação crítica do sujeito, da família ou pessoas de referência dele e da comunidade como um todo.

Problematizando conceitualmente a questão: a concepção biológica de corpo parece não ser suficiente para responder às questões oriundas dos elementos determinantes da saúde expressos no artigo 3º da Lei Orgânica da Saúde no 8080/90, pois apenas uma dimensão da natureza humana é enfatizada. De forma mais ampla, o campo de saber da Educação Física é constituído de conteúdos da cultura corporal ou cultura de movimento e dos conhecimentos sistematizados nos campos do esporte e aptidão física, da história, da antropologia, da sociologia, da educação e da saúde.

Surgem assim dois princípios norteadores da atuação do profissional: a compreensão e contextualização histórica dos fenômenos, conceitos e determinações que envolvem a prática de atividade física na contemporaneidade, de forma a vislumbrar concepções hegemônicas de corpo, massificadas pela grande mídia, como as problemáticas relativas a gênero, de etnia, do trabalhador e aos ciclos de vida, acesso e prática de esportes, à transformação do lazer em mercadoria para o consumo, entre outros; todas imbricadas nas relações sociais.

Recomenda-se que no exercício de abordar esses conhecimentos nas práticas de saúde no SUS levem-se em conta situações favoráveis como a universalização do acesso aos serviços de saúde, a proximidade dos profissionais das equipes de Saúde da Família dos sujeitos circunscritos a sua área, os grupos de caminhada organizados nas unidades de saúde, a identificação da comunidade e de seus espa-

ços para a prática de atividades físicas e de lazer e a existência de programas locais de PCAF. Há que se considerar também algumas situações desfavoráveis, como a urbanização exacerbada e o desaparecimento de espaços públicos de lazer; as dificuldades de acesso às praças, aos parques ou aos centros comunitários, seja pela ausência de tempo, recurso financeiro, limitações motoras. seja até mesmo pela violência; a culpabilização do sujeito no discurso da adoção de hábitos saudáveis; o aumento da morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório; a atividade física como simples oposição ao sedentarismo, e esse último explicado fora do contexto do modo de produção capitalista e da consequente reorganização do processo produtivo.

O SUS trouxe entre seus princípios a prática do controle social, aliás, um dos seus componentes mais importantes e inovadores. Assim, a participação efetiva da população nas decisões no campo da saúde pública, seja nos conselhos locais, distritais e de unidades, seja nas conferências de saúde, possibilita a organização de vários grupos comunitários interagindo com as temáticas relativas à sua realidade, como um grupo de idosos discutindo as nuances da saúde das pessoas acima de 60 anos; grupos de pessoas com deficiência discutindo o acesso às unidades de saúde; e mulheres debatendo sobre sua saúde e a saúde da criança.

Esse formato de participação é relevante para atuação do profissional pelo aspecto do acúmulo da comunidade ou de grupos sobre o funcionamento dos serviços, suas limitações e vantagens, bem como pela possibilidade de serem definidas e pactuadas atividades que expressem as necessidades e desejos da comunidade em relação às PCAF, evitando assim a imposição de ações por parte do profissional e a falta de identificação por parte dos sujeitos com as atividades propostas.

Portanto, o planejamento participativo, apesar de conter aspectos de difícil controle em sua materialização, é uma estratégia agregadora e fortalecedora de laços entre o profissional e a comunidade, fundamental para o sucesso de qualquer atividade.

A partir dessas reflexões, outro princípio desponta como orientador da prática dos profissionais de que compõe o Nasf: o envolvimento dos sujeitos na indicação das atividades e na construção de estratégias de desenvolvimento delas.

Recomenda-se a construção de atividades e possibilidades a partir das necessidades e contribuição coletivas referentes aos que serão beneficiados, em detrimento da imposição de modelos.

Por fim, trabalhar as PCAF na Saúde da Família implicará, para o profissional, manter diálogos intersetoriais permanentes para ampliar seu campo de atuação e reconhecer o quão caleidoscópicas são as práticas de saúde e quais as dimensões que precisam ser integradas e priorizadas em sua produção.

10.4 AS PCAF E OS PROCESSOS DE TRABALHO NO NASF

A construção local das intervenções no âmbito das PCAF deve favorecer diálogos inter e intrassetoriais, reconhecendo as várias possibilidades de intervenções como um constructo amplo, impossível de serem resumidas em manuais. Aqui, a tentativa é de contribuir para visualização de caminhos iniciais, que, dentro da complexidade do SUS, poderão se transformar em pontos de partida, chegada ou intermediários do processo de atuação do profissional de Educação Física nos Nasf.

- Diretrizes

Traçar diretrizes para atuação de profissionais em determinada área significa definir se já existem campos que devam ser identificados e ações que devam ser desenvolvidas como representação do espaço e da atuação do profissional, bem como implica o reforço da aproximação do trabalho desejado e dos resultados esperados com as demandas e problemáticas da área de atuação.

No caso da área de saúde e do trabalho no território, algumas diretrizes são gerais, com desdobramentos nos três âmbitos de gestão, Federal, Estadual e Municipal, além de devidamente pactuadas de forma conjunta.

Podem, assim, ser apontadas algumas diretrizes para atuação em PCAF, de forma a ampliar tal prática e fazê-la compreensível a todos profissionais do Nasf e das equipes de Saúde da Família. Elas são baseadas nos princípios do SUS, na Política Nacional de Promoção da Saúde, bem como na experiência de diversos programas de promoção da saúde nesse campo, em desenvolvimento no Brasil com endosso do Ministério da Saúde.

A partir das explanações, pode-se delinear um detalhamento das diretrizes para as PCAF nos Nasf, juntamente com os termos previstos na Portaria de criação deles. As diretrizes apresentadas não devem ser interpretadas, entretanto, como específicas do profissional de Educação Física, mas sim como resultado da interação com todos os profissionais na sua interface com essa área estratégica. Elas serão apresentadas no quadro a seguir.

PCAF: Diretrizes para atuação profissional

1. Fortalecer e promover o direito constitucional ao lazer;
2. Desenvolver ações que promovam a inclusão social e que tenham a intergeracionalidade, a integralidade do sujeito, o cuidado integral e a abrangência dos ciclos da vida como princípios de organização e fomento das praticas corporais/atividade física;
3. Desenvolver junto à equipe de SF ações intersetoriais pautadas nas demandas da comunidade;

continua...

continuação

4. Favorecer o trabalho interdisciplinar amplo e coletivo como expressão da apropriação conjunta dos instrumentos, espaços e aspectos estruturantes da produção da saúde e como estratégia de solução de problemas, reforçando os pressupostos do apoio matricial;
5. Favorecer no processo de trabalho em equipe a organização das práticas de saúde na APS, na perspectiva da prevenção, promoção, tratamento e reabilitação;
6. Divulgar informações que possam contribuir para adoção de modos de vida saudáveis por parte da comunidade;
7. Desenvolver ações de educação em saúde reconhecendo o protagonismo dos sujeitos na produção e apreensão do conhecimento e da importância desse último como ferramenta para produção da vida;
8. Valorizar a produção cultural local como expressão da identidade comunitária e reafirmação do direito e possibilidade de criação de novas formas de expressão e resistência sociais;
9. Primar por intervenções que favoreçam a coletividade mais que os indivíduos sem excluir a abordagem individual;
10. Conhecer o território na perspectiva de suas nuances sociopolíticas e dos equipamentos que possam ser potencialmente trabalhados para o fomento das praticas corporais/ atividade física;
11. Construir e participar do acompanhamento e avaliação dos resultados das intervenções;
12. Fortalecer o controle social na saúde e a organização comunitária como princípios de participação políticas nas decisões afetas a comunidade ou população local.

- Processos de trabalho e estratégias do Nasf

Para iniciar esta discussão, como já relatado na introdução deste Caderno, o processo de trabalho dos profissionais do Nasf deve ser desenvolvido por meio do apoio matricial, com a criação de espaços coletivos de discussões e planejamento. Organizando e estruturando espaços de: (a) ações clínicas compartilhadas; (b) intervenções específicas do profissional do Nasf com os usuários e/ou famílias; (c) ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade. Utilizando ferramentas tecnológicas, das quais são exemplos: o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território (PST), Apoio Matricial, a Clínica Ampliada e a Pactuação de Apoio.

Os profissionais do Nasf devem trabalhar integrados entre si e com as equipes de SF. Nesse sentido, a criação de um campo de convergência dos conhecimentos

trabalhados favorecendo o diálogo entre os elementos comuns de cada área é importante para construção e compartilhamento do processo de trabalho; bem como o é o compromisso coletivo de reconhecer e valorizar as especificidades de cada área que compõe o Nasf.

Torna-se preciso, assim, apontar eixos norteadores da intervenção dos profissionais no processo de trabalho no Nasf, com base nas questões suscitadas no início deste capítulo, referentes às nuances do território e especificidades das práticas corporais/atividades físicas na atualidade e no contexto da saúde.

Para tanto, a pergunta guia inicial é: como desenvolver o trabalho?

A resposta deve ser construída e ajustada entre as equipe do Nasf e as equipes de Saúde da Família. As ações devem fazer parte de uma agenda predeterminada, bem como podem ser construídas em reuniões, oficinas ou nas visitas de rotina às equipes de Saúde da Família do território de atuação.

Para programação das ações, devem ser conhecidos os indicadores de morbimortalidade do território, dificuldades, facilidades de atuação da equipe de Saúde da Família, ações desenvolvidas na comunidade e, só após esse processo de apropriação de território, programar as atividades com as equipes de SF.

O profissional deve apoiar os grupos já existentes na unidade e na comunidade como o de caminhada, dança ou ginástica e procurar também informações sobre outras iniciativas nesse âmbito.

Nesse processo, destacam-se duas diretrizes. A primeira é que trabalhar na perspectiva da promoção da saúde implica o fomento de práticas que venham favorecer a saúde do usuário, ou seja, em momento anterior ao da prevenção de doenças. Promover significa fomentar, desenvolver algo que possibilite a escolha, a autonomia e a corresponsabilidade dos sujeitos envolvidos na construção coletiva de modos de viver melhor. Já a prevenção caracteriza-se por impedir que algo aconteça, não importando o momento.

A segunda diretriz parte do pressuposto de que as práticas físicas, como correr, saltar e caminhar, sistematizadas pela Educação Física, compõem o conjunto de conteúdos a serem ensinados na escola. Porém, o ambiente de atuação do profissional de Educação Física no Nasf transcende esse espaço, requerendo ampliação e diversidades de abordagens que deem conta das questões e demandas colocadas no território.

Com efeito, as pessoas caminham, correm e saltam no seu dia a dia. Esses movimentos foram construídos historicamente e fora da Educação Física escolar e do treinamento desportivo, ou seja, não são sistematizados, não se constituindo como exclusividade de determinada ciência ou profissão. Andar até a padaria não é Educação Física, mas é atividade física. A qualificação desse ato na abordagem da saúde deve primar pela simplicidade da ação e, sobretudo, pela difusão de informações e instrumentalização dos sujeitos para que estes pratiquem mais atividade física com segurança, indepen-

dentemente do acompanhamento de um profissional de saúde. Não há aprendizagem significativa quando o conhecimento fica concentrado na mão do profissional.

Uma segunda questão pode ser agora colocada: para quem fazer?

A definição do público de determinado projeto dependerá de vários fatores, entre eles a estrutura e funcionamento definidos para o Nasf; a demanda da comunidade inspirada em experiência local ou no desejo coletivo construído pela difusão de informações sobre os benefícios da atividade física; a demanda identificada a partir da análise de situação de saúde e as possibilidades concretas de trabalho, como o tempo destinado às intervenções, acesso aos instrumentos e espaços de planejamento e a coparticipação das equipes de Saúde da Família no desenvolvimento de ações.

A análise de situação de saúde anteriormente proposta pode se constituir um excelente momento de reflexão, que ajudará na definição do público prioritário inicial. Nesse momento, é importante que o profissional tenha determinados cuidados para evitar a eleição de critérios de prioridades que reforcem a exclusão de faixas etárias e grupos populacionais, como homens e trabalhadores que são pouco focados em programas dessa natureza desenvolvidos nos serviços de saúde. É preciso também fugir da determinação de que o usuário esteja doente para participar da atividade. Exemplificando, não seria recomendável que o público-alvo seja restrito aos idosos e, como se não bastasse, que estes sofressem de alguma doença crônica, como hipertensão ou diabetes, para participar do programa ou outra forma de intervenção proposta.

Recomenda-se, portanto, que as atividades devem ser organizadas de forma a favorecer o maior número de pessoas, além de serem realizadas em espaços de fácil acesso e, sobretudo, atrativas para todas as faixas etárias. Daí a importância de não associar as intervenções aos espaços de saúde, mas sim ampliá-las para os vários espaços que exprimam identidade para pessoas de várias idades, como um clube comunitário, uma praça.

Definido o público-alvo, é de fundamental importância considerar o tempo de atuação nas áreas definidas para prever o apoio a quantos grupos ou em quantos lugares é possível desenvolver a intervenção. Por isso é importante que seja feito na etapa inicial o mapeamento dos espaços utilizados ou potencialmente utilizáveis para realizar atividade física. Isso pode facilitar a identificação de um local ideal para concentração maior de usuários.

Intervenções como a avaliação física e a prescrição de exercícios devem ser distribuídas de modo a não comprometer as demais atividades, não promover fila de espera e nem reter o profissional na sala da UBS ou de outro espaço escolhido na maior parte do tempo.

A diversidade de atividades e a forma de desenvolvê-las constituem estratégias importantes para atingir várias faixas etárias. De jogos populares à ginástica, o profissional deve ter em mente que sua atuação está destinada a todo o ciclo da vida, o que exige o exercício de pensar as PCAF a partir da realidade social das crianças, jovens, adultos e idosos do território.

Outras questões se impõem no planejamento das PCAF, por exemplo: como mobilizar crianças e jovens para a prática de atividade física? Por que os homens não gostam de dançar? Por que as mulheres adultas preferem a ginástica?

Provavelmente, essas questões estarão no elenco de perguntas que o profissional fará à comunidade e a si mesmo. Uma recomendação deve ser feita vinculada à participação da comunidade na construção dos materiais que possam ser úteis na realização das atividades. Com efeito, as atividades físicas são susceptíveis à adoção de produtos veiculados pela grande mídia como ideais e necessários para a prática de exercícios. Isso deve ser evitado pelo profissional, sob pena de onerar os usuários, de construir necessidades irreais e de enfatizar a especificidade de determinados equipamentos numa proposta de intervenção que busca amplitude de vivências e possibilidades de práticas físicas.

Surgem, assim, alguns bons exemplos para evitar tal forma de consumismo: o uso de cabos de vassouras, de pesos feitos com garrafas pet e o uso de borracha de látex para fazer exercícios. O profissional pode planejar oficinas com a equipe de SF e a comunidade para ensinar a construir esses materiais.

A observação destaca que em muitas situações a atividade desenvolvida pelo profissional se constituirá numa primeira oportunidade para o sujeito experimentar seus limites e possibilidades corporais fora da dinâmica diária de trabalho, do estudo ou até de condições mais complicadas, no caso, por exemplo, do usuário que estava acamado, exigindo do profissional uma sensibilidade para perceber essa condição individual imbricada na intervenção coletiva. Para tanto, as atividades desenvolvidas deverão ser flexíveis o suficiente para garantir a participação de todos.

O Nasf favorece a interlocução de conhecimentos e experiências que podem ajudar na realização do trabalho de toda a equipe. A discussão de casos junto com as equipes de Saúde da Família, a construção de projetos terapêuticos singular para o usuário envolvendo a família ou pessoas de sua referência podem ser atuações cotidianas no processo de trabalho que deverão auxiliar o profissional de Educação Física na sua atuação.

- **Ação intersetorial**

Em termos da desejável intersetorialidade, o reconhecimento do território deve favorecer a identificação e aproximação dos profissionais com as escolas. A capilaridade do setor educacional pode favorecer a organização do trabalho em PCAF. Há também vários programas federais de atividade física que possuem como foco os escolares, como o Segundo Tempo e o Esporte e Lazer da Cidade, ambos do Ministério do Esporte, além dos programas Saúde na Escola (PSE) e o Saúde e Prevenção nas Escolas, desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, e o Escola Aberta, do Ministério da Educação. Todos esses programas demandam ações relativas à prática da atividade física. Identificar sua existência é importante para evitar a sobreposição de ações, com comprometimento da efetividade, bem como oferecer e ampliar o leque de opções para o profissional instrumentalizar os usuários e otimizar seu trabalho.

Por fim, nesse movimento de trabalho intersetorial, é possível conhecer a existência de organizações formais ou não que se constituem em espaços importantes de ajuda no desenvolvimento e sustentabilidade da intervenção proposta, como os comitês da mortalidade infantil e materna, da prevenção das violências, da criança e do adolescente, do meio ambiente, entre outros.

10.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente capítulo pode ser definido como instrumento propositivo para subsidiar reflexões e as ações que serão construídas pela equipe de saúde do Nasf junto às equipes de Saúde da Família.

Os exemplos e as diretrizes aqui apontadas são fruto de experiências que estão sendo desenvolvidas no Brasil e que o Ministério da Saúde está acompanhando. A diversidade de possibilidades é, acima de tudo, um aspecto positivo que reforça a ideia do território em saúde como elemento vivo e multidimensional, que deve ser captado e compreendido em todas suas nuances.

Os programas em curso compartilham e devem continuar compartilhando a perspectiva da promoção da saúde, de forma que a prevenção, o tratamento e a reabilitação devem se dar de forma sempre articulada com as demais políticas.

O profissional de Educação Física precisa ter clara sua concepção de ser humano a nortear sua atuação, bem como defendê-la como princípio orientador do planejamento, da avaliação e das proposições. Assim, frente à conjuntura atual do mundo, onde se recrudescem as diferenças sociais e econômicas, e do País, onde o sistema de saúde se propõe como único, além de universal, integral, equitativo e participativo, a atuação profissional, orientada pela construção e pelo fortalecimento da autonomia do sujeito, parece ser mais próxima do objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas.

O desafio, assim, não é só de materializar práticas, mas sim de ressignificá-las, levando em conta os contextos e os determinantes e condicionantes sociais da produção da vida. Para tanto, é importante reconhecer que esta não é uma tarefa exclusiva da saúde nem de alguns poucos profissionais. É um desafio coletivo que implica a valorização dos diversos saberes numa integração que se propõe perene e imbricada na realidade que quer transformar.

LEITURAS RECOMENDADAS

TEMA	AUTORES
Política Nacional de Promoção da Saúde	BRASIL, 2006
O Cuidado e os Modos de Ser	AYRES, 2004
Atividade Física para a Promoção da Saúde	CASPERSEN, 2001
Educação Física: Conhecimento e Especificidade	SOARES, 1996

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ana Paula Florenzano de Almeida. *Do corpo que lamenta ao corpo que grita: análise de uma proposta de atendimento a mulheres com dor crônica*. 2008. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Jeneiro, 2008.

ALMEIDA, Anna Paula Florenzano de; SOUSA, Edinilsa Ramos de; FORTES, S.; Minayo, SOUSA, Maria Cecília de Sousa. Dor crônica e violência doméstica: estudo qualitativo com mulheres que frequentam um serviço especializado de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 8, p. 83, 2008.

ANDRADE, L. O. M. et al. Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. *Sanare*: Revista Sobralense de Políticas Públicas, Sobral, ano 5, n. 1, 2004.

ANDRADE, L. O. M. SUS *passo a passo*: normas, gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec; Sobral: UVA, 2001.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; FONSECA, C. D. A Estratégia Saúde da Família. In. DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. *Medicina ambulatorial*: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ANDRADE, L. O. M.; MARTINS JUNIOR, T. Saúde da família: construindo um novo modelo Programa Saúde da Família em Sobral. *Sanare*: Revista Sobralense de Políticas Públicas, Sobral, v. 1, n. 1, out./dez. 1999.

ANDRADE, Laura Helena S. G. De Andrade,; VIANA, Maria Carmen; Viana, SILVEIRA Camila Magalhães. Silveira Epidemiologia dos Transtornos Psiquiátricos Na Mulher. *Rev. Psiq. Clín*. São Paulo, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006.

ARACAJU. Secretaria Municipal de Saúde. *Integração saúde mental na Atenção Básica*. Aracajú, 2003.

ARACAJU. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolos do Serviço Social em Unidades de Saúde da Família*. Aracaju, 2003. Mimeografado.

ARAÚJO, Tânia Maria de Araújo et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. Rev. Bras. *Saúde Matern. Infant*., Recife, v. 5, n. 3, p. 337-348, jul. / set. 2005.

ARAYA R., Rojas G., Fritsch R., Acuña J., Lewis Get all. Common Mental Disorders in Santiago, Chile: Prevalence and Socio-Demographic Correlates. *Br J Psychiatry*, [S.l], v. 178, p. 228-33, 2001.

ARAYA, R. et al. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *British Journal of Psychiatry*, London, v. 178, n. 3, p. 228-233, 2001.

ASSIS, M. M. A.; KANTORSKI, L.; TAVARES, J. L. Participação social: um espaço em construção para a conquista da cidadania. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 48, n. 4, out./dez. 1995.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. Texto Revisado.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde*: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-140.

AYRES, José Ricardo de C. M. *O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde*. Revista Saúde e Sociedade, v. 13, n. 3, p. 16-29, set-dez 2004.

AZEVEDO, Kátia Rosa; ARRAIS, Alessandra da Rocha Arrais. O Mito da Mãe Exclusiva e seu Impacto na Depressão Pós-Parto. *Psicologia*: Reflexão e Crítica, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 269-276, 2006.

BAREMBLITT, G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes*: teorias e práticas. 2. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.

BARROCO, M. L. S. *Ética e serviço social*: fundamentos ontológicos. São Paulo: Cortez, 2001.

BASS, J. et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: 6- month outcomes: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, [S.l.], v. 188, p. 567-573, 2006.

BASTOS, K. R. P. O serviço social diante das novas demandas: questões sobre instrumentalidade e objeto de intervenção. *Revista Fragmentos da Cultura*, Goiânia, v. 14, 2004.

BATISTA FILHO, M. et al. Anemia e obesidade: um paradoxo da transição nutricional brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p.247-257, 2008. Suplemento 2.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, p. 181-191, 2003. Suplemento 1.

BOLTON, P. et al. Group Interpersonal Psychotherapy for Depression in Rural Uganda. *Journal of the American Medical Association*, [S.l.], v. 289, p. 3117-3124, 2003.

BONETTI, D. A. et al. *Serviço social e ética*: convite a uma práxis. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

BOURGET, I. M. M. M. (Org.) *Estratégia Saúde da Família*: a experiência da equipe de reabilitação. São Paulo: Martinari, 2008.

BOWER, P. Collaborative care for depression in primary care: making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *British Journal of Psychiatry*, London, v. 189, n. 6, p. 484-493, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a política nacional de Assistência Farmacêutica, estabelecida com base nos princípios constantes no anexo desta portaria. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio 2004.

_____. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) com vistas em assegurar o direto humano à alimentação adequada e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 set. 2006.

_____. 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. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Agenda de Compromisso para a Saúde da Criança e redução da mortalidade infantil*. Brasília, 2005. 80p.

_____. Ministério da Saúde. *Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica*: matrix pedagógica para formação de redes. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica*: matrix pedagógica para formação de redes. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Clínica Ampliada*: equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Credencia municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, para receber o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-Nasf. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jan. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 jan. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 678, de 30 de março de 2006. Institui a Estratégia Nacional de Avaliação, Monitoramento, Supervisão e Apoio técnico aos Centros de Atenção Psicossocial e outros serviços da rede pública de saúde mental do SUS. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 mar. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 maio 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 jun. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 1.065, de 4 de julho de 2005. Credencia municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, para receber o incentivo financeiro ao Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família (NAISF). *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 jul. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 1.107, de 4 de junho de 2008. Credencia municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, para receber o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-Nasf. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 jun. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 1.150, de 9 de junho de 2008. Credencia municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, para receber o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-Nasf. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 jun. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.616, de 6 de agosto de 2008. Credencia municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, para receber o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-Nasf. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 ago. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.869, de 4 de setembro de 2008. Altera o Anexo II da Portaria nº 2.577/GM, de 27 de outubro de 2006, que aprova o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 set. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.577, de 27 de outubro de 2006. Aprova o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 out. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.237, de 24 de dezembro de 2007. Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 dez. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 1998.

_____. Ministério da Saúde. *Guia Alimentar para a população brasileira*: promovendo a alimentação saudável. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

_____. Ministério da Saúde. *Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009".

_____. Ministério da Saúde. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde*. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. *Plano de Enfrentamento da Epidemia da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST*, Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_feminizacao_final.pdf>

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral de Saúde de Adolescentes e Jovens*. Brasília, 2007. Documento disponível na Área Técnica de Saúde de Adolescentes e Jovens – ASAJ.

_____. Ministério da Saúde. *Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência*. Brasília, 2005. 46p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jun. 1999.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde Integral de Adolescentes e Jovens*: Orientações para a Organização de Serviços de Saúde, Brasília, 2007, 43p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência*. 2. ed. atual. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência*. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília, 2008. Versão preliminar.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Vigilância em Saúde*. Brasília, 2008. (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e Projeto Terapêutico Singular*. 2. ed. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. *Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*. Brasília, 2006. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. *Assistência Farmacêutica na Atenção Básica*: instruções técnicas para sua organização. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. *Planejar é preciso*: uma proposta de método para aplicação à Assistência Farmacêutica. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Promoção da Saúde. 2. ed. Brasília, 2007. 52p. (Série B. Textos Básicos de Saúde); (Série Pactos pela Saúde 2006; v.7).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2006*: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. Brasília, DF: [s.n.], 2006. 60 p. (Série B Textos Básicos de Saúde). ISBN-85-334-1198-7.

_____. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Guia Metodológico de Avaliação e Definição de Indicadores*. Doenças Crônicas não Transmissíveis e Rede CARMEN. Brasília, Ministério da Saúde, 2007. 233 p.

_____. *VIGITEL*: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre a frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2006. Brasília, DF: [s.n.], 92 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, DF: [s.n.], 2006. 76 p. (Série A. Normas e anuais Técnicos) ISBN-85-334-0960-5.

_____. Portaria Interministerial nº 2.960. Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 dez.

_____. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4. ed. Brasília, 2007. 68p. (Série E. Legislação de Saúde); (Série Pactos pela Saúde 2006, v.4).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mental no SUS*: os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mental no SUS:* Relatório de gestão 2003-2006. Brasília, 2006.

BRAVO, M. I. S. *Serviço social e reforma sanitária*: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez. UFRJ, 1996.

BRAVO, M. I. S.; SOUZA, R. Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional. *Ser Social*, n. 10, p. 57-92, 2002.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

_____. *Saúde pública e saúde coletiva*: campo e núcleo de saberes e práticas. Campinas: UNICAMP, 2000. No prelo.

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

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

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*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Revista de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.) *Manual de práticas da atenção básica*: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008.

CAMPOS. G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

CANÇADO, J. *DO-IN livro dos primeiros socorros*. São Paulo: Ground, 1976.

CARVALHO, S. R. Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança. *Saúde em Debate, n. 163. São Paulo*: Hucitec, 2005. 183p.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec: Fiocruz, 2006. v. 170

CARVALHO, Yara Maria, FREITAS, Fabiana Fernandes de. Atividade física, saúde e comunidade. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 489-506, 2006.

CASPERSEN, J. C. Physical activity epidemiology concepts methods and applications to exercise science. In: RIBEIRO, Marcos Ausenka, ANDRADE, Douglas Roque, et al. Nível de conhecimento sobre atividade física para a promoção da saúde de estudantes de Educação física. *Revista Brasileira Ciência e Movimento*, Brasília, v. 9, n. 3, p. 31-37, 2001.

CASTELANI FILHO, Lino. *Educação Física no Brasil:* a história que não se conta. 14. ed. Campinas, SP: Papirus, 1998. 224 p.

CASTRO, Adriana, MALO, Miguel. *SUS*: Ressignificando a Promoção da Saúde.

CEARÁ. Conselho Regional de Serviço Social. *Reflexão sobre práxis profissional e interdisciplinaridade na saúde*. Fortaleza, 2003.

CECILIO, L. (org.). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

CECILIO, L. (org.). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

CHRISTINE, M., SOARES, Jesus, PEREZ, Diana Parra. et al. Physical Activity Interventions Latin America: a systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, Netherlands, v. 34, n. 3, p. 224-233, 2008.

COHEN, A. (Org.). Delivering mental health in primary care. And evidence-based approach. Royal College of General Practitioners. Londres, 2008.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, 1., Brasília, 2005. *Relatório final*: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CONFERÊNCIA NACIONAL SAÚDE MENTAL, 3., 2001, Brasília. *Relatório Final...* Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CORDEIRO, B. C.; LEITE, S. N. (Org.). *O farmacêutico na atenção à saúde*. 2. ed. Santa Catarina: Universidade do Vale do Itajaí, 2008. 286p.

CORREIA, M. V. C. *Que controle social?*: os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 164 p.

COUTINHO, J. G.; CHAVES, P. G.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. 332-340, 2008. Suplemento 2.

CRUZ, Eliane Bezerra da Silva Cruz, SIMÕES, Gláucia Lucena Simões, FAISAL-CURY, Alexandre Faisal-Cury. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*., Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 181-8, 2005.

CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.

DAOLIO, Jocimar. *Da cultura do corpo*. 9. ed. Campinas, SP: Papirus, 1995. 104 p.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (Org). *Avaliação em saúde*: dos modelos conceituais a práticas na implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

EIZAYAGA, F. X. *Tratado de Medicina Homeopática*. 3. ed. Buenos Aires: Ediciones Marecel, 1992. 399 p.

FAZENDA, I. C. A. *Didática e interdisciplinaridade*. Campinas: Papirus, 1998.

_____. *Dicionário em construção*: interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2001.

FORTES, S. *Transtornos Mentais em Unidades de Atenção Primária*: suas Formas de Apresentação, Perfil Nosológico e Fatores Associados em Unidades do Programa de Saúde da Família do Município de Petrópolis. 2004. Tese (Doutorado)– IMS/ UERJ. Rio de Janeiro, 2004.

FORTES, S.; VILLANO, L. A.; LOPES, C. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 32-37, 2008.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia*: saber necessário à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

GALLIAN, D. M. C. A desumanização do comer. Estudos Avançados, São Paulo, v. 21, n. 60, p. 179-184, 2007.

GIFFIN, K.; COSTA, S. H. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: FioCruz, 1999.

GIOSTRI, M. *DO-IN*: uma proposta de incentivo ao autocuidado e humanização dos serviços de saúde. Seminário Nacional de Promoção de Saúde. Itajaí: Univali, 2006.

GOLDBERG, D. P.; HUXLEY, P. *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock, 1992.

GOLDBERG, J. *Clínica da psicose*: um projeto na rede pública. 2. ed. Rio de Janeiro: Te-Corá, 1996.

GOMES, Cristiane Luce. *Lazer, trabalho e educação*: relações históricas, questões contemporâneas. 2. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008. p. 17-81.

GOMES, F. A., PANOBIANCO, M. S.; FERREIRA, C. B.; CARNEIRO, M. C. C. Utilização de grupos na reabilitação de mulheres com câncer de mama. *Rev. Enf. UERJ*., Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 292-295, 2003.

GONÇALVES, D.; KAPCSISNKI, F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1641-1650. Disponível em: <http://www.mentalneurologicalprimarycare.org>. Acesso em: 20 dez. 2008.

HAHNEMANN, S. *Organon da Arte de Curar*. Tradução de Edimea Marturano Villela e Isao C. Soares. Ribeirão Preto: Museu de Homeopatia Abraão Brickmann, 1995.

HENK, A. et al. *Proposta de campo de estágio em S. S. para o Serviço de Saúde Comunitária do GHC*. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2000.

HENK, A. et al. *Reanimando a participação popular no serviço de saúde comunitária*: relatório 2003-2004. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2004.

HENK, A. *Serviço social*: processo de trabalho no contexto da atenção primária à saúde. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2006.

IAMAMOTO, M. V. O Serviço social na contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas. *Revista Debate*, Fortaleza, n. 6, 1997.

_____. *O serviço social na contemporaneidade*: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003*: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro, 2005.

_____. Síntese de indicadores sociais. Rio de Janeiro, 2005. (Estudos e Pesquisa Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 17).

ISAYAMA, Hélder Ferreira; LINHARES, Meily Assbú. (Org.). *Avaliação de políticas e políticas de avaliação*: questões para o esporte e o lazer. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008. p. 179-201.

KENT J.T. *Filosofia Homeopática*. Trad. de Ruth Kelson, São Paulo: Robe Editorial, 1996.

KESSLER, R. C. et al. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry*, London, v. 168, p. 17-30, 1996. Supplement 30.

KIRMAYER, L. J.; ROBBINS, J. M. Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence and socio-demographic characteristic. *The Journal of nervous and mental disease*, Philadelphia, v. 179, n. 11, p. 647-655, 1997.

KOSSAK-ROMANACH, A. *Homeopatia em 1.000 Conceitos*. São Paulo: Ed. Elcid, 2003, 561p.

LANCETTI, A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: LANCETTI, A. (Coord.). *Saúde Loucura*: saúde mental e Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2000.

LEFEVRE, F. A função simbólica dos medicamentos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 17, n. 6, p. 500-503, 1983.

LEITE, S. N.; VASCONSELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 775-82, 2003.

LESSA, I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa de vigilância. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 931-943, 2004.

LESSA, Maria Daniela. *O Processo de Trabalho dos Assistentes Sociais na Estratégia Saúde da Família de Sobral*. (Monografia). Sobral, 2007.

LEVANTAMENTO DOMICILIAR SOBRE O USO DE DROGAS PSICOTRÓPICAS NO BRASIL: ESTUDO ENVOLVENDO AS 108 MAIORES CIDADES DO PAÍS, 2., 2005, Brasília. *Relatório de pesquisa*... Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LEVANTAMENTO NACIONAL SOBRE OS PADRÕES DE CONSUMO DE ÁLCOOL NA POPULAÇÃO BRASILEIRA, 1., 2007, Brasília. *Relatório de pesquisa*... Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LEVY-COSTA, R. B. et al. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 530-540, 2005.

LEWGOY, A.; SILVEIRA, E. A entrevista nos processo de trabalho do assistente social. *Revista Virtual Textos e Contextos*, Porto Alegre, n. 8, p. 1-20, 2007.

LIMA, A. R. S. O desafio do apoio matricial em saúde mental feito às equipes de Saúde da Família em Aracaju. *Cadernos IPUB*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 24, p. 101-108, 2007.

LIMA, M. C. P. *Transtornos mentais comuns e uso de álcool na população urbana de Botucatu: um estudo de comorbidade e utilização de serviços*. 2003. Tese (Doutorado)–Programa de PG da Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

LUZ, T. M. *Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

_____. *Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas*. Série Estudos em Saúde Coletiva, 62. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1996.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, 2006.

MARI, J. J. et al. Detection of psychiatric morbidity in the primary medical care setting in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 21, n. 6, p. 501-507, 1987.

MARI, J. J. Minor psychiatric morbidity in three primary care clinics in the city of São Paulo: issues on the mental health of the urban poor. *Social Psychiatry Epidemiology*, [S.l.], v. 22, p. 129-138, 1987.

MARIN, N. et al. *Assistência Farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: OPAS, 2003. 334 p.

MARTINELLI, M. L. O Serviço social na transição para o próximo milênio: desafios e perspectivas. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 57, 1998.

_____. Reflexões sobre o Serviço Social e o projeto ético-político. *Emancipação*, Ponta Grossa, n. 6, 2006.

MATHERS, C. D.; LONCAR, D. *Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2020*. Cambridge: PLoS Medicine, 2006.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 39-64.

MENDES, E. V. A descentralização do Sistema de Serviços de Saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, E. V. (Org.). *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 17.

MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário*: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____. *O processo social de construção do Sistema Único de Saúde*: a importância do distrito aanitário. Brasília: Polígrafo, 1993.

MINOZZO, F. et al. Avaliação para a melhoria da qualidade na estratégia Saúde da Família: reflexões sobre a integralidade do cuidado em saúde. In: SEMINÁRIO DO PROJETO INTEGRALIDADE: SABERES E PRÁTICAS NO COTIDIANO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE, 7., 2008, Rio de Janeiro. *Ateliê do cuidado*: trabalhos completos... Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

MINUCHIN, S. *Famílias*: funcionamento & tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MORENO, G. M. B. et al. A inserção da Psicologia na Estratégia Saúde da Família em Sobral/CE (relato de experiência). *Sanare*: Revista Sobralense de Políticas Públicas, Sobral, v. 5, p. 3-186, 2004.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elisabete et al. *Serviço Social e Saúde*: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez editora, 2006.

OLIVEIRA, Celin Camilo de; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Práticas dos profissionais das equipes de Saúde da Família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. *Rev. Esc. Enferm*. USP., São Paulo, v. 41, n. 4, p. 605-12, 2007.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré; BESERRA, Perla Madalena Soares. *Grupo como dispositivo na vida*: arte e expressão de mulheres com transtorno de ansiedade. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Mental)–Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2006.

OLIVEIRA, G. N. *O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008.

OLIVEIRA, G. N. *O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde*. São Paulo: Sderaldo & Rothschild, 2008.

OLIVEIRA, G. N. *O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde*. São Paulo: Hucitec, 200. 208 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório do Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica*. Brasília, 2002. Realizado em parceria com o MS/OPAS/UFRJ/Universidade de Harvard.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica*: proposta. Brasília, 2002. 24 p.

OSÓRIO, Luiz Carlos. *Grupoterapia hoje*. Porto alegre: Artes Médicas, 1989.

PAGANI, R. *Preceptoria de território*: novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de Sobral-Ceará-Brasil. 2006. Dissertação (Mestrado)– Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboya, Sobral, 2006.

PATEL, V.; KLEINMAN, A. Poverty and Common Mental Disorders in Developing Countries. *Bulletin of the World Health Organization*, Switzerland, v. 81, n. 8, p. 609-615, 2003.

PEREIRA, A. A. Saúde mental para médicos e enfermeiros que atuam no Programa de Saúde da Família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. *Cadernos IPUB*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 24, p. 101-108, 2007.

PHYSICAL ACTIVITY READINESSQUESTIONNAIRE – PAR-Q (revised 2002). Disponível em: <http://www.csep.ca/communities/c574/files/hidden/pdfs/par-q.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2009.

PICCINELLI, M.; SIMON, G. Gender and Cross-Cultural Differences in Somatic Symptoms Associated with Emotional Distress: an International Study in Primary Care. *Psychological Medicine*, London, v. 27, p. 433-444, 1997.

RABELLO, P. M.; CALDAS JÚNIOR, A. F. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 6, p. 970-978, dez. 2007.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE (RIPSA). *Indicadores básicos para a saúde no Brasil*: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

RENNER, W. *Culture-sensitive and resource oriented peer(crop) groups*. Austria: Studia, 2008.

REZENDE, M. et al. A equipe multiprofissional da Saúde da Família: uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2007.

REZENDE, V. L.; BOTEGA, N. J. Grupo de apoio psicológico a mulheres com câncer de mama: principais fantasias inconscientes. *Estud.Psicol*, Campinas, SP, v. 15, n. 1, p. 39-48, 1998.

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Municipal de Saúde. Disponível em: <http://www.fredericowestphalen.rs.gov.br/fw/index.php >. Acesso em: 09 out. 2008.

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Regional de Serviço Social. *Coletânea de Leis*. Porto Alegre, 2000.

RIOS, T. A. *Compreender e ensinar*. São Paulo: Cortez, 2002.

SÁ, Jeanete L. Martins. *Serviço Social e Interdisciplinariedade*: dos Fundamentos Filosóficos à Prática Interdisciplinar no Ensino, Pesquisa e Extensão. São Paulo: Cortez, 2002.

SALES, I. C.; PAGANI, R. A preceptoria de território na estratégia de saúde da família em Sobral/CE: desafios políticos, teóricos e metodológicos de uma experiência). : Revista Sobralense de Políticas Públicas, Sobral, jan./mar. 2004.

SANARE: Revista de Políticas Públicas. Sobral (Ceara): Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia. ano V, n. 1, 2004.

SANTOS, D. N. et al. *Determinants of cognitive Function in Childhood*: A cohort study in middle income context. *BMC Public Health*, England, v. 8, p. 202, 2008.

SANTOS, Iná S. et al. Validação da Escala de Depressão Pós-Natal de Edinburgo (EPDS) em uma Amostra de Mães da Coorte de Nascimento de Pelotas, 2004. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2577-2588, Nov, 2007.

SANTOS, M. *O país distorcido*: o Brasil, a globalização e a cidadania. São Paulo: Publifolha, 2002.

São Paulo: HUCITEC: OPAS, 2006. 222 p.

SARAIVA, S. L.; CREMONESE, E. Implantação do modelo de apoio matricial em saúde mental no município de Florianópolis, SC. In: CONCURSO NACIONAL DE EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 3., 2008, Brasília. *Trabalhos premiados...* Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 37-48.

SCHRAIBER, L. B. et al. Prevalência de violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 797-807, 2007.

SCHRAMM, J. M. A et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SEI, M. B.; OLIVEIRA, S. A. P.; CABRERA, C. C. Atenção psicossocial à mulher e à criança vitimizada: uma experiência. *Rev.SPAGESP,* Ribeirão Preto, v. 4, n. 4, p. 77-82, 2003.

SOARES, Carmem Lúcia. Educação física escolar: conhecimento e especificidade. *Revista Paulista de Educação Física*, São Paulo, p. 6-12, 1996. Suplemento 2.

STARFIELD, B. *Atenção primária*: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

TAFFAREL, Celi N. Z.; ESCOBAR, Micheli O. *Mas, afinal, o que é Educação Física?* Reafirmando o Marxismo contra o simplismo intelectual. Disponível em: <http//www.faced.ufba.br/rascunho_digital/>.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. C. A visita domiciliária no contexto da Saúde da Família. In: BRASIL. Ministério da Saúde; INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE; UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. *Manual de enfermagem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

TAKEDA, Silvia. A organização de Serviços de Atenção Primária a Saúde. In: DUNCAN, Bruce (org.). *Medicina Ambulatorial*: Consultas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3. ed. Proto Alegre: Artmed, 2004.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*. Brasília, v. 2, n. 2, p. 7-28, 1998.

USTUN, T. B.; SARTORIUS, N. *Mental illness in general health care*: an international study. Chichesser: John Wiley & Sons, 1995.

VALLA, V. V.; ASSIS, M.; CARVALHO, M. *Participação popular e os serviços de saúde*: o controle social como exercício da cidadania. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 1993.

VASCONCELOS, Ana Maria. Serviço Social e Prática reflexiva. In: *Revista em Pauta*, Rio de Janeiro, n. 10, 1997.

_____. *A prática do serviço social*: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

VILLANO, L. A. *Problemas psicológicos e morbidade psiquiátrica em serviços de saúde não psiquiátricos*: o ambulatório de clínica geral, 1998. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1998.

W.H.O. *Tradicional Medicine Strategy 2002-2005*. Geneve: WHO, 2002. 65p.

WAQUAS, Waheed. Developing and Testing a Culture sensitive Intervention for depressed Pakistani women in UK: Sitara Study. Paper presented at the Culture & International Mental Health Conference – Manchester, July 2008.

WEICH, S.; SLOGGETT, A.; LEWIS, G. Social Roles and Gender Difference in Rates of the Common Mental Disorders in Britain: a 7 year, population – based cohort study. Psychol. Med., England, v. 31, n. 6, p. 1055-64, 2001.

WESTPHAL, M.; MENDES, R. *Cidade Saudável*: uma experiência de Interdisciplinaridade e intersetorialidade. Disponível em: <http://www.natal.rn.gov.br/sempla/paginas/conferencia/9_texto_cidade_saudavel.pdf>. Acessado em: 22 jun. 2006.

WHO. *Global Strategy on diet, physical activity and health*. Fifty seventhy word health assembly [WHA57.17]. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Adherence to long-term therapies*: evidence for action. Geneva, 2003. 211 p.

_____. *How to investigate the use of medicines by comunities*. Amsterdam, 2004. 89p.

_____. *Mental health*: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference. Denmark, 2005.

_____. *Racional use of drugs*: report of the conference of experts. Nairobi, 1985. 329 p.

_____. *Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders*. Geneva, 2008.

_____. *The World Health Report 2001*: mental health: new understanding, new hope. Geneva, 2001.

_____. *World Medicines Situation*. Geneva, 2004. 151 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS. *Integrating mental health into primary care*: a global perspective. Geneva, 2008.

YASBEK, Maria Carmelita. A Assistência Social na prática profissional: história e perspectiva. In: *Serviço Social e Sociedade*, n. 85. São Paulo: Cortez Editora, 2006.

COLABORADORES

Adília Maria Machado Feitosa
Alessandra Monteiro da Silva
Ana Claúdia Barroso Cavalcante
Ana Helena Araújo Bonfim
Ana Paula Duarte Cavalcante
Anderson Henrique Alécio
André Luís Façanha da Silva
Andréa Albuquerque Costa
Andréa Carvalho Araújo Moreira
Andréa Silveira de Assis Viana
Andreia Alpinus Meireles
Andreia Cury Rojas
Andreia Tenório Correa da Silva
Arlene de Melo Beliajevas
Augusta Oliveira Cesar de Carvalho
Bruna Abreu Jabur Makluf
Bruna Maria Limeira Rodrigues Ortiz
Cacilda Acácia Pachler Tomimatsu
Carla Roberta Ferraz Rodrigues
Carlos Eduardo Tabosa Lopes
Carmem Soares de Sousa
Cecília Seiko Takano Kunitake
Chistianne Marie Aguiar Coelho
Cícero Lozekam
Cilene Maria Freitas
Cintia Cristina Castellani
Clarissa Alves Gomes Bittencourt
Cristina Jose Cardoso
Cristina Maria Garcia de Lima Parada
Cristina Sayuri Ueno
Daniella Sampaio Zorzi
Débora Dupas G. Nascimento
Delma Peres Fontana
Diana Cris Macedo Rodrigues
Diana Verona Rua
Edjane Maria Torreão Brito
Eliezer Magno Diógenes Araújo
Elizabete Farias Furtado
Érika Teles Linhares Pierre
Eveline Ximenes Tomaz
Fabiana de Castro S. Melo
Fábio Solon Tajra
Fabíola de Lima Militão
Fernanda Bellintane Piva
Fernanda Costa Oliveira
Fernanda Ferreira Marcolino
Fernanda Rocco Oliveira
Flavia Mitie Chino
Francisca Lopes de Souza
Francisca Marlene de Sousa Bezerra
Francisco Régis Araújo Ferreira Gomes
Francisco Silva de Sousa
Genilson Muniz
Geny Marie M. Yao
Gisele Dabul e Silva
Gisele Machado Peixoto
Glaucia Paparella Ribeiro
Heitor Martina Pasquin
Helen de Souza Perreira
Heloisa Elaine dos Santos
Ieda Carla S. S. Pastana
Ilda Costa
Ingrid Freire Silva
Ivonete C. Barbosa
Janaina Gonçalves Nunes
João Rafael Ferraz
João Sérgio Araújo Soares
José Gonçalves da Silva Júnior
José Henrique Linhares
José Ribamar Fernandes Filho
Joselyanne Maria Ponciano de Oliveira
Julia dos Santos Souza
Juliana Silva Liberato
Karen Gonzaga Walter Rodrigues
Kelly Cristiane Marques de Mesquita
Leni Uchoa
Léo Barbosa Nepomuceno
Lorena Martinez Barrales
Luana Paula Tommasini
Lucinete do Nascimento Ziegler
Ludymilla Bayde Weyne Holanda
Luís Fernando Farah de Tófoli
Maira Barbara Santos
Márcia Maria Santos da Silva
Marcia Niituma Ogata
Márcia Teixeira da Silva
Maria Socorro de Araújo Dias
Maria Abgail Aguiar Arruda Coelho
Maria Adelane Monteiro da Silva
Maria Alzeni Coelho Ponte
Maria Cleide Chaves Sampaio
Maria Cristina Honorário dos Santos
Maria de Fátima Feitosa Francelino
Maria do Rosário Fatima David
Maria do Socorro Sousa Melo
Maria do Socorro Teixeira de Sousa

Maria Eliana Araújo Costa
Maria Idalice Silva Barbosa
Maria Luiza Santa Cruz
Maria Silvia Portes
Mariana Fonseca Paes
Maristela Inês Osawa Chagas
Marli Murakami
Masu Capistrano Camurça Portela
Mauricio Rogério Teles de Carvalho
Michele P. Quevedo
Nancy Ting Ling
Noraney Alves Lima
Odonel Ferrarri Serrano
Olindina Ferreira Melo
Patricia Jimenez Pereira
Patrícia Moreira Bezerra Tavares
Patrícia Ramos Branco
Patrícia Simone Pereira
Paula Roberta Rozada Voldoni
Pollyana Martins Pereira
Polyana Moreira Francelino
Priscilla Nogueira Cavini
Rejane Amaral Corrêa
Renata H. Oliveira
Roberta Araújo Rocha Sá
Roberto Watanch
Rodrigo Fonseca Martins Leite
Rosangela Almeida
Rosangela Elias
Rosangela Souza
Roselane da Conceição Lomeo
Rosicler A. Viegas Di Lorenzo
Sabrina Gurgel
Sandra Maria Vieira Tristão
Seny Marie Matsumura Yao
Silvia Aparecida C. Tannus
Silvia Napole Fichino
Silvia Regina Rocha
Simone M.R. de Moraes
Sonia Antonini
Tania Gonçalves Vieira Caçador
Tatiany Coutinho Cajazeiras Bezerra
Tazue Hara Branquinho
Terezinha de Jesus Valente Duarte Gomes
Tiago Henrique Pezzo
Tomaz Martins Júnior
Vander Borges Conceição
Vasti Portela Vieira
Vicente Pinto
Viviane Correa Namen