

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Práticas em Reabilitação na AB

o olhar para a funcionalidade na
interação com o território

Brasília – DF
2017



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

Práticas em Reabilitação na AB

o olhar para a funcionalidade na interação com o território



Brasília – DF
2017

2017 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <<http://editora.saude.gov.br>>.

Tiragem: 1ª edição – 2017 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
SAF Sul, quadra 2, lotes 5/6, Edifício Premium, bloco II, subsolo
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-9090
Site: dab.saude.gov.br
E-mail: dab@saude.gov.br

Supervisão-Geral:

Allan Nuno Alves de Sousa

Coordenação Técnica Geral:

Dirceu Ditmar Klitzke
Mônica Cruz Kafer

Organização:

Alyne Alves de Melo
Kimielle Cristina Silva
Olivia Lucena de Medeiros

Elaboração de texto:

Alyne Araújo de Melo
Amanda Carvalho Duarte
Karina Corrêa Wengerkievicz

Kimielle Cristina Silva
Lavinia Boaventura Silva Martins
Olivia Lucena de Medeiros

Colaboração:

Beatriz Galvão
Karine Lage

Coordenação Editorial:

Júlio César de Carvalho e Silva

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Fax: (61) 3233-9558
Site: <http://editora.saude.gov.br>
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Daniela Ferreira Barros da Silva
Revisão: Khamila Silva e Tatiane Souza
Capa, projeto gráfico: Léo Silva
Diagramação: Marcelo de Souza Rodrigues

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Práticas em reabilitação na AB : o olhar para a funcionalidade na interação com o território [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.
50 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: <http://bvsmis.saude.gov.br/publicacoes/praticas_reabilitacao_atencao_basica_territorio.pdf>
ISBN 978-85-334-2492-0

1. Reabilitação. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Saúde Pública. I. Título.

CDU 614.39:364-786.4

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2017/0108

Título para indexação:

Practices of rehabilitation in Primary Health Care: the attention at functionality in the interaction with the territory

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
1 PROCESSOS E PRÁTICAS EM REABILITAÇÃO NA AB	7
1.1 Apoio matricial para organização de práticas em reabilitação na AB	8
2 CAMPO E NÚCLEO NAS PRÁTICAS DE REABILITAÇÃO: COMPETÊNCIAS E HABILIDADES PARA O CUIDADO	11
3 POSSÍVEIS FAZERES DO NASF NAS PRÁTICAS EM REABILITAÇÃO	15
3.1 “Faço atendimento individual ou não?”: falando desse e de outros dilemas na organização do cuidado	15
3.2 Organização das informações sobre funcionalidade da população do território: utilizando o conhecimento epidemiológico para a clínica ampliada	18
3.3 Pactuando o processo de trabalho com os demais atores da Atenção Básica	20
3.4 Já organizamos o processo de trabalho e pactuamos uma agenda de trabalho! E agora, como avaliar e monitorar?	22
3.5 O PTS: uma das formas de gestão do cuidado	23
3.6 Desatando nós para a oferta da atenção integral à saúde: a articulação entre Nasf e outros pontos da rede de atenção	25
3.7 Educação permanente: compartilhando saberes do núcleo para fortalecer o cuidado em reabilitação	28
3.8 Explorando os olhares para o domicílio	29
3.9 Outras possibilidades do cuidado: grupos e atividades coletivas	33
3.9.1 Grupo da eSF apoiado pela eNasf	34
3.9.2 Acolhimento coletivo	34
3.9.3 Grupos terapêuticos	36
3.10 Articulação intersetorial: potencializando o diálogo entre pares	41
3.11 Partilhando saberes: estratégias de autocuidado	42
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	47
BIBLIOGRAFIA	49

APRESENTAÇÃO

Desde a instituição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) em 2008, como dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da Atenção Básica, diversas iniciativas foram empreendidas para construir, sistematizar, registrar e analisar o "modo de fazer" dessas equipes de apoio matricial. Tais iniciativas foram empreendidas não só por gestores e equipes técnicas do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, mas, sobretudo, pelos próprios profissionais que foram incluídos na Estratégia Saúde da Família (ESF) por meio desta modalidade de atuação, ávidos por descobrir qual seria afinal sua contribuição para este novo modelo de atenção à saúde.

Nesse contexto, cientes da necessidade de avançar no diálogo sobre o fazer específico do Nasf por área temática, a produção do presente material de apoio técnico tem o intuito de compartilhar conhecimentos produzidos pelas vivências e reflexões sobre os modos de fazer o apoio matricial em práticas de reabilitação na AB ao longo destes primeiros anos de implementação dos Nasfs em diferentes municípios do País. Tais conhecimentos foram sistematizados a partir dos relatos de diversos profissionais em espaços de trocas de experiências, de estudos acadêmicos relacionados ao tema e também da experiência da equipe de elaboração deste material.

Cabe ressaltar que esse material não tem o objetivo ou a pretensão de ser um manual normativo e prescritivo sobre as práticas de apoio matricial para as práticas de reabilitação na AB, não devendo ser compreendido e utilizado dessa forma. O material visa apoiar os trabalhadores e os gestores a partir da apresentação de ferramentas e conhecimentos que fomentem a reflexão sobre o processo de trabalho dos Nasfs com as equipes de referência da Atenção Básica no tocante aos cuidados em práticas de reabilitação na AB, compreendendo que a construção do "melhor modo de fazer" se faz entre os sujeitos que interagem no cotidiano de cada território.

PROCESSOS E PRÁTICAS EM REABILITAÇÃO NA AB

1

As equipes de Atenção Básica¹ (AB) deparam-se com casos consequentes de situações geradoras de deficiência e de perda de funcionalidade que necessitam de cuidados em reabilitação nas mais diversas condições (REIS et al., 2012). As fraturas e traumatismos, as amputações e lesões medulares, as dores crônicas, as alterações de linguagem, a fala e comportamento, os deficits auditivos, as instabilidades posturais, as disfagias e as alterações cognitivas, entre outros agravos à saúde, estão presentes na rotina de trabalho dessas equipes e têm se mostrado crescentes em decorrência da transição epidemiológica, nutricional e demográfica (CASTRO et al., 2011).

Tais situações demandam cuidado longitudinal e devem ser acolhidas pela AB (SOUZA; ROCHA, 2010), com priorização da detecção precoce de alterações funcionais, sendo necessário que o mapeamento destes usuários e dos equipamentos relacionados à atenção no território assinala para os potenciais de reabilitação e favoreça a efetiva participação e igualdade de oportunidades (BRASIL, 2011; FARIAS; BUCHALLA, 2005).

As práticas em reabilitação na AB devem estar direcionadas ao cuidado do sujeito, sua família e comunidade, considerando o grau de complexidade dos cuidados exigidos, assim como as necessidades e possibilidades identificadas no território (FARIAS; BUCHALLA, 2005). A tríade “usuário x família x comunidade” constitui espaços complexos e de transformações contínuas, fazendo com que as ações neste campo sejam bem planejadas e constantemente reformuladas em acordo com as demandas identificadas (BRASIL, 2011).

Além de as necessidades em reabilitação serem variadas e crescentes, indivíduos com deficiências ou incapacidades estão mais expostos a comorbidades associadas à sua deficiência, resultando em maior necessidade de uso de serviços de saúde para a manutenção de sua integridade física e mental, mas enfrentam diversas barreiras de acesso

¹ Entende-se por equipe de AB: equipes de Saúde da Família, nos seus diversos formatos (eSF, equipes de Saúde da Família Ribeirinhas – eSFR, equipes de Saúde da Família Fluviais – eSFF, Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf e equipes de Consultório na Rua – eCnR).

e inclusão (CASTRO et al., 2011). Por isso, pensar processos e práticas em reabilitação na AB significa fazer bom proveito de sua descentralização e capilaridade, com cerca de 40 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS) disseminadas pelo País (BRASIL, 2012b) para propiciar maior abrangência das ações reabilitadoras, cuidado integral e melhora na organização do acesso aos serviços especializados (ROCHA; KRETZER, 2009; REIS et al., 2012). Com isso, a organização do processo de trabalho das equipes de AB pode facilitar o atendimento das demandas de reabilitação, as quais necessitam de um olhar voltado para os aspectos funcionais por parte de todos os profissionais (REIS et al., 2012; OTHERO; DALMASO, 2009).

Seria simplificar demasiadamente o processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) se acreditássemos que apenas a criação deste fascículo solucionaria as questões dos processos e práticas em reabilitação na AB. Não temos a intenção de prescrever fazeres, mas de ampliar os olhares para outras possibilidades (MERHY, 2015). Espera-se que as estratégias para a superação dos desafios das práticas em reabilitação na AB sejam exploradas pelas próprias equipes durante o fazer do dia a dia, pois partimos do pressuposto de que a detecção e o contato com os desconfortos cotidianos são essenciais para que os coletivos de trabalho organizem-se em espaços de discussão, a fim de propor novos pactos de convivência e práticas (CECCIM, 2005).

Neste documento não pretendemos abordar profundamente todos os aspectos da reabilitação funcional e desempenho (física, auditiva, visual e intelectual). O material traz experiências do cotidiano das equipes de AB, buscando recursos locais que facilitem o desenvolvimento integrado de processos funcionais, de inclusão e prevenção de situações geradoras de deficiência e de perda de funcionalidade. Este documento utiliza a definição de reabilitação da OMS (2012), que é considerada um conjunto de ações que auxiliam a pessoa a ter e manter uma funcionalidade na interação com seu ambiente. E o termo reabilitação, nesta publicação, contempla tanto habilitação como reabilitação.

1.1 Apoio matricial para organização de práticas em reabilitação na AB

A partir do caminho percorrido, percebemos que a equipe do Nasf possui papel fundamental no desenvolvimento de ações em reabilitação na AB, contribuindo para o acesso a este cuidado e qualificando os encaminhamentos aos serviços especializados dos usuários que necessitam (REIS et al., 2012). Porém, os profissionais do Nasf em sua atuação deparam-se com algumas situações que também são desafios para as próprias equipes de Saúde da Família (eSF). Ainda é difícil equilibrar ações reabilitadoras e de prevenção de agravos, individuais e coletivas a partir das necessidades do usuário, pois, muitas vezes, cria-se falsa dicotomia entre esses fazeres (OTHERO; DALMASO, 2009). O Nasf desenvolve ações em reabilitação na AB pactuando e compartilhando intervenções com as eSF, o que nos dá oportunidades de horizontalização de saberes. As equipes, quando tomam decisões conjuntas, apropriam-se de conhecimentos que poderão ser essenciais para a qualificação da atenção em outras situações de cuidado (BRASIL, 2014).

Limitações na frequência das ações e continuidade do cuidado podem estar presentes, mas quando o Nasf exerce seu papel no processo de reabilitação do usuário e de articulador entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), contribui como microrregulador dos fluxos de referência, evitando sobrecargas em alguns serviços de saúde (SILVA et al., 2012). Assim, os profissionais do Nasf podem propor diversos arranjos de organização do cuidado em reabilitação, lançando mão de suas ferramentas de trabalho, como grupos terapêuticos, atendimento domiciliar, atendimento compartilhado, atendimento individual específico, Projeto Terapêutico Singular (PTS), entre outras (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Saiba mais: sobre as ferramentas de trabalho do Nasf na publicação **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**, disponível na Biblioteca Virtual em Saúde: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>.

O apoio matricial está inserido em todas as nossas ações, seja durante uma reunião de discussão de casos, durante um atendimento domiciliar ou atendimento compartilhado, em atividades coletivas envolvendo profissionais e/ou usuários, seja mesmo num atendimento individual específico. Esta metodologia de gestão do cuidado, o apoio matricial, parte de uma construção compartilhada entre sujeitos, estando presente nas relações de ampla rede de atenção aos usuários, não apenas no núcleo de atuação da AB ou do setor Saúde. Uma comunicação horizontal e eficaz é capaz de eliminar relações de poderes hierarquizados, uma vez que todos compartilham saberes de igual importância para o cuidado dos sujeitos ou organização de ações (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

CAMPO E NÚCLEO NAS PRÁTICAS DE REABILITAÇÃO: COMPETÊNCIAS E HABILIDADES PARA O CUIDADO

2

Quando falamos de competências e habilidades para o cuidado em reabilitação na AB, falamos mesmo de quê? Quais as relações entre núcleo e campo a que precisamos estar atentos?

Toda categoria profissional é pautada em competências e habilidades comuns e específicas. As comuns respondem à necessidade de alinhamento das ações na área de atuação, ampliando as possibilidades de qualificação do cuidado. Já as específicas visam atender às demandas e às necessidades peculiares de cada indivíduo ou coletividade a partir de objetos de trabalho das diferentes profissões.

A própria Pnab (BRASIL, 2011) traz, em meio a seus princípios e diretrizes, a importância das distintas formações e das articulações possíveis e necessárias entre elas, a fim de contribuir para a efetivação da integralidade em vários aspectos. Diz que a presença de diferentes formações profissionais e o alto grau de articulação entre os profissionais são essenciais para compartilhamento das ações e da interdisciplinaridade, de forma que, progressivamente, os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Salienta, ainda, que essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais para um processo centrado no usuário, em que o cuidado a este é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos diferentes cursos de graduação trazem competências e habilidades comuns ao campo de atuação que contemplam escopo de ações na AB. As competências específicas de cada núcleo profissional trazem, a partir de uma perspectiva contemporânea para formação e prática profissional, interfaces possíveis de diálogo interprofissional.

Reconhece-se, ainda, que os profissionais do Nasf têm formação qualificada para atuarem na AB, contribuindo para desenvolver ações de saúde mais resolutivas no território, promovendo melhor desempenho técnico e profissional, novas competências, bem como melhoria nos processos de trabalho, planejamentos e intervenções da equipe (BRASIL, 2013).

Sim, mas quais são mesmo as competências que os profissionais da reabilitação que atuam no Nasf precisam possuir para realizar o cuidado na AB? Como a intenção deste fascículo não é aprofundar todas as questões levantadas, mas direcionar e estimular buscas a partir das especificidades individuais e locais que pautam o processo de trabalho das equipes do Nasf, apontamos algumas competências necessárias para as práticas de reabilitação na AB:

- compreender as questões de funcionalidade para atuação no território;
- compartilhar com a equipe os aspectos funcionais e sua interação com o contexto sociofamiliar no cuidado ao usuário;
- trabalhar em equipe;
- realizar atendimento compartilhado e individual (na Unidade Básica de Saúde – UBS e/ou no domicílio);
- realizar atendimento por meio de grupo terapêutico;
- realizar ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, tanto com o olhar de campo, como com o olhar de núcleo profissional;
- prestar suporte técnico pedagógico às equipes de Saúde da Família (eSF) (discussão de caso etc.);
- conhecer e utilizar as diversas ferramentas para a prática do apoio, tais como: Projeto Terapêutico Singular, Projeto de Saúde no Território, grupos operativos, genograma, ecomapa, entre outras.

Tentando deixar as questões de campo e núcleo de atuação mais claras, vamos a alguns exemplos:

A Pnab traz atribuições comuns a todos os profissionais da AB, como: participar do processo de territorialização, identificando riscos e vulnerabilidades; realizar o cuidado da população adscrita, na unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros). Essas são ações do campo de atuação na AB. Se, no processo de territorialização e/ou busca ativa, a eSF identifica uma gestante na 12ª semana de gestação sem ter iniciado o pré-natal, com história recente de sintomas de vírus zika, toda a equipe deve sensibilizá-la sobre a importância do acompanhamento de pré-natal, informar os fluxos da unidade e garantir o acolhimento a esta usuária para início do acompanhamento. Além disso, identificar fatores de risco e vulnerabilidade – há acúmulo de água no domicílio que favoreça criadouros de *Aedes aegypti* que possam ocasionar outros casos de zika, dengue ou chikungunya no próprio domicílio ou vizinhança? No território, há outros espaços que precisem de atenção especial de acordo a situação epidemiológica relacionada ao vetor? Essas são atuações que podem e devem ser realizadas por qualquer profissional das equipes, pois são ações do campo de atuação.

Por sua vez, cada profissional que compõe a eSF e o Nasf, a partir de seu objeto de trabalho, possui atribuições e competências específicas para resolução ou encaminhamento de demandas individuais ou coletivas. Por exemplo, a gestante, devidamente encaminhada e já tendo iniciado o pré-natal, será avaliada e acompanhada pelo agente comunitário de saúde, técnico/auxiliar de Enfermagem, profissionais de medicina, Enfermagem e Odontologia, podendo ser encaminhada para outros serviços da rede de atenção, seguindo o protocolo da AB e outros protocolos clínicos específicos que se façam necessários.

Sugestão de leitura complementar:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>.

Dando continuidade ao caso, vamos supor que a suspeita de vírus zika foi confirmada e que foi diagnosticado microcefalia (uma das repercussões neurológicas do vírus zika) no bebê. Nesta situação, as equipes precisam estar atentas às ações específicas de cada núcleo, de saber possíveis reações a cada fase do desenvolvimento e (re)habilitação. Como o fisioterapeuta pode e deve contribuir na atenção a essa criança e família? E o terapeuta ocupacional? Como a equipe do Nasf pode apoiar a eSF e vice-versa? Alguns exemplos de possibilidades de cuidado são o atendimento individual e as atividades em grupo, buscando ampliação da atenção à família e cuidadores. É importante que todos dialoguem e identifiquem as possibilidades de acordo com a governabilidade e a densidade tecnológica deste ponto da RAS, procurando estabelecer fluxos com outros pontos da rede, tendo como foco a integralidade do cuidado.

Sugestão de leitura complementar:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce**: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/13/Diretrizes-de-Estimulacao-Precoce.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/04-04_protocolo-SAS.pdf>.

Mas se a suspeita não for confirmada e a gestante tiver uma gravidez sem intercorrências? Todos, a partir dos seus núcleos de atuação, também possuem competências e habilidades específicas a contribuir para a usuária em seu cuidado no pré-natal, no puerpério e com o bebê.

Sugestão de leitura complementar:

CAMPOS, G. W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>>.

POSSÍVEIS FAZERES DO NASF NAS PRÁTICAS EM REABILITAÇÃO

3

3.1 “Faço atendimento individual ou não?”: falando desse e de outros dilemas na organização do cuidado

Tanto para os profissionais que têm formação para trabalhar com a reabilitação, como para os demais da equipe do Nasf, podem persistir indefinições de como pode acontecer o trabalho no apoio às eSF. Muitas vezes, não está claro se deve ter foco assistencial, educativo ou preventivo.

Essas indefinições estão ainda mais presentes nos territórios onde as redes de atenção são fragmentadas, fragilizadas ou ainda em processo de estruturação, pois se cria a expectativa de que o Nasf seja substitutivo de um serviço especializado, concentrando-se apenas no atendimento direto aos usuários, sem integração de ações com a equipe (COSTA, 2014). Da mesma forma, em outros territórios, o inverso da polaridade também vem ocorrendo, onde os profissionais do Nasf se dedicam somente a ações educativas e são pouco resolutivos no atendimento direto aos usuários.

Na tentativa de esclarecer essas indefinições sem excluir possibilidades, podemos dizer que o cuidado prestado pelos profissionais do Nasf pode ocorrer por meio de intervenção individual ou coletiva, em práticas de acolhimento, terapêuticas e educativas. Destacamos algumas possibilidades que são características da AB, pois permitem o cuidado longitudinal, a baixa densidade tecnológica e o incentivo à autonomia do indivíduo com sua corresponsabilização pelo próprio cuidado. Essas ações possibilitam avaliar as necessidades em saúde e articular intervenções com outros pontos de atenção ou outros setores. Cabe à AB dimensionar e equilibrar as diferentes práticas para responder às necessidades de seu território.

Sugestão de leitura complementar:

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 113-150.

A. Práticas de acolhimento: permitem o primeiro contato e a aproximação dos usuários com os profissionais do Nasf, partindo do pressuposto de que o acolhimento é uma postura que deve ser assumida por todos os profissionais que trabalham na AB. Têm o objetivo de, como o nome diz, acolher o usuário e suas demandas, principalmente em torno do escopo da reabilitação, mas estando atento a outras necessidades, a partir de uma escuta qualificada. São conduzidas por um ou mais profissionais do Nasf concomitantemente e/ou ainda com integrantes das eSF. Podem ser individuais, como o atendimento individual nas UBS, ou coletivas, como o grupo de acolhimento, que está descrito com mais detalhes posteriormente neste texto. A partir da compreensão das demandas individuais e coletivas, o profissional do Nasf contribui com seus saberes específicos, aconselhando os usuários sobre os cuidados relativos à sua reabilitação, ampliando a proposta do acolhimento para um momento de prescrição terapêutica. Por fim, as práticas de acolhimento permitem a visualização da melhor conduta para cada situação, para que, com a equipe de referência, os profissionais do Nasf definam se existe necessidade ou não de encaminhamento para outro ponto de atenção, baseado em critérios predefinidos, nas possibilidades do território e nos serviços existentes na Rede de Atenção à Saúde. Assim, as práticas de acolhimento são instrumentos de humanização em que coexistem a avaliação, o atendimento e a regulação.

Deve-se atentar para que as práticas de acolhimento não configurem o Nasf como porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde. O primeiro contato e o acompanhamento longitudinal continuam por parte das eSF, mas de forma compartilhada e pactuada com a eNasf, para não burocratizar o encaminhamento dos usuários ao Nasf, dificultando o acesso. Traduzindo em tom mais prático, os usuários podem acessar diretamente as práticas de acolhimento do Nasf, desde que haja momento de compartilhamento da situação de saúde e da terapêutica com as eSF, como exemplo as reuniões entre eSF e eNasf. Certamente, essas práticas facilitam o acesso em tempo oportuno e a organização do processo de trabalho, principalmente nas situações de grandes demandas. Podem ser ainda integradas às práticas de acolhimento das eSF e estar abertas ao direcionamento da equipe em relação às necessidades da população adscrita.

Sugestão de leitura complementar:

SILVESTRE, M. V. et al. O acolhimento como instrumento de humanização do atendimento em Fisioterapia no âmbito do Nasf. **Revista de Saúde Pública de Florianópolis**, Florianópolis, v. 2, p. 9-13, 2014. Disponível em: <https://issuu.com/revistasaudepublicafpolis/docs/rspf_a2n2_ebook_2e392af6c72fd3>. Acesso em: 11 jan. 2017.

Relato de prática na AB

Com o objetivo de organizar o fluxo de usuários para o cuidado de fisioterapia, diante da demanda reprimida, os fisioterapeutas adotaram uma estratégia de acolhimento a partir da escuta às demandas. A atividade inicia-se com a aferição da pressão arterial (rastreamento de hipertensos), cadastro dos usuários e momento de escuta individual. Após essa etapa, a equipe discute cada caso, enquanto dois profissionais facilitam uma atividade de educação em saúde e, logo depois, cada usuário recebe um retorno referente à conduta a ser tomada: agendamento para atendimento individual específico (fisioterapêutico), atendimento domiciliar, indicação para o grupo de práticas corporais e educativas, encaminhamento para rede especializada de referência, acompanhamento multiprofissional pelo Nasf, entre outros.

Nesse relato, o Nasf faz: melhoria do acesso diante da grande demanda por assistência, organização do fluxo de usuários, ressignificação da relação com os usuários, estreitando vínculos a partir de tecnologias leves.

- *Relato:* acolhimento numa Unidade Docente Assistencial Complexo Comunitário Vida Plena (CCVP) – Residência Multiprofissional em Saúde da Família – Escola Estadual de Saúde Pública (EESP) – Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (Sesab), em parceria com a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Disponível em: <<http://virtual.ufms.br/objetos/RedeUnida/trabalhos/3039.html>>.

Saiba mais:

BOAVENTURA, L. et al. Acolhimento de Fisioterapia desenvolvido pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família - Sociedade Hólon/CCVP, em Salvador/BA. **Interface** – Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, SP, n. 1, 2012. Suplemento 1. Resumo.

B. Práticas terapêuticas: são práticas assistenciais que permitem o cuidado em reabilitação na AB com resolutividade. Têm o objetivo de prover o cuidado necessário para cada caso, sem obrigatoriamente encaminhar o usuário para um ponto de atenção especializada, mas fazer isso somente quando necessário. Podem ser individuais e coletivas, conduzidas por um ou mais profissionais da eNasf, em conjunto ou não com integrantes das eSF.

Quando configuradas como práticas individuais, consistem em atendimentos individuais, na UBS, no domicílio ou em outro equipamento do território (como as Academias da Saúde), organizados na agenda como consultas e retornos, com periodicidade semanal, quinzenal, mensal ou outra, de acordo com as demandas de cuidado apresentadas.

Diferenciam-se das práticas assistenciais promovidas por centros de especialidades, que tradicionalmente se configuram por sessões de terapia frequentes, com uso de recursos tecnológicos densos e tempo prolongado de tratamento. É importante destacar essa diferenciação, visto que os cuidados na AB e o cuidado nos serviços especializados são igualmente importantes para a reabilitação e devem ser concebidos em continuidade, e não em substituição. Mesmo que o caso não requeira recursos tecnológicos densos, sabemos que a necessidade de atendimentos frequentes e/ou o tempo prolongado do tratamento podem ser

dificultadores para o cuidado individual pelo Nasf. Nessas situações, a decisão por quem realiza este cuidado deve levar em conta: a complexidade exigida pela situação, o número de casos semelhantes no território, a carga horária dos profissionais, a possibilidade de potencializar o autocuidado pelo usuário, a disponibilidade de outros serviços e profissionais na rede.

Quando executadas por meio de práticas coletivas, consistem em grupos terapêuticos, com possibilidades diversas de configuração, mas mantendo o objetivo de possibilitar a resolutividade na AB. Podem ser abertos ou fechados, contínuos ou com duração determinada, executados na UBS ou em outros locais disponíveis do território. Essa prática será mais bem explorada em tópico específico deste fascículo.

É importante reforçar que as práticas terapêuticas devem ser pensadas e executadas no sentido de ampliar as ações da AB, considerando as situações em que estas são a melhor conduta para as condições de saúde a que atendem, não podendo ser realizadas com o intuito de substituir serviços especializados nos casos de uma rede de atenção fragilizada ou incompleta.

C. Práticas educativas: são transversais, portanto, estão presentes em todas as ações específicas do Nasf – atendimentos individuais, atendimentos/visitas domiciliares, atendimentos coletivos, interação com as eSF etc. Objetivam contribuir para a educação em saúde, em diversas frentes. Identificamos as práticas educativas nos momentos de orientação de cuidados, como os exercícios para fazer em casa, as orientações para facilitar a realização das atividades diárias e a promoção de cuidados que pertencem à cultura do usuário. Estão também presentes nos esclarecimentos sobre o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde, quando os profissionais Nasf procuram esclarecer aos usuários quais ações de reabilitação são executadas na AB, na atenção especializada, e como funciona o acesso para as diversas intervenções. Por fim, acontecem também nos momentos de interação com as eSF, em toda e qualquer situação que ocorre o apoio matricial.

Essa esquematização das ações de reabilitação do Nasf em práticas de acolhimento, práticas terapêuticas e práticas educativas é de ordem didática, para facilitar a visualização das possibilidades e, de alguma forma, contribuir para o esclarecimento de alguns dilemas, como: faço atendimento individual ou não, os usuários podem acessar diretamente os profissionais do Nasf ou não, as práticas terapêuticas na AB são suficientes para reabilitar ou não, em que momento faço educação em saúde? Certamente, os dilemas sempre existirão – se não esses, haverá outros. O que precisa estar claro para os profissionais da eNasf, das eSF, para os gestores e usuários é quais são as possibilidades de práticas em reabilitação na AB e qual é o papel do Nasf dentro desse contexto. Dessa forma, o diálogo e a pactuação com gestores e as eSF são essenciais para o alinhamento das ações.

3.2 Organização das informações sobre funcionalidade da população do território: utilizando o conhecimento epidemiológico para a clínica ampliada

As mudanças nos perfis demográfico e epidemiológico da população brasileira trazem consigo a necessidade de um olhar ampliado sobre o território (geográfico e processo) onde atuamos (FARIA; BORTOLOZZI, 2009). Este território aponta barreiras e facilitadores

à funcionalidade humana, conseqüentemente à qualidade de vida da população (FARIAS; BUCHALLA, 2005). Exemplificando, se junto à eSF é identificada uma população predominantemente idosa, em um território com muitas barreiras geográficas, será preciso pensar o que dizem os dados epidemiológicos sobre esse perfil de população. Mas, para que isso, se não serão resolvidos os problemas estruturais da localidade? Pois bem! Se sabemos das alterações típicas do envelhecimento, dos fatores de risco para quedas (intrínsecos e extrínsecos) e associa-se ao território de atuação, pode-se propor ações preventivas, de promoção da saúde e reabilitação, voltadas à saúde física e funcional dessa população ou que promovam a manutenção da participação e o convívio social. Outra situação exemplo: a eSF acompanha um quantitativo elevado de usuários com hipertensão, diabetes e, muitas vezes, conseqüentes situações de complicações desses agravos, como amputações e acidente vascular cerebral (AVC), sendo o Nasf um importante dispositivo no cuidado em reabilitação dessa população. Além do cuidado às complicações dos agravos, atua junto à eSF propondo e planejando ações de caráter preventivo, como os relacionados a práticas corporais e prática de atividades de estimulação cognitiva, por exemplo.

Da mesma forma, é imprescindível que os profissionais de reabilitação que compõem a eNasf realizem mapeamento daqueles usuários com redução de mobilidade, alteração cognitiva, com limitações funcionais (que dificultam a execução de atividades instrumentais e atividades de vida diária – AVD) e os que estão totalmente dependentes de terceiros para o cuidado (como é o caso de usuários restritos ao leito). É importante acompanhamento sistemático, dentro das possibilidades das equipes, encaminhamento a outros dispositivos da rede (de saúde ou não), quando necessário, e realização de orientações específicas para cuidadores, familiares e para a própria eSF. Lembremos que existem competências específicas do núcleo profissional que podem e devem ser partilhadas, do ponto de vista da prática interprofissional, como posicionamentos no leito (para alimentação, higiene pessoal, prevenção de contraturas, deformidades, úlceras de decúbito) e transferências, a fim de contribuir para o cuidado integral na perspectiva da clínica ampliada.

Pensando no território-processo, não podemos perder de vista agravos relacionados aos modos de viver e produzir dos sujeitos, como as conseqüências de acidentes e violências (acidentes automobilísticos, lesões por perfuração de arma de fogo) e as doenças e agravos relacionados ao trabalho. É interessante, na avaliação dos dados dos sistemas de informação, checar com a eSF, por exemplo, os usuários que passaram por internação, os motivos e como podem juntos construir projetos singulares, considerando as possibilidades deste ponto de atenção e as necessidades de articulação com a rede. Por maior densidade tecnológica de que necessite, o usuário pertence ao território de atuação da eSF e todos devem se manter corresponsáveis pelo processo de produção de cuidado, acompanhamento e/ou monitoramento da situação de saúde. Da mesma forma, alguns dados podem subsidiar planejamento de ações mais amplas, por vezes intersetoriais. Exemplos disso são os casos frequentes de atropelamentos por necessidade de organização de fluxos, sinalizações de trânsito ou hábitos que não favoreçam segurança. Essa situação traz possibilidades de ações com o setor Educação (educação para o trânsito) e superintendências de trânsito (análise de fluxos, sinalizações, colocação de faixas de pedestres).

Propostas de ações que promovam cultura da paz também podem e devem ser desenvolvidas por todas as equipes em seus territórios, em parceria com diversos equipamentos

sociais, com olhar sobre a vítima, o agressor (perpetrador da violência – aquele que comete o ato de violência) e a família. O sujeito que se torna vítima ou perpetrador de violência é um indivíduo como qualquer outro, parte de um contexto que não pode ser evidenciado apenas quando se torna um usuário que necessita de cuidado específico por consequência/sequela de uma ação vivida. O tema violência é complexo, amplo, mas não impossível de ser pensado a partir de pequenas ações, em diferentes segmentos, pois os impactos na saúde são muito presentes e frequentes.

Saiba mais: sobre cultura da paz no contexto da Saúde da Família na publicação "Por uma Cultura da Paz, a Promoção da Saúde e a Prevenção da Violência", disponível na Biblioteca Virtual em Saúde <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cultura_paz_saude_prevencao_violencia.pdf>.

De forma bem prática, podemos resumir:

- é importante conhecer o território – territorialização;
- identificar demandas específicas para os profissionais de reabilitação do Nasf – barreiras, facilitadores, perfis demográfico e epidemiológico da população, dispositivos da rede de cuidado/atenção;
- eleger prioridades de intervenção, sem perder de vista a governabilidade e alinhamento individual e entre os membros da equipe;
- planejar e executar ações (preventivas, promocionais e de reabilitação);
- avaliar as ações pensando em intervenções futuras;
- construir protocolos e diretrizes terapêuticas locais para atuação do Nasf;
- pactuar fluxos com os serviços especializados de reabilitação.

Sugestão de leitura complementar:

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil. *Revista Ra'e Ga*, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009. Disponível em: <http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/espaco_territorio_e_saude.pdf>.

3.3 Pactuando o processo de trabalho com os demais atores da Atenção Básica

A organização da agenda dos profissionais da eNasf deve contemplar diferentes ações, sempre pensadas no diagnóstico local e dialogadas com as eSF e os gestores locais, em um processo de cogestão. Os gestores locais podem contribuir com a indicação das maiores demandas do município ou do território e o alinhamento das ações do Nasf com as demais ações da rede local de atenção à saúde. Juntos, as eSF, gestores locais e eNasf podem identificar lacunas no cuidado de saúde na AB e planejar ações transformadoras

no âmbito da reabilitação. É muito importante que o processo pactuado seja registrado e de fácil consulta a todos os envolvidos, por exemplo, com a divulgação das agendas dos profissionais eNasf, seja por meio impresso ou eletrônico (BRASIL, 2014).

Embora predominem na agenda as ações programadas, é possível que a eNasf tenha ações direcionadas à demanda espontânea e reserve tempo para isso. Essas ações podem ocorrer por meio do próprio acolhimento da eSF, em que esta identifica situações potenciais e pactua com a eNasf a colaboração com orientações específicas. Na ocasião, pode direcionar o usuário para uma das ações programadas da eNasf, como as atividades coletivas ou outras.

A intervenção da eNasf às demandas espontâneas pode auxiliar especialmente nas situações de usuários que retornam ao acolhimento com frequência com a mesma queixa, a qual não se resolve com as práticas usuais da equipe. A perspectiva é de que, sendo acompanhado nas ações específicas da eNasf, o usuário passe a ter apoio para seu autocuidado e não exista mais necessidade de buscar a unidade como demanda espontânea recorrente, como acontece nas dores e doenças crônicas. Nessa situação, a eNasf contribui com respostas alternativas para as demandas espontâneas recebidas no acolhimento e amplia a capacidade de resposta da eSF, tanto de forma quantitativa (interfere na diminuição da demanda espontânea devido a queixas recorrentes) quanto de forma qualitativa (ampliando o escopo da AB, em relação ao conhecimento técnico-específico).

Por exemplo: parte da demanda espontânea são sintomas físicos recorrentes, muitas vezes não resolvidos com as práticas medicamentosas, como as dores de origem musculoesquelética. A eNasf pode contribuir com a orientação de práticas não medicamentosas para alívio da dor, como termoterapia (como bolsa de água quente), crioterapia (bolsa de gelo), cinesioterapia (como exercícios para o alongamento, fortalecimento e relaxamento muscular), treino funcional e adaptações de atividades domésticas e/ou laborais. Além disso, pode direcionar os usuários para as ações que acontecem na UBS ou no território, como os grupos terapêuticos ou atendimentos individuais, numa perspectiva de que, sendo acompanhado pelo grupo, o usuário passe a ter apoio para seu autocuidado e não exista mais a necessidade de buscar a unidade como demanda espontânea recorrente para alívio dessas queixas algias.

Além da organização do cotidiano do trabalho, é necessário pactuar, com os demais atores da AB, como se dará o processo de trabalho da eNasf. É importante que esteja claro qual é a forma de acesso às ações assistenciais e, para isso, a eNasf pode usar ferramentas específicas, ao seu critério, tais como fluxogramas, diretrizes assistenciais, orientações técnicas ou formulários de acesso. Esses documentos podem tratar exclusivamente das ações assistenciais da eNasf ou ainda mostrar as articulações da eNasf com outros pontos da rede e os critérios de acesso para essas. Não se pretende aqui incentivar a construção de documentos complexos, mas sim fomentar o simples registro dos fluxos assistenciais pactuados a fim de melhorar a comunicação e o compartilhamento do cuidado (BRASIL, 2014).

Por fim, reafirma-se a necessidade de atentar para a proporção de equipes apoiadas por Nasf, visto que a adequação permite qualificação das ações e do equilíbrio entre ações individuais e coletivas, ajustando oferta à demanda existente (BRASIL, 2012c).

Sugestão de leitura complementar:

ALVES, A.; SOUZA, A. E. Protocolo de atendimento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município de Itapema SC: uma contribuição para o processo de trabalho. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, Itajaí, v. 1, n. 2, p. 27-34, 2014. Disponível em: <http://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rbts/article/view/7239/pdf_1>. Acesso em: 24 jul. 2016.

SILVESTRE, M. V. et al. Regulação e gestão de filas de espera: uma experiência exitosa do Serviço de Fisioterapia no município de Florianópolis. **Revista de Saúde Pública de Florianópolis**, Florianópolis, v. 2, n. 2, p. 41-46, 2014. Disponível em: <https://issuu.com/revistasaudepublicafpolis/docs/rspf_a2n2_ebook_2e392af6c72fd3/0>. Acesso em 24 jul. 2016.

3.4 Já organizamos o processo de trabalho e pactuamos uma agenda de trabalho! E agora, como avaliar e monitorar?

A organização da agenda e do processo de trabalho deve ser avaliada e monitorada em processos contínuos de melhoramento, em que as equipes do Nasf possam se autoavaliar, refletir sobre os avanços alcançados, os principais nós que persistem no apoio matricial, renovar as prioridades de ação e reconhecer as potencialidades e os facilitadores do processo. A avaliação deve ser disparadora da reorganização do processo de trabalho e deve ser participativa e democrática. No momento da avaliação, deve-se assumir uma agenda de monitoramento para que as prioridades estabelecidas e as ações priorizadas não se percam ao longo do tempo.

Para o monitoramento contínuo da produção e da informação em saúde na AB está proposta a Estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), que tem o propósito de melhorar a qualidade das informações e otimizar o uso destas por gestores, profissionais da saúde e cidadãos (BRASIL, 2015). A utilização do e-SUS AB auxilia no compartilhamento das informações entre os integrantes das equipes, favorece a visualização das ações que estão acontecendo na unidade, evita o extravio de dados, facilita a coleta para pesquisas em saúde e padroniza a informação proveniente de diversos sistemas. O e-SUS AB contempla o registro da produção dos diferentes formatos de equipes de AB, incluindo o Nasf, as equipes de Consultório de Rua e demais.

Já para avaliação, é proposto o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB) como forma de estruturar a avaliação e o monitoramento das ações da AB em todo o País. O Pmaq-AB possibilitou a adesão das equipes do Nasf a partir do seu segundo ciclo, ocorrido em 2013/2014. Como indução de processos de melhoria de acesso e qualidade nos serviços de AB, o programa constitui um ciclo contínuo que inclui a adesão das equipes, a autoavaliação por meio de um instrumento padronizado, o monitoramento, a avaliação externa e a reconstrução (BRASIL, 2013).

As eNasf dispõem de instrumento de autoavaliação elaborado segundo suas especificidades, denominado Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Amaq-Nasf). Neste, a dimensão "Organização do Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde" traz padrões específicos sobre reabilitação e outros que estão fortemente relacionados a esta, que dizem respeito ao cuidado às pessoas com doenças crônicas, às pessoas com deficiência e às próprias ações

de reabilitação realizadas pela eNasf (BRASIL, 2013). Embora seja um instrumento de avaliação das equipes, o Amaq-Nasf tem sido considerado como indutor de processos de trabalho, visto que a própria autoavaliação dirige o olhar da equipe para o planejamento e a qualificação das ações.

Saiba mais: sobre o instrumento Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Disponível em: <<http://amaq.lais.huol.ufrn.br/static/assets/docs/AMAQ-NASF.pdf>>.

3.5 O PTS: uma das formas de gestão do cuidado

Historicamente, a reabilitação tem sido pensada dentro do modelo biomédico no qual o sujeito não é reconhecido em suas singularidades e é a sua patologia que determina sua trajetória no processo de reabilitação. Nessa lógica, o usuário tem pouca ou nenhuma participação no seu projeto terapêutico. O discurso do modelo biomédico focaliza o corpo deficiente ou a disfunção da parte do corpo e determina que o indivíduo necessita dos cuidados de diversos especialistas que definirão, sem considerá-lo como sujeito do processo, quais serão as intervenções mais adequadas. Ao tornar-se apenas doença, o indivíduo passa a dizer "sou deficiente", "hemiplégico", "hipertenso", "amputado", como uma identidade, ainda que nem sempre haja entendimento preciso do sentido e da implicação dos termos pronunciados. A rotulação do sujeito, somada à fragilidade que é implícita a um processo de adoecimento, termina por levá-lo a se entregar ao saber científico e colocar-se sobre a tutela dos profissionais e serviços de saúde (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2013).

Na mesma lógica, as equipes exploram pouco o espaço relacional com os usuários para a construção de novas tecnologias que possibilitem vivências alternativas e ações que possam deslocar o eixo terapêutico da correção biomecânica para o fortalecimento da autoestima, dos espaços afetivos e da autonomia, como fomentado pelo modelo biopsicossocial apontado na Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). Consideram que o usuário deve obedecer de maneira acrítica e sem restrições às prescrições disciplinares dos profissionais e culpam-no se o tratamento não atinge os resultados esperados. Torna-se evidente a dificuldade dos profissionais em lidar com sofrimentos e recusas, preferem lidar com a doença, na qual a racionalidade da biomedicina estabelece procedimentos e protocolos (MITRE, ANDRADE; COTTA, 2013).

Na contracorrente do modelo biomédico, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) tem sido reconhecido como ferramenta de gestão de cuidado compartilhado e corresponsável, sendo incorporado nas rotinas das equipes gradualmente, ainda priorizado na condução de casos complexos. A partir da escuta qualificada e do respeito à individualidade do sujeito, com sua crença, história ocupacional, hábitos, aspirações e desejos, constrói-se em conjunto o projeto terapêutico, pensado nas possibilidades de trabalho multidisciplinar, no envolvimento do usuário com seu próprio cuidado e nos elementos do território.

A formulação do PTS é um momento de pactuação com o usuário, no qual são identificadas as fragilidades e as potencialidades do indivíduo, articulado ao contexto familiar e social. É um diálogo, uma construção horizontal e corresponsável, que ultrapassa o campo da saúde, pois traz elementos da vida, da cidadania, dos direitos e das relações

afetivas e sociais. Nessa proposição de possibilidades, são respeitados os fluxos pactuados com a rede, mas não com um formato de caminho único. Todo projeto terapêutico traça um caminho singular para cada sujeito (BRASIL, 2014).

Tendo a integralidade como um dos fundamentos, a reabilitação está incluída no PTS, e essa incorporação fortalece as ações de reabilitação na AB. No âmbito da reabilitação, o PTS objetiva a promoção da autonomia, a igualdade de oportunidades e a acessibilidade. A equipe do Nasf participa da proposição do PTS e pode se responsabilizar pelo acompanhamento do caso, fortalecendo o vínculo com o usuário e os familiares e atuando com forte papel articulador de todo o processo. Os elementos do território podem ser chamados para diálogo e colaboração, tais como centros comunitários, associações, escolas, academia da saúde, entre muitos outros.

Caso A:

Alex tem 34 anos, casado, com uma filha de 8 anos. É acompanhado por médica de família devido a várias demandas de saúde, entre elas a dor cervical. A médica, depois de algumas intervenções, decidiu compartilhar o caso com a fisioterapeuta da eNasf e sugeriu que esta fizesse uma consulta individual para avaliação. A fisioterapeuta, por sua vez, sugeriu que a intervenção seria mais completa se fosse realizada com uma profissional de Educação Física. Assim, convidaram o Alex para uma consulta compartilhada. Ele compareceu à consulta compartilhada e relatou que vem sofrendo com dor cervical há tempo. Levou os exames de imagem, que constataram retificação cervical e protusões discais. A médica já orientou uso de analgésicos, anti-inflamatórios e medicamentos para dormir. Há dois meses, Alex iniciou prática de exercícios cinesioterapêuticos (exercícios de fortalecimento e alongamento), 2 vezes por semana. Todas essas intervenções têm o ajudado a controlar a dor, mas o quadro segue com crises de dor a cada duas semanas. Alex relaciona a sua dor à problemática do seu trabalho. Trabalha como frentista em um posto de gasolina, no período da madrugada, todas as noites. Acumula funções no trabalho: abastece os carros, cobra, armazena dinheiro em uma pochete e depois descarrega no caixa. Embora ciente do risco, diz que não tem medo de assaltos. Alex sai do trabalho às 6h. No período da manhã, ainda fica acordado, leva e busca a filha no colégio, realiza os exercícios cinesioterapêuticos de forma supervisionada e faz outras atividades rotineiras (supermercado, por exemplo). Dorme no período da tarde. Está em uso de ansiolítico (1 vez ao dia) para ajudar a dormir, mas diz que, mesmo sem o remédio, consegue dormir. Relata usar o remédio para dormir mais pesado . Observa-se que Alex passa pouco tempo com a filha (de manhã, ela está na escola; à tarde, ele está dormindo; à noite, ele está trabalhando), mas relata que é tempo suficiente. Questionado sobre os hábitos alimentares, conta que praticamente só faz duas refeições ao dia: almoço e um lanche na madrugada (bolacha e café), não toma muita água e toma bastante café durante todo o turno de trabalho. É tabagista.

Em conversa com Alex, foi traçado um plano de ação multiprofissional:

- a curto prazo: iniciar uso de bolsa de água quente como mais um recurso analgésico, iniciar prática de alongamentos nos dias em que não pratica atividade física supervisionada, notificar o caso como doença profissional, devido aos agravos à saúde relacionados às condições de trabalho;

- a médio prazo: conversar com a médica de família sobre a necessidade do uso do ansiolítico, já que o usuário conseguiria dormir sem o medicamento;
- a longo prazo: melhorar os hábitos alimentares, promover ações de redução de danos em relação ao uso do tabaco e refletir com o usuário sobre sua rotina diária, buscando reorganização pessoal possível para melhor equilíbrio entre suas atividades cotidianas (produtivas, de descanso e lazer).

Nesse caso, o Nasf faz: construção do PTS em conjunto com a eSF, notificação das doenças profissionais como ação de vigilância de saúde do trabalhador.

3.6 Desatando nós para a oferta da atenção integral à saúde: a articulação entre Nasf e outros pontos da rede de atenção

Equivocadamente, a palavra reabilitação nos remete a um tipo de atenção altamente especializada (SOUZA; ROCHA, 2010; OTHERO; DALMASO, 2009). Embora existam esforços de ações de reabilitação descentralizadas em todos os níveis de atenção, com organização de referências e contrarreferências, a assistência à saúde da pessoa com deficiência e as demais demandas de reabilitação ainda encontram dificuldades de se constituir de forma orgânica. Prevalece a cultura de encaminhamento para serviços especializados (SOUZA; ROCHA, 2010), sem necessariamente uma avaliação da demanda.

Em parte, essa cultura se afirma na tradição dos serviços hospitalocêntricos e na dificuldade da AB em prover práticas em reabilitação. Ainda existe pouca clareza do papel da eNasf nas ações de reabilitação, ocasionando a desresponsabilização do cuidado no ato do encaminhamento para os serviços de outro nível de atenção sem previamente acolhimento ou avaliação da situação. O cuidado torna-se mais fragmentado quando o usuário se depara com filas de espera, dificuldades de deslocamento para serviços especializados de reabilitação mais distantes da sua moradia e falta de clareza dos fluxos de acesso (SOUZA; ROCHA, 2010). Ou seja, encaminhamentos com poucos critérios aos serviços especializados contribuem para agravar as situações de baixa resolutividade no cuidado.

Nesse sentido, a eNasf e a eSF devem possibilitar o início precoce das ações de reabilitação e de prevenção de perdas funcionais (BRASIL, 2012a), agregando resolutividade à AB e, quando necessário, qualificando os encaminhamentos aos serviços especializados em reabilitação (REIS et al., 2012). Os profissionais da reabilitação na AB promovem a ampliação do escopo de ações da equipe, à medida que promovem o cuidado assistencial e articulam outras ações, auxiliando na comunicação com demais pontos de atenção do território. O acompanhamento compartilhado dos casos, longitudinalmente, potencializa a capacidade da equipe de manejar suas demandas de reabilitação, favorecendo situações geradoras de autonomia dos usuários e de descentralização das ações, evitando, quando possível, deslocamentos desnecessários de usuários com limitações. Dessa forma, representa uma das respostas ao problema da dificuldade de acesso e da descontinuidade do cuidado na área de reabilitação (REIS, 2012; ROCHA; SOUZA, 2011).

As práticas em reabilitação na AB possibilitam atenção no espaço social do sujeito, que é o território de seu domicílio. E sendo as eSF e o Nasf dispositivos de base territorial que favorecem o cuidado ao usuário e o apoio à família, seja na adaptação a uma nova condição, seja na promoção da inclusão. Para isso, há necessidade de um olhar ampliado das equipes para além do sujeito a ser cuidado (OTHERO; DALMASO, 2009), tendo uma abordagem em que se compreende que o fator limitador pode ser o meio em que a pessoa está inserida, e não na deficiência em si (BRASIL, 2011). Essa postura a ser adotada pelos profissionais condiciona ações que podem potencializar habilidades, autonomia e inclusão social (BRASIL, 2011; FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Para que exista adequada articulação com os demais pontos de atenção da rede, é muito importante que a eSF e o Nasf tenham acesso aos fluxos atualizados e pactuados com cada serviço especializado, que podem estar disponíveis nas UBS para consulta. Assim, quando as eSF e o Nasf, conjuntamente, identificam a necessidade de um cuidado especializado em outro ponto de atenção da rede, verificam os critérios de acesso e discutem o quanto aquela intervenção pode contribuir para a saúde do usuário, esclarecendo para ele os possíveis benefícios. Caso avaliado que o usuário deve ser encaminhado, as eSF e o Nasf o apoiam ao longo do processo e acolhem suas necessidades após a alta do serviço especializado.

Uma forma de integrar a rede de atenção é a promoção de eventos pontuais com trabalhadores dos diferentes serviços ou encontros regulares (como fóruns de reabilitação), como ação de educação permanente. Nessa ocasião, os serviços têm a oportunidade de esclarecer fluxogramas e critérios de acesso, tirar dúvidas específicas para encaminhamento, discutir casos, visualizar com maior clareza qual é o papel de cada ponto de atenção e quais são as lacunas que não estão sendo cobertas por algum serviço, criar vínculos entre os trabalhadores que possam facilitar na articulação e na organização dos serviços (BRASIL, 2014).

Saiba mais: sobre ações de comunicação e articulação entre a Rede de Atenção à Saúde com os relatos da Comunidade de Práticas: Fórum de Reabilitação: Encontro transformador de políticas e práticas, disponível em: <<https://novo.atencaobasica.org.br/relato/484>>; Construção da rede de reabilitação: desafios na relação entre Atenção Básica e seus serviços de referência no município de Vera Cruz/BA, disponível em: <<https://novo.atencaobasica.org.br/relato/2461>>; e Fórum Nasf, disponível em: <<https://novo.atencaobasica.org.br/relato/3096>>.

Assim, o intuito do cuidado em reabilitação é o fomento à autonomia do usuário e familiares, fazendo uso dos dispositivos de saúde, e outros, disponíveis no território, de forma dialogada entre os serviços e com avaliação adequada da necessidade de encaminhamento, em momento oportuno, seja para atenção especializada, ou vice-versa. Com a tomada dos devidos cuidados para que o usuário não fique dependente dos serviços de saúde.

Caso B:

Joana tem cerca de 60 anos e tem esporão calcâneo nos pés há muitos anos. A dor relacionada ao esporão a limita nas suas atividades de dona de casa, dificulta o caminhar e demanda que esteja sempre em uso de analgésicos. O médico de família conversou com o fisioterapeuta e o profissional de Educação Física sobre a dor da Joana e estes decidiram convidá-la a participar do Grupo de Autocuidado para Dor. Ela compareceu ao grupo e, nesse dia em especial, a dor estava mais forte do que de costume, com presença de edema pronunciado, configurando crise álgica relacionada a esforços realizados no dia anterior. No grupo, os participantes receberam informações sobre dor crônica, orientações sobre o uso do gelo e do calor (compressa de água quente) como recursos analgésicos e anti-inflamatórios e a importância de manter hábitos saudáveis como forma de melhorar a qualidade de vida. Observando que o caso da Joana se tratava de uma situação de agudização da dor, o fisioterapeuta realizou avaliação e atendimento individual, mas, como percebeu que seria necessária maior intensidade do cuidado (maior frequência de atendimentos individuais) e que nestas situações havia pactuação de seguimento do fluxo para especializada, encaminhou Joana para um serviço especializado, em outro ponto de atenção da rede. Neste local, ela realizou o seguimento de atendimentos de fisioterapia, que resultaram na redução da dor, restauração do movimento e permitiram a iniciação em uma prática de atividade física. O serviço especializado retornou o caso para a AB, após o tratamento, e Joana foi inserida no grupo de práticas corporais da unidade, atividade física e lian gong, para continuidade do tratamento.

Nesse caso, o Nasf faz: grupo de educação em saúde, regulação de casos para atenção especializada, articulação com outros pontos da rede, cuidado longitudinal, práticas integrativas e complementares em saúde.

Caso C:

Vinícius, 18 anos, após três meses de internação hospitalar devido a uma perfuração por arma de fogo, com consequente lesão medular em nível de T1-T2, retorna para seu domicílio. A família comunica a situação à eSF, informando sobre a recomendação da alta para atendimento fisioterapêutico, o que gera o agendamento da primeira visita domiciliar planejada com a composição dos profissionais: enfermeira, fisioterapeuta, assistente social e agente comunitário de saúde. No percurso ao domicílio, percebem-se barreiras no território (ladeiras, escadarias, becos). Encontrando o domicílio fechado, a equipe retorna para a UBS e, logo em seguida, a mãe de Vinícius procura a equipe na UBS para relatar a situação de saúde do filho. Ela relatou estar preocupada com a nova condição do filho (que está fazendo uso de cadeira de rodas), pois não sabia auxiliá-lo para as atividades de vida diária, curativos, transferências, além do fato de a condição financeira da família estar fragilizada, visto que ela, o seu esposo e o filho mais velho estão desempregados, e que Vinícius já não possuía trabalho formal e vínculo algum com a previdência. Acolhida pela equipe, a sra. Ana trouxe o relatório de alta hospitalar em que constava que Vinícius tinha necessidade de acompanhamento fisioterapêutico, realização de curativos em dias alternados e avaliação psicológica. Com as informações do relatório de alta e a escuta da sra. Ana, os profissionais identificaram a necessidade de acompanhamento compartilhado com

outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, como o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) pela frequência de cuidados (grande frequência atendimentos domiciliares) requerida na situação. Ainda no atendimento compartilhado, a sra. Ana foi esclarecida sobre o Benefício de Prestação Continuada (BPC) a pessoas com deficiência, sendo orientada sobre encaminhamento à previdência social; também foi orientada sobre serviços na rede de saúde, seus fluxos, foi agendada nova visita para atendimento domiciliar com a realização de curativos, orientações sobre posicionamento, transferências, para algumas AVDs, exercícios a serem realizados diariamente com ajuda dos familiares/cuidadores e avaliação com psicólogo da eNasf. Duas semanas após o acolhimento inicial, a sra. Ana retorna à UBS com informações e retornos dos encaminhamentos e orientações que tinham sido realizados e articulados pela eSF e pelo Nasf: Vinícius estava sendo acompanhado pela equipe multiprofissional do Serviço de Atenção Domiciliar – Melhor em Casa (consultas de enfermagem, medicina, atendimentos fisioterapêuticos) e pela eNasf, conforme havia sido pactuado e tinha sido iniciado o processo para recebimento do BPC. A família continuou sendo acompanhada concomitantemente e sistematicamente em visitas domiciliares de monitoramento pela eSF e de atendimento pelo psicólogo da eNasf, sempre buscando dialogar com os outros serviços que compartilhavam do cuidado.

Sugestão de leitura complementar:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular**. 2. ed. Brasília, 2015. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_lesao_medular_2ed.pdf>.

3.7 Educação permanente: compartilhando saberes do núcleo para fortalecer o cuidado em reabilitação

Acredita-se que os momentos para se construir e aprender sobre o ato de cuidar sejam intencionais ou não, porque estão presentes no dia a dia, mesmo que fora de circunstâncias formais. É no constante encontrar que surge o potencial de mudança para os saberes não tecnológicos, despertando sempre novos olhares e produzindo novas formas de conhecimento que impactarão no ato de cuidar. O agir em si, o trabalhar coletivamente, conduz à produção de novas formas de se fazer em saúde (MERHY, 2015).

As trocas de saberes entre profissionais se dão na rotina de trabalho. Os cuidados compartilhados possibilitam troca de conhecimento, mesmo que os profissionais estejam atuando em momentos diferentes. Um exemplo desta troca de saber é o que acontece com o acompanhamento de usuários restritos ao leito. A Fisioterapia detalha orientações a respeito das possibilidades de mobilização e posicionamento; a Terapia ocupacional atua nas possibilidades de melhor participação nas AVDs, adaptações ou mudanças no ambiente; a Fonoaudiologia, nos cuidados básicos durante a alimentação, como posicionamento e velocidade de oferta; a Nutrição, na adequação alimentar quando há necessidade de adaptação de consistência e suplementação que contribua para o tratamento de feridas; a enfermagem, no cuidado global; a Medicina, na condução e estabilidade clínica; a Farmácia,

no apoio para organização e manejo medicamentoso; o Serviço Social, na questão social e funcionalidade familiar envolvida naquele cuidado. Enfim, é a atuação de uma orquestra adequadamente governada para que a sinfonia produza harmoniosa melodia no cuidado integral daquela família (MERHY, 2015).

A Organização Mundial da Saúde aborda, em seu **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa** (2010), elementos interessantíssimos para se pensar sobre a importância da interprofissionalidade para qualificação dos serviços e práticas de saúde, pensando no fortalecimento dos sistemas de saúde e melhorias nos resultados. A prática colaborativa acontece quando profissionais de saúde com diversas experiências trabalham com usuários, famílias, cuidadores e comunidades para potencializar a qualidade da assistência, facilitando a integração de dos indivíduos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Sinaliza ainda que a prática colaborativa funciona melhor quando é organizada a partir das necessidades da população, considerando a forma como a atenção à saúde local é prestada. A sua efetividade é possível quando há oportunidades para a tomada de decisão compartilhada e para reuniões entre os membros das equipes rotineiramente. Assim, os profissionais de saúde podem decidir sobre metas comuns e planos de gerenciamento de casos de usuários, buscar equilíbrio entre tarefas individuais e compartilhadas e negociar recursos compartilhados. Não se pode esquecer que

sistemas e processos de informação estruturados, estratégias de comunicação efetivas, políticas para resolução de conflitos e diálogo frequente entre a equipe e os membros da comunidade desempenham um papel importante no estabelecimento de uma boa cultura de trabalho (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010, p. 29).

Sugestão de leitura complementar: Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa (WHO/HRH/HPN/10.3). Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3019:marco-acao-educacao-interprofissional-pratica-colaborativa&Itemid=381>.

3.8 Explorando os olhares para o domicílio

O cuidado em reabilitação no domicílio prestado pelos profissionais do Nasf se direciona aos usuários que se encontram com dificuldade de locomoção ou alterações funcionais que limitem suas atividades e estão impossibilitados, pela condição de saúde ou barreiras geográficas, de se deslocar até a unidade de saúde. Essas situações podem demandar ações de reabilitação ou de cuidados paliativos e envolver diversos profissionais (BRASIL, 2012a).

É importante que haja clareza de qual é o papel da eNasf na Atenção Domiciliar, pois as ações devem ser coerentes com as funções do Nasf na unidade de saúde e no território. Ou seja, quando o cuidado é realizado em domicílio, mantêm-se as características de um processo de trabalho centrado no apoio assistencial e técnico-pedagógico. Nas situações em que a eNasf tem mais possibilidades de se concentrar em práticas terapêuticas, conseguirá realizar

atendimentos domiciliares sequenciais de forma organizada e suficiente. Entretanto, nas situações em que se verifica grande demanda por assistência e a eNasf encontra dificuldades logística e organizacionais para suprir esta demanda, a equipe concentrar-se-á nas práticas de acolhimento e educativas, e compartilhará a situação, quando existir e for possível, com o Serviço de Atenção Domiciliar. Acima de tudo, em todas as situações, o cuidado deve ser compartilhado entre as eSF e eNasf.

Nos territórios com eNasf e equipes de Atenção Domiciliar, o *Caderno de Atenção Domiciliar* aborda a atuação do Nasf no domicílio como modalidade AD1, isto é, destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e recursos de saúde de menor densidade tecnológica. Para os casos mais complexos, caracterizados como AD2 e AD3, o eNasf apoia o cuidado e articula com o Serviço de Atenção Domiciliar do município ou com outros serviços especializados, até mesmo a internação hospitalar (BRASIL, 2012a).

Diferentemente dos espaços dos serviços de saúde, o domicílio é o ambiente particular do usuário. Nele estão presentes os elementos mais significativos da vida, que representam sua história, seus afetos e suas singularidades. Ao visitar um domicílio, o profissional deve respeitar esse espaço, que é alheio às rotinas dos serviços de saúde, e estar atento à dinâmica familiar do domicílio. A visita domiciliar é um momento rico de aproximação do serviço de saúde com a realidade das famílias (BRASIL, 2012a).

O olhar do profissional no âmbito da reabilitação pode estar direcionado a sugestões de adequação dentro do domicílio para facilitar a autonomia do usuário e reduzir os riscos de agravos geradores de perda de funcionalidade. São exemplos de sugestões de mudanças no domicílio: para reduzir o risco de quedas, principalmente para população idosa, a retirada de tapetes, facilitação da circulação dentro de casa, colocação de barras no banheiro e em outros locais que se façam necessários, substituição de degraus por rampas, colocação de corrimão, melhora da iluminação no interior da residência, entre muitos outros; para facilitar a autonomia de cadeirantes, facilitar a circulação dentro de casa, substituir degraus por rampas, confeccionar e/ou adaptar utensílios de acordo com as necessidades motoras e cognitivas; trazer objetos e móveis para uma altura que permita o alcance e a utilização; para a prevenção das complicações relacionadas à restrição ao leito, facilitar as transferências do usuário com orientações ao cuidador. A rotina doméstica pode ser avaliada a fim de que momentos como o banho, as refeições e o sono sejam reorganizados a partir de estratégias que facilitem a comunicação cuidador(es)-usuário, orientação espaço-temporal, entre outras necessidades, otimizando as possibilidades de cuidado dos familiares. Os hábitos familiares durante os momentos das refeições podem ser reorganizados no sentido de favorecer postura adequada, ambiente tranquilo e sem distrações, como TV ou rádio ligados, utensílios com tamanho e formatos adequados (colher, garfo e copo), estratégias que facilitem a comunicação, entre outras necessidades e possibilidades dos familiares.

No momento de intervenção no domicílio, é muito importante a presença do cuidador, pois a interlocução entre este e a equipe de saúde é essencial para o cuidado. O cuidador pode ser orientado quanto ao manejo de algumas situações que facilitem o cuidado domiciliar, contribuam para a segurança do cuidado e estimulem o usuário a participar das atividades de vida diária (BRASIL, 2012a). Como exemplo, podemos citar a realização de

transferências em que o cuidador possa ser orientado a fazer de forma segura, facilitando a transferência do usuário do leito para uma cadeira, sem que incorra em riscos para ambos; o manejo e administração dos medicamentos; o preparo e assistência durante as refeições; o auxílio ou condução das tarefas de higiene pessoal; e a orientação sobre o uso de órteses e meios auxiliares de locomoção, como as cadeiras de rodas.

O cuidador também terá demandas de atenção à saúde, pois se dedica ao cuidado do outro e não tanto ao seu autocuidado (BRASIL, 2012a). O profissional deve atentar a essas demandas do cuidador, antecipando-se a possíveis agravos relacionados a não realização de exames preventivos, abandono do tratamento de doenças crônicas, fragilidades emocionais relacionadas à rotina do cuidado, isolamento da vida social e distanciamento de hábitos saudáveis.

Dessa maneira, tendo como foco os arranjos que se configuram para uma atenção no domicílio, a eNasf deverá atuar na lógica da corresponsabilização e gestão integrada do cuidado, incorporando os saberes de diversos núcleos profissionais. O atendimento no domicílio prestado pela eNasf possibilita ao usuário se beneficiar de uma equipe multidisciplinar/interdisciplinar, operando tecnologias leves e leve-duras², reconhecendo o potencial terapêutico da permanência no ambiente familiar, as possibilidades de ações e a diminuição dos riscos de infecção hospitalar (BRASIL, 2012a).

² Consideramos a tipologia de tecnologias proposta por Merhy e outros autores (2007), que classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como: leve (no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho), leve-dura (no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia) e dura (no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais)

Caso D:

A eSF solicitou apoio da eNasf na condução da situação de saúde da dona Susana, de 74 anos de idade, que teve acidente vascular cerebral (AVC) há um ano. Desde o AVC, a ela está restrita ao leito. Foi ofertado atendimento em um centro de reabilitação, mas a família não conseguiu manter a frequência dos atendimentos e parou de levá-la. Dona Susana é cuidada pelo filho, que tem traços de esquizofrenia, e pelo marido, que é etilista. Foi realizada visita domiciliar da fisioterapeuta com a ACS que conhece a família há anos. Encontramos a dona Susana no leito, e uma cama hospitalar foi colocada na sala da casa para facilitar o cuidado. Durante toda a visita, o filho permaneceu junto e informou sobre a situação de saúde da mãe e sobre os cuidados diários, enquanto a usuária gritava e chorava, o que dificultava a avaliação e as orientações do cuidado. O filho informou que ela passa o tempo todo deitada, na maior parte no mesmo decúbito (em supino), até mesmo nas refeições. Embora a dona Susana estivesse bastante resistente a mudanças, a fisioterapeuta conduziu e orientou mudanças de decúbito, pactuando com ela cada movimento, até colocá-la sentada. Quando sentada, a dona Susana parou o choro e os gritos. Foi orientado que ela permanecesse a maior parte do tempo sentada, principalmente nas refeições, e deitasse somente nos períodos de descanso e à noite, além de procurar fazer trocas de decúbito. Foram programadas novas visitas, para monitorar se as orientações estavam sendo possíveis de ser seguidas e para realizar atendimento específico dos profissionais da eNasf e da eSF, conforme o plano terapêutico planejado. No intervalo entre as visitas, na discussão sobre o caso, a fisioterapeuta compartilhou as suas percepções com a equipe e sinalizou a importância da mudança de decúbito e do incentivo à posição sentada para os usuários restritos ao leito. Na segunda visita, a dona Susana foi encontrada sentada no leito, ainda que não posicionada corretamente, mas sentada. Já interagia com mais facilidade com os profissionais de saúde e com a rotina da casa. Foi orientado correto posicionamento, com ajuda de travesseiros, para que a posição sentada ficasse bastante estável e não favorecesse deformidades. A dona Susana não gritou durante o atendimento domiciliar, chorou por um curto momento quando os profissionais estavam encerrando a visita e se despedindo. A fisioterapeuta fez contato com um projeto de extensão da universidade que também faz atendimentos domiciliares aos usuários que tiveram AVC, que programou mais visitas e conduziu outras mudanças. Retornou suas percepções à equipe, destacando a fragilidade emocional dos usuários restritos ao leito, e programou acompanhamento do caso com reuniões de discussão de caso da eNasf, eSF e grupo do projeto de extensão da universidade.

Nesse caso, o Nasf faz: cuidado domiciliar na modalidade AD1, apoio pedagógico às equipes a partir de uma situação real, articulação com a universidade.

Sugestão de leitura complementar:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf>.

Caso E:

Ana, 86 anos, casada, sem filhos, é diabética, hipertensa e apresenta catarata em grau avançado. João, marido, aposentado por invalidez, não sabe ler; é afetuoso com a esposa, embora relate certa dificuldade, nos últimos meses, com "a confusão dela" (sic). Ana encontra-se em aparente quadro de confusão mental (hipótese diagnóstica a esclarecer), o que tem prejudicado significativamente seu desempenho na realização das atividades de vida diária e domésticas. Em reunião de matriciamento, a eSF solicitou apoio do Nasf no acompanhamento da idosa, e a psicóloga e a terapeuta ocupacional realizaram algumas visitas domiciliares a fim de avaliar também o ambiente familiar. Encontraram muitos medicamentos sem prescrição, comprados aleatoriamente e misturados entre si, bem como verificaram precária situação da casa em função da sujeira e pouca ventilação natural. Considerando os riscos a que está exposto o casal, agravados pela dificuldade do sr. João em entender o comportamento da esposa e início de isolamento social, foi discutida com a eSF e a assistente social da UBS a necessidade de articulação com o Centro de Referência da Assistência Social (Cras) a fim de se verificar a possibilidade de acompanhamento por este serviço e identificar, no território, atividades e grupos de convivência para o sr. João. Também foi realizado o encaminhamento de Ana para avaliação diagnóstica no centro de especialidades e inclusão da família em programa da prefeitura municipal com vistas à contratação de um cuidador em meio turno. Estas estratégias permitiram potencializar o cuidado dispensado pela eSF e pelo Nasf ao casal, que incluiu a avaliação e o acompanhamento de outros profissionais – farmacêutico e nutricionista, de modo compartilhado.

Nesse caso, o Nasf faz: cuidado domiciliar, elaboração do PTS, articulação com outros pontos e parceiros da rede.

- Relato do Nasf BH – Regional Oeste – Centro de Saúde São Jorge (2010).

Sugestão de leitura complementar:

NERI, A. L. et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: estudo FIBRA. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 778-792, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000400015>.

3.9 Outras possibilidades do cuidado: grupos e atividades coletivas

Os grupos e as atividades coletivas são ferramentas ricas em possibilidades e estão fortemente consolidados na AB. Podem ser conduzidos pelas eSF e/ou pela eNasf, resgatando sempre a importância da corresponsabilização de ambos para que o processo transcorra sem perdas relacionadas à eficácia e à integralidade do cuidado, visando à resolutividade. Neste tópico, descreveremos e exemplificaremos três arranjos possíveis para a proposição de grupos e atividades coletivas no contexto da reabilitação: grupos da eSF apoiados pela eNasf, acolhimento coletivo e grupos terapêuticos.

3.9.1 Grupo da eSF apoiado pela eNasf

A eNasf pode apoiar os grupos conduzidos pela eSF colaborando com o olhar dos saberes dos núcleos profissionais. Essa modalidade:

- qualifica a atenção prestada por meio dos grupos;
- promove o compartilhamento do cuidado entre eSF e eNasf;
- aproxima a eSF das ações de reabilitação.

Relato de prática

A partir de uma grande demanda na UBS de usuários com queixas de dor, principalmente relacionadas ao trabalho, a equipe decidiu por construir um grupo de acupuntura. O grupo consiste em oito encontros, de frequência semanal, com duração de aproximadamente duas horas, na própria UBS, com cerca de seis a oito usuários. Na primeira hora, são realizadas atividades relacionadas à "Educação e Saúde", com abordagem multiprofissional, com apoio do Nasf, para abordar um assunto por encontro: fitoterapia, argila medicinal, técnicas de relaxamento e ioga, direitos trabalhistas, fármacos para dor e hábitos posturais. Num segundo momento, com duração de uma hora, os profissionais capacitados para uso da acupuntura realizam a avaliação dos usuários e, em seguida, o agulhamento. Ao final, é realizada a prática da auriculoterapia e uma dinâmica de educação popular que trabalhe conceitos como empatia e solidariedade.

- Relato: Grupo de Acupuntura – Grupo de Acupuntura – Centro de Saúde Monte Cristo, Florianópolis/SC.

3.9.2 Acolhimento coletivo

Visto que as práticas em reabilitação têm se mostrado uma demanda crescente para a AB, uma possibilidade de atividade em grupo é usar dinâmicas coletivas para promover o acolhimento dos usuários que necessitam de ações de reabilitação. Nesse caso, as atividades coletivas têm o objetivo de:

- identificar as maiores demandas do território e planejar possibilidades de intervenção;
- possibilitar que os profissionais da eNasf contribuam com a coordenação do cuidado em conjunto com as eSF;
- facilitar o acesso aos profissionais do Nasf, em momento oportuno, centrado na necessidade do usuário;
- vincular os usuários do território aos profissionais do Nasf, como possibilidade de acompanhamento longitudinal e tendo o profissional como articulador dos pontos de atenção;
- regular e qualificar os encaminhamentos realizados para outros pontos de atenção, quando necessário;

- promover ações de educação em saúde, por meio do aconselhamento do autocuidado, incentivo à corresponsabilização do usuário pelo seu próprio cuidado.

De forma geral, os grupos de acolhimento têm poucos encontros (de um a três, com frequência semanal). A metodologia pode incluir apenas diálogos com os participantes ou ser acrescida de exercícios terapêuticos e práticas integrativas e complementares. Permite o trabalho com grupos heterogêneos, visto que não se aprofunda em ações assistenciais para as especificidades dos usuários, mas sim em aconselhamento e articulação do cuidado.

Relato de prática

A proposta é um grupo de acolhimento para os usuários que necessitam de Fisioterapia, criando um espaço de cuidado e promoção da saúde. O grupo tem frequência semanal e se divide em três momentos: o primeiro é uma roda de apresentação na qual cada usuário relata o motivo de sua presença; em seguida, são feitos exercícios de conscientização corporal, exercícios respiratórios e alongamentos globais, apontando os benefícios que cada um desses movimentos traz para a saúde; e, como desfecho da atividade, é feita avaliação individual para traçar um plano de cuidados. Em alguns casos, identifica-se que, com a participação semanal no grupo terapêutico, os usuários aprenderão recursos para o autocuidado e logo estarão aptos para alta. Outros usuários, apenas com a orientação de exercícios domiciliares específicos, já terão os resultados desejados. Outros ainda são orientados para buscar atividade física regular nos projetos que são desenvolvidos na comunidade. E, por fim, alguns deles, após a avaliação individual, necessitam de encaminhamento para ambulatório especializado, dada a complexidade do caso. Em cada uma dessas situações, a decisão do desdobramento do caso é tomada com a eSF. Antes de o grupo existir, todos os casos de fisioterapia eram encaminhados para serviços especializados – desde os mais simples até os mais complexos. Com o grupo, apesar das limitações, o acompanhamento dos casos de fisioterapia está sendo realizado com corresponsabilização do cuidado junto às eSF e aos usuários.

- *Relato da Comunidade de Práticas. Uma ferramenta para o Nasf – Grupo de Terapia do Corpo. Disponível em: <<https://novo.atencaobasica.org.br/relato/2352>>.*

Relato de prática

A demanda por um grupo de reabilitação pode ser identificada durante ações intersetoriais na área adstrita, como atividades desenvolvidas no Programa Saúde na Escola (PSE), nesse caso de cuidado aos professores. Os formatos de palestra podem ser utilizados, mas com atenção ao desenvolvimento de uma ação menos prescritiva e mais direcionada para a abordagem do assunto, na forma de roda de conversa, com possibilidades de acolher os profissionais com suas dificuldades no cuidado vocal diário, esclarecendo dúvidas e curiosidades sobre os mitos que envolvem a voz. Mobilizados, os próprios participantes poderão sugerir uma continuidade, já que um momento pontual não é suficiente para que se desenvolvam habilidades precisas para os cuidados vocais, como o treino de exercícios de aquecimento e desaquecimento. A continuação poderá acontecer por meio da realização de um grupo terapêutico com maior número de encontros na unidade de saúde. Sugere-se que este tipo de grupo envolva, preferencialmente, todas as equipes do Nasf do município, pois, assim, os professores poderão ser acompanhados em sua UBS de referência. Outra opção é que os profissionais da educação possuam agenda protegida para a realização do grupo no próprio ambiente de trabalho.

- *Relato do Nasf Polo 2 – Município de Nova Lima/MG 2015 e 2016 – Unidade Básica de Saúde Cristais: **Grupo de Cuidados com a Voz.***

Sugestão de leitura complementar:

BEHLAU, M. et al. Apresentação do Programa Integral de Reabilitação Vocal para o tratamento das disfonias comportamentais. **CoDAS**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 492-496, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/codas/v25n5/pt_2317-1782-codas-25-05-00492.pdf>.

3.9.3 Grupos terapêuticos

Os grupos terapêuticos exploram as potencialidades dos profissionais do Nasf em desenvolver atividades específicas das suas áreas de atuação, de maneira compartilhada e colaborativa. Têm o objetivo de:

- ampliar o escopo das eSF, apoiando e potencializando as ações de reabilitação e as tornando resolutivas;
- ampliar a oferta de ações de reabilitação no território, trazendo possibilidades para mais próximo dos usuários e de seu contexto social;
- intervir na prevenção e na recuperação de agravos que possam comprometer a funcionalidade e a participação social;
- promover melhor qualidade de vida aos usuários nos diferentes ciclos de vida e nas condições crônicas;

- possibilitar o acompanhamento longitudinal dos casos, permitindo o cuidado contínuo, a vigilância em saúde e a intervenção oportuna e precoce em situações de instabilidade das condições de saúde.

As metodologias de grupos terapêuticos, de forma geral, envolvem grupos contínuos e permanentes ou com número maior de encontros (de 4 a 12 encontros). Consistem em ações de assistência, como práticas corporais, práticas integrativas e complementares e diálogos reflexivos sobre as práticas e, por isso, são mais adequadas para grupos mais homogêneos. Ainda é identificada como desafio a ser superado a pouca integração entre os profissionais das eSF e das eNasf nos grupos terapêuticos, que permanecem ainda como atividades específicas dos profissionais do Nasf.

Relato de prática

É comum recebermos crianças com queixas de dificuldades no desenvolvimento da fala e/ou desenvolvimento neuropsicomotor, e um grupo de estimulação pode ser uma prática terapêutica coletiva eficaz para estimular o desenvolvimento global das crianças. A atuação complementar entre a Fonoaudiologia e a Terapia Ocupacional favorecerá o desenvolvimento de atividades corporais, resgatando brincadeiras tradicionais e propondo a construção de brinquedos com material reciclável. O objetivo central das brincadeiras é essencialmente aguçar a comunicação entre os pares, além de propiciar o desenvolvimento neuropsicomotor e estimular a autonomia das crianças. Poderão ser proporcionados passeios dirigidos aos recursos do território, como parques e praças, além da participação ativa dos pais e cuidadores para envolvê-los na estimulação das crianças, a fim de que se apropriem deste cuidado. Além da atuação compartilhada entre os profissionais que conduzem o grupo, o acesso da família ao Serviço Social e Psicologia, quando necessário, deverá acontecer. Nas situações em que a criança é acompanhada em algum serviço especializado em reabilitação, o grupo terapêutico poderá ser complementar ao processo.

- *Relato do Nasf BH – Regional Venda Nova – Centro de Saúde Mantiqueira (2011) e Regional Nordeste – Centro de Saúde Conjunto Paulo VI e Centro de Saúde Marivanda Baleeiro (2012 e 2013): Grupo de Estimulação da Linguagem e do Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM).*

Relato de prática

A demanda por um grupo de reabilitação identificada por meio de ações intersetoriais na área adstrita (neste caso, nas escolas com os professores), ou mesmo diante da identificação de casos semelhantes abordados pelas eSF, proporcionou o planejamento de um Grupo de Cuidados com a Voz. Foram utilizadas palestras, com possibilidades de acolher usuários com suas dificuldades no cuidado vocal diário e esclarecer dúvidas e curiosidades sobre os mitos que envolvem a voz. O grupo terapêutico também possibilitou o desenvolvimento das habilidades precisas para a capacitação dos profissionais na utilização de dinâmicas comunicativas mais eficazes e para o autocuidado vocal. Foram realizados treinos específicos com exercícios de aquecimento, desaquecimento, articulatórios e ressonanciais. Algumas terapias associam trabalhos de corpo, fonte glótica, ressonância e coordenação pneumofônica, aliados aos conhecimentos de higiene vocal e atitude comunicativa. A proposta inicial sugere intervenção mínima com seis sessões de terapia, que podem ser adaptadas ao tempo de aprendizado e desenvolvimento dos participantes.

- *Relato do Nasf Polo 2 – Município de Nova Lima/MG – Unidade Básica de Saúde Cristais e Unidade Básica de Saúde Cruzeiro (2015 e 2016): **Grupo de Cuidados com a Voz.***

Sugestão de leitura complementar:

BEHLAU, M. et al. Apresentação do Programa Integral de Reabilitação Vocal para o tratamento das disfonias comportamentais. *CoDAS*, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 492-496, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/codas/v25n5/pt_2317-1782-codas-25-05-00492.pdf>.

Relato de prática

Por meio das demandas de dor trazidas aos profissionais de reabilitação do Nasf, percebeu-se que quadros crônicos causados por alterações posturais e acometimentos de membros superiores não apareciam nas discussões de caso das eSF e, no entanto, demandas ditas prioritárias também não conseguiam direcionamento eficiente na rede de atenção especializada pelas listas reprimidas de casos ortopédicos e neurológicos. Da discussão e reflexão entre eSF e Nasf, surgiu a ideia de realizar um grupo de exercícios e orientações que minimizasse os agravos e a cronificação dos processos de dor, proporcionando maior conscientização corporal e postural e melhora do padrão funcional, requalificando a demanda encaminhada à rede de atenção especializada com a eSF e otimizando o tempo de atendimento aos usuários. Os usuários compuseram grupos fechados de cinco encontros quinzenais: um encontro para triagem e caracterização da dor ou desconforto; e outros quatro encontros para orientações posturais e funcionais de desempenho de atividades rotineiras, com realização de exercícios respiratórios, alongamentos, fortalecimento e relaxamento, restaurando a sensação de prazer ao movimento e promovendo maior compreensão da biomecânica corporal por meio do aumento da percepção dos movimentos corporais. Gradualmente, foi realizada a inserção destes usuários em outros espaços de cuidado integral oferecidos pela eSF e pelo Nasf para prevenção e tratamento de dores osteomusculares e atenção aos sintomas psicoemocionais, como nas práticas de *lian gong* e dança circular, dos grupos de hiperdia, e no grupo de Acolhimento em Saúde Mental.

- Relato da comunidade de práticas. **Práticas Corporais como Alternativa ao Autocuidado e Alívio da Dor Crônica – Nasf Elísio Teixeira Leite.** Disponível em: <<https://novo.atencaobasica.org.br/relato/2086>>.

Relato de prática

A assistência pré-natal de qualidade é fundamental para a redução de eventos indesejáveis na gestação, promovendo o bem-estar da gestante, do seu parceiro e do bebê. O grupo de gestante Bebê a Bordo foi uma iniciativa do Nasf envolvendo profissionais de diversas áreas (Fisioterapia, Nutrição, Enfermagem, Psicologia, Fonoaudiologia e Educação Física), que realizavam atividades de acompanhamento e cuidado, atividades educativas, preventivas e orientação às gestantes e familiares. O acompanhamento era prestado às gestantes a partir do primeiro trimestre de gestação, sendo somente a partir do terceiro mês as atividades de exercícios cinesioterapêuticos. Os grupos aconteciam quinzenalmente nas UBS de acordo com a disponibilidade de espaço físico das unidades. Os encaminhamentos para o grupo eram realizados pelos profissionais das eSF ou mesmo por convite de alguma participante. Porém, a participação da gestante estava condicionada à avaliação prévia dela pela enfermeira(o) ou médico(a) da eSF. O grupo abordava desde questões sobre acompanhamento nutricional das gestantes, acompanhamento fisioterapêutico às mudanças corporais da gestação e preparação para o parto (fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico), até questões sobre práticas sobre cuidados durante a gestação, parto natural, amamentação, cuidados com o bebê, desenvolvimento neuropsicomotor do bebê, shantala, entre outros. As gestantes relatavam melhora no funcionamento intestinal, diminuição da pirose e da algia lombar, referiam também maior consumo de alimentos ricos em ferro e ácido fólico, bem como o aprendizado sobre os cuidados com a mama. A resolutividade do grupo proporcionou ainda maior articulação entre os profissionais do Nasf e da eSF, contribuindo para uma atenção integral, de acordo com os princípios do SUS.

- *Relato: trabalho apresentado na I Mostra Integrada Saúde da Família e Vigilância da Saúde da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (Sesab). MELO, A. A.; JESUS, I. S. **Bebê a Bordo: um projeto de intervenção no cuidado às gestantes do município de Amargosa-BA.** 2010.*

Relato de prática

Em certo território de atuação do Nasf, em Belo Horizonte, há importante concentração de idosos na população de abrangência. E os problemas e necessidades de saúde relacionados ao envelhecimento apresentam significativa prevalência. Sendo assim, a equipe do Nasf é frequentemente acionada e, rotineiramente, oferta ações de reabilitação, educação em saúde e promoção de atividades físicas. Também acompanha em contexto domiciliar idosos com restrição de mobilidade e de participação em atividades de vida diária e atividades sociais. Entre as condições de saúde mais comuns se destacam as consequências de acidentes vasculares encefálicos (AVEs) e demências. No dia a dia de apoio às equipes de Saúde da Família, a equipe do Nasf notou, em dado momento, que era recorrente a demanda por avaliação cognitiva dos usuários e que queixas relacionadas à memória eram comuns, mesmo em idosos hígidos. Pensando sobre este contexto, a equipe propôs projeto de intervenção coletiva, de promoção ao envelhecimento saudável, com enfoque na estimulação cognitiva. Primeiramente, as equipes de referência identificaram idosos saudáveis (sem algum tipo de incapacidade comunicativa, de mobilidade e/ou diagnóstico de demência ou transtorno psiquiátrico) e que vinham relatando esquecimentos com impacto nas atividades cotidianas. Os grupos formados, em geral, eram constituídos por mulheres, com baixo nível de escolaridade e que viviam com renda advinda da aposentadoria. E, com eles, foram realizados de 10 a 12 encontros subsequentes. Algumas dificuldades comuns relacionadas à memória foram: queimar a comida, esquecer onde guarda o dinheiro ou objetos, esquecer recados, números de telefone, datas de aniversário, de tomar o medicamento e não se lembrar de trajetos e caminhos. Durante os encontros, foram realizadas variadas atividades, buscando trabalhar e estimular diferentes funções cognitivas (atenção, concentração, orientação e memória). E eram estruturadas de forma a cada dia mobilizar uma área específica, como memória visual, semântica e verbal; cálculo e raciocínio lógico, percepção sensorial e reminiscências. Alguns exemplos foram: adedanha adaptada, uso de imagens e fotografias, contação e construção de histórias orais, atividade com ditos populares, simulação de compras de mercado, identificação de sensações táteis, gostos e cheiros, entre outros. Algumas temáticas contemporâneas e orientações para estratégias compensatórias também foram trabalhadas. Por fim, ao final do grupo, muitos benefícios foram percebidos e relatados pelos idosos, como melhora funcional, ampliação do convívio social e inserção em outras atividades da comunidade após encerramento do projeto.

- *Relato do Nasf BH – Regional Norte – Centro de Saúde Providência (2013) e Centro de Saúde Aarão Reis (2014): Grupo de Estimulação Cognitiva para idosos com queixas funcionais relacionadas à memória.*

3.10 Articulação intersetorial: potencializando o diálogo entre pares

A articulação intersetorial pode ser vista como um dos maiores desafios do processo de trabalho na AB. Ao mesmo tempo, é um privilégio ter essa estratégia dentro das potencialidades do Nasf, principalmente quando se tem o entendimento do conceito ampliado de saúde, da universalidade da saúde como instrumento de redução das desigualdades e do papel de cada trabalhador na luta pelos direitos humanos. O trabalhador do Nasf pode, com a equipe, visualizar diversas possibilidades de articulação intersetorial, por meio de ações pontuais ou permanentes, dirigidas ao seu território ou à capacitação das eSF e do Nasf.

O Programa Saúde na Escola, por exemplo, tem facilitado o diálogo entre Saúde e Educação, possibilitando o desenvolvimento de diversas ações. Na interação com os escolares, é possível fazer a identificação das crianças com deficiência ou com dificuldades no aprendizado e, com a escola, pensar nas possibilidades de adaptação, apoio e inclusão dessas crianças e adolescentes. É possível também apoiar atividades de educação em saúde para e com os alunos, estimulando o protagonismo dos estudantes e a problematização sobre a saúde e os direitos da criança e do adolescente. Da mesma forma, a interação com as famílias e os professores é essencial para a identificação de situações de vulnerabilidade e planejamento de ações conjuntas.

Saiba mais: sobre o Programa Saúde na Escola (PSE), no Portal do Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>>.

Outras possibilidades são os diversos elementos relacionados ao Sistema Único de Assistência Social (Suas), como Cras, Creas, e a outros dispositivos como conselho tutelar, agências da Previdência Social etc., que são parceiros para o desenvolvimento de ações relacionadas às diversas situações de vulnerabilidade, tais como violência, pessoas com deficiência, pessoas com limitações para o trabalho, sofrimento psíquico, abandono familiar, tráfico de pessoas, uso abusivo de álcool e drogas, desemprego, pobreza e miséria. Facilitam a aproximação e ampliação do olhar dos profissionais de saúde, tirando a concentração dos serviços da saúde de ações apenas vinculadas aos fenômenos biológicos. Possibilitam interação comunitária e atividades mais integrais e eficientes na melhoria das condições de saúde das pessoas que necessitam de cuidados em reabilitação.

A formação de redes intersetoriais, organizadas formalmente ou informalmente, como por meio de grupos de trabalho, tem contribuído para a redução da fragmentação das políticas públicas. Existem diversos formatos possíveis de grupos de trabalho, com foco em uma população específica (pessoas com deficiência, usuários de álcool e drogas, trabalhadores etc.) ou relacionados a um território específico (município ou distrito municipal). Integram setores como Saúde, Educação, Esporte, Serviço Social, Segurança Pública, associações e secretarias relacionadas à pessoa com deficiência, a idosos, a crianças e adolescentes, entre muitos outros. Os encontros proporcionados permitem a troca de informações, dados e experiências entre os pares, permitindo, inclusive, que os setores conheçam e reconheçam o papel de cada organização em relação àquele território ou população específica.

Saiba mais: sobre redes intersetoriais com os relatos da Comunidade de Práticas: Rede intersetorial articulada para promoção do cuidado compartilhado, disponível em: <<https://novo.atencaobasica.org.br/relato/3785>>; e Construindo a tessitura de uma rede intersetorial local: enlaces para a promoção da saúde, disponível em: <<https://novo.atencaobasica.org.br/relato/654>>.

Embora diversos arranjos de articulação intersetorial sejam possíveis, a diversidade não exclui as dificuldades que persistem no diálogo entre os setores. Quando as instituições entram em contato, existem disputas e evidenciam-se as lacunas dos serviços. O desafio será partir de pontos em comum e exercitar a colaboração entre os envolvidos.

3.11 Partilhando saberes: estratégias de autocuidado

A educação em saúde deve ter como base a produção de autonomia dos sujeitos para o autocuidado, sendo capaz de fortalecê-los para o cuidado de si. A tarefa de estimular o outro para a responsabilização por sua saúde é extremamente complexa, uma vez que o simples conhecimento ou transmissão de saberes não determina mudança de comportamentos (MEHRY, 2015).

O grande desafio dos profissionais da Saúde está na possibilidade de atuar trabalhando pela autonomia dos sujeitos, sem abandonar os saberes aprendidos em sua formação, mas compreendendo sua capacidade de decisão como principal objetivo da educação. Durante as ações educativas para o autocuidado, o foco não deve ser apenas informar, mas, também, aumentar a consciência crítica dos sujeitos sobre sua realidade para que possam fazer escolhas, podendo nela intervir para melhorar suas condições de vida e saúde. Os empreendimentos educativos devem ser espaços privilegiados de diálogos e aprendizagem, evitando-se metodologias impositivas (OLIVEIRA, 2011).

As estratégias de autocuidado podem ser trabalhadas com os usuários ou com os trabalhadores da equipe (eSF ou Nasf). Ações direcionadas para o cuidado da própria equipe, como grupos terapêuticos e/ou educativos, voltados aos profissionais de Saúde, além de contribuir para o autocuidado, possibilitam o fortalecimento do vínculo com as eSF e agregam conhecimentos que contribuirão na atuação destes profissionais na identificação de possíveis demandas no território. Como exemplo para essas ações, existe a possibilidade de desenvolver atividades para os agentes comunitários, pois são profissionais que têm a voz como seu instrumento de trabalho e passam grande parte do tempo caminhando e carregando materiais de trabalho. Poderão ser planejadas atividades que abordem a saúde vocal e a prevenção de dores crônicas, por exemplo.

Nesse sentido, os profissionais do Nasf necessitam ter, além dos conhecimentos técnicos, um olhar da dimensão socioantropológica e cultural, para que sua atuação fomente produção de desejos de autocuidado e um olhar ampliado de saúde (BRASIL, 2012a). Ao fazer orientações ao usuário, familiar, cuidador, entre outros, seja no momento de alta de um atendimento, seja durante um atendimento domiciliar ou num grupo terapêutico, o profissional exercita e pode suscitar autonomia e, por conseguinte, promover independência nas práticas de cuidado e nas relações dos sujeitos com os profissionais e os serviços de saúde (OLIVEIRA, 2011).

Caso F:

A Paula é uma jovem de 18 anos que sofreu um trauma ortopédico aos 15 anos. Desde então, tem muitas dores nas costas, que dificulta suas ocupações de estudante e trabalhadora. A médica de família a convidou para participar do Grupo de Autocuidado para Dor, conduzido por fisioterapeuta e profissional de Educação Física, para receber orientações sobre dor crônica, uso do gelo e do calor como recursos analgésicos e anti-inflamatórios e importância de manter hábitos saudáveis como forma de melhorar a qualidade de vida. A partir desse contato, os profissionais do Nasf deram seguimento com o Grupo de Exercícios para Dor Crônica, com o objetivo de, em poucos encontros, orientar a prática de aquecimento articular, fortalecimento e alongamentos. Dessa forma, pretendeu-se oportunizar que Paula e os demais participantes incluíssem esses exercícios na rotina diária e estivessem aptos a realizar a prática sozinhos, em seus domicílios. Nessa ocasião, também foi utilizada a auriculoterapia como recurso terapêutico, que era aplicada logo após a prática dos exercícios. Gradualmente, Paula foi introduzindo as medidas de cuidado em sua rotina, como a prática de atividade física na Academia da Saúde de seu território.

Nesse caso, o Nasf faz: grupo de educação em saúde, grupos terapêuticos com curta duração para atender a demandas pontuais e que não necessitam de acompanhamento no serviço especializado, potencialização da autonomia do indivíduo pelo seu próprio cuidado, práticas integrativas e complementares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

4

Considerando o quanto a AB é dinâmica e como são diversas as realidades das equipes, é um desafio a elaboração de um fascículo que atenda às expectativas que existem sobre a participação das eNasf nas práticas de reabilitação. Como dito no início do texto, em nenhum momento há pretensão de prescrever fazeres, mas sim apontar possibilidades. Buscou-se dissertar e descrever ações reais, que estão acontecendo nos territórios, em vez de criar situações ideais. Trata-se do que as eNasf estão fazendo de práticas em reabilitação, e não o que elas poderiam fazer, pois isso criaria expectativas que poderiam ser difíceis de ser atingidas. Assim, admite-se que a publicação pode ter faltas e lacunas, com possibilidade de descrição de situações imperfeitas, mas é disso que se trata, de vida real e cotidiana. Talvez, pode-se considerar que as limitações do documento sejam também as limitações das práticas das eNasf: muitas vezes uniprofissionais, pouca integração com as equipes de referência, poucas ações dirigidas à prevenção ou à assistência, menos ainda à promoção da saúde.

Apesar das limitações, espera-se que o texto gere movimento, na direção do fortalecimento das equipes e ampliação da resolutividade da AB. Que a leitura seja tão enriquecedora quanto a produção foi.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, 2012a. v. 1.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica – Núcleos de Apoio à Saúde da Família**: Amaq-Nasf. Brasília, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012b. (Série E. Legislação em Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília, 2012c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html>. Acesso em: 28 nov. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica**: manual do sistema com Coleta de Dados Simplificada CDS – versão 2.0. Brasília, 2015.
- _____. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**: protocolo facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto Legislativo nº 186/2008: Decreto nº 6.949/2009. 4. ed., rev. e atual. Brasília, 2011.
- 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.
- CASTRO, S. S. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 99-105, 2011.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, SP, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005. Debates.

COSTA, A. J. de J. Processo de trabalho e diferentes modalidades de apoio do Nasf no município do oeste baiano. In: FALLEIRO, L. de M. (Org.). **Experiências de apoio institucional no SUS: da teoria à prática**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. p. 59-79. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/experiencias-de-apoio-institucional-no-sus-pdf>>. Acesso em: 10 maio 2016.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil. **Revista Ra e Ga**, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 113-150.

_____. Educação Permanente em Movimento: uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 7-14, abr. 2015.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. O acolhimento e as transformações na práxis da reabilitação: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da Rede do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 1893-1902, 2013.

OLIVEIRA, D. L. L. C. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição?. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 185-188, jan./fev. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra, 2010.

OTHERO, M. B.; DALMASO, A. S. W. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 13, n. 28, p. 177-188, jan./mar. 2009.

REIS, D. C. et al. Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 663-674, out./dez. 2012.

ROCHA, E. F.; KRETZER, M. R. Ações de reabilitação de pessoas com deficiência na estratégia da saúde da família da Fundação Zerbini e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – Região Sudeste – Sapopemba/Vila Prudente – período 2000/2006. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 59-67, jan./abr. 2009.

_____; SOUZA, C. C. B. X. Terapia Ocupacional em reabilitação na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 36-44, jan./abr. 2011.

SILVA, A. T. C. et al. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, 2012.

SOUZA, C. C. B. X.; ROCHA, E. F. Portas de entrada ou portas fechadas?: o acesso à reabilitação nas unidades básicas de saúde da região sudeste do município de São Paulo – período de 2000 a 2006. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 230-239, set./dez. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório mundial sobre a deficiência**. Tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPcD, 2012. 334 p. Título original: World report on disability 2011. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44575/4/9788564047020_por.pdf>. Acesso em: 11 maio 2016.

BIBLIOGRAFIA

BEHLAU, M. et al. Apresentação do Programa Integral de Reabilitação Vocal para o tratamento das disfonias comportamentais. Centro de Estudos da Voz – CEV – e na Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil. **CoDAS**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 492-496, 2013.

BOAVENTURA, L. et al. Acolhimento de Fisioterapia desenvolvido pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família — Sociedade Hólon/CCVP, em Salvador/BA. **Interface** – Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, SP, n. 1, 2012. Suplemento 1. Resumo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf>. Acesso em: 11 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Especializada. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular**. 2. ed. Brasília, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_lesao_medular_2ed.pdf>. Acesso em: 11 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cultura_paz_saude_prevencao_violencia.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **[Site]**. 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>>. Acesso em: 4 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia**.

Brasília, 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/13/Diretrizes-de-Estimulacao-Precoce.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/04-04_protocolo-SAS.pdf>. Acesso em: 11 maio 2016.

CAMPOS, G. W. de S. 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.

COMUNIDADE DE PRÁTICAS. **Título**. Ano. Disponível em: <<https://novo.atencaobasica.org.br/relato>>. Acesso em: 2 maio 2016.

MENDONÇA, A. P. et al. Grupo de acupuntura: uma experiência na Atenção Primária à Saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 13., 2015, Natal. **Anais...** Natal: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2015. p. 329. Disponível em: <www.ufrgs.br/telessauders/documentos/producao_cientifica/Anais_CBMFC_2015_lume.pdf>. Acesso em: 3 jan 2017.

SILVESTRE, M. V. et al. O acolhimento como instrumento de humanização do atendimento em Fisioterapia no âmbito do NASF. **Revista de Saúde Pública de Florianópolis**, Florianópolis, v. 2, n. 2, p. 9-13, 2014. Disponível em: <https://issuu.com/revistasaudepúblicafloropolis/docs/rspf_a2n2_ebook_2e392af6c72fd3/0>. Acesso em: 18 abr. 2016.

_____. et al. Regulação e gestão de filas de espera: uma experiência exitosa do Serviço de Fisioterapia no município de Florianópolis. **Revista de Saúde Pública de Florianópolis**, Florianópolis, v. 2, n. 2, p. 41-46, 2014. Disponível em: <https://issuu.com/revistasaudepúblicafloropolis/docs/rspf_a2n2_ebook_2e392af6c72fd3/0>. Acesso em: 24 jul. 2016.

ISBN 978-85-334-2492-0



9 788533 424920



DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

