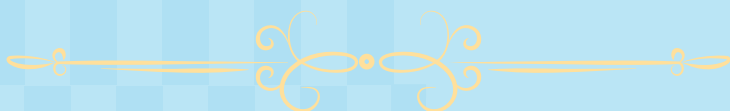


Catiane Raquel Sousa Fernandes
Nahadja Tahaynara Barros Leal
Patrícia de Azevedo Lemos Cavalcanti
Isabele Gouveia Muniz de Alencar
Thamires Lessa de Souza Rodrigues
Joseneide Teixeira Câmara
Lígia Cristinne Mota Monteiro
Diego Mota Monteiro

Entrelinhas da atenção primária:



Um guia para estagiários e recém
graduados em Enfermagem



Catiane Raquel Sousa Fernandes
Nahadja Tahaynara Barros Leal
Patrícia de Azevedo Lemos Cavalcanti
Isabele Gouveia Muniz de Alencar
Thamires Lessa de Souza Rodrigues
Joseneide Teixeira Câmara
Lígia Cristinne Mota Monteiro
Diego Mota Monteiro

Entrelinhas da atenção primária:



Um guia para estagiários e recém graduados em Enfermagem

Volume XIV da Seção Teses e Dissertações na América Latina
da Coleção de livros Estudos Avançados em Saúde e Natureza



Conselho Editorial

Abas Rezaey

Izabel Ferreira de Miranda

Ana Maria Brandão

Leides Barroso Azevedo Moura

Fernado Ribeiro Bessa

Luiz Fernando Bessa

Filipe Lins dos Santos

Manuel Carlos Silva

Flor de María Sánchez Aguirre

Renísia Cristina Garcia Filice

Isabel Menacho Vargas

Rosana Boullosa

Projeto Gráfico, editoração e capa

Editora Acadêmica Periodicojs

Idioma

Português

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E61 Entrelinhas da atenção primária: um guia para estagiários e recém graduados em enfermagem - Volume 14. / Catiane Raquel Souza Fernandes... [et al.] – João Pessoa: Periodicojs editora, 2022

E-book: il. color.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-89967-71-2

1. Atenção primária. 2. Enfermagem. I. Fernandes, Catiane R. S. II. Leal, Nahadja Tahaynara B. III. Cavalcanti, Patrícia de Azevedo L. IV. Alencar, Isabele Gouveia M. V. Rodrigues, Thamires Lessa. VI. Câmara, Joseneide Teixeira. VII. Monteiro, Lígia Cristinne Mota. VIII. Monteiro, Diego Mota. IX. Título

CDD 610

Elaborada por Dayse de França Barbosa CRB 15-553

Índice para catálogo sistemático:

1. Enfermagem: 610

Obra sem financiamento de órgão público ou privado

Os trabalhos publicados foram submetidos a revisão e avaliação por pares (duplo cego), com respectivas cartas de aceite no sistema da editora.

A obra é fruto de estudos e pesquisas da seção de Estudos Interdisciplinares em Ciências das Saúde da Coleção de livros Estudos Avançados em Saúde e Natureza



Filipe Lins dos Santos
Presidente e Editor Sênior da Periodicojs

CNPJ: 39.865.437/0001-23

Rua Josias Lopes Braga, n. 437, Bancários, João Pessoa - PB - Brasil
website: www.periodicojs.com.br
instagram: @periodicojs

Prefácio



A base da atenção básica é sustentada pela saúde da família, que é o capilar que transmite todo o pilar saúde para a população abrangente. O que antes era considerado como generalista o profissional inserido na saúde da família como os integrantes da equipe de saúde como enfermeiros e médicos hoje é defendido e necessário à sua especialização em saúde da família.

Ser enfermeiro na saúde da família requer conhecimento não apenas geral como aquele de quando sai da universidade, mas conhecer qual a especialidade do que consiste na saúde da família.

É bem verdade que o profissional da saúde da família atende desde o recém-nascido até a contra referência de um câncer de mama enfatizando assim o princípio da



integralidade do SUS, mas também é possível dizer que o profissional tem que saber quais as necessidades de cada um dos seus clientes dentro dessa comunidade, entender o sentimento diante da situação vivida e se sensibilizar com as necessidades surgidas como pessoa frente às circunstâncias.

Além disso é também papel desses profissionais se anteciparem ao adoecimento e enfatizar no seu processo de trabalho a promoção da saúde, sem com isso resumir a confundir com a prevenção de doenças.

Com isso nos direcionamos o qual importante é a ideia de vínculo pois é a partir desse ponto que traçamos a ideia do necessário para a população. Não se pode conceber a ideia de que o profissional inserido na Estratégia Saúde da Família é apenas e sempre o seu primeiro emprego e o que não tem nenhuma experiência, é preciso incentivar a se estar na saúde da família por prazer no serviço e na profissão.



Para esse bom desenvolvimento um ponto chave é a gestão do tempo, boa organização, uso de ferramentas eficazes para trabalhar na atenção básica, articulação com os demais setores envolvidos dentro da comunidade e interprofissionalismo dentro da equipe.

Este livro foi desenvolvido no intuito de apresentar aos profissionais de enfermagem, principalmente aqueles que estão iniciando a vida profissional o mundo de possibilidades existentes na Estratégia saúde da família, as possibilidades e mecanismos de trabalho e como sistematizar e otimizar o serviço.

Todo o conhecimento alocado na obra é fruto de um trabalho baseado na experiência das autoras na Gestão e assistência da estratégia, na docência, na pesquisa e nas escolas, de forma que o livro foi pensado para que possa servir como guia e uma nova visão para a enfermagem dentro da atenção básica.



Desejamos uma boa leitura!

Livia Augusta César da Silva Pereira



Sumário



Capítulo 1

PARA O ACADÊMICO/LEITOR

10

Capítulo 2

PROGRAMAS E/OU ESTRATÉGIAS NO MINIS-
TÉRIO DA SAÚDE, BRASIL 2015

15

Capítulo 3

INFRAESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS)

37



Capítulo 4

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: DE- SAFIOS PARA OS ENFERMEIROS

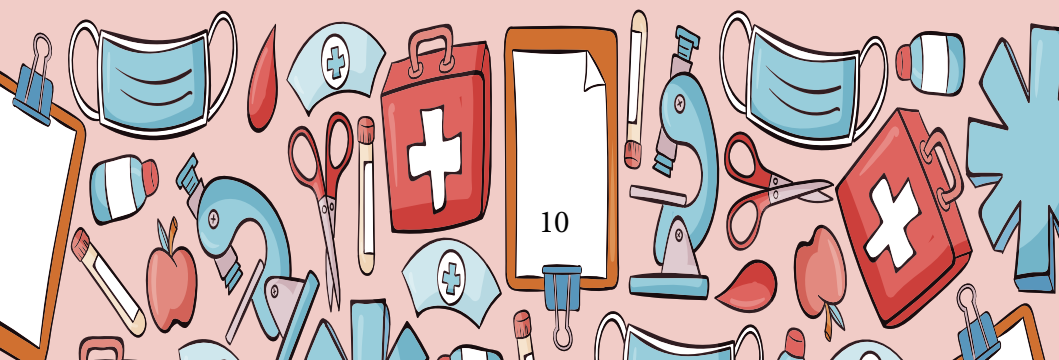
69





Capítulo 1

PARA O ACADÊMICO/LEITOR



O estudante de enfermagem pode ter ansiedade em relação ao Estágio Curricular Obrigatório. Ora, antes eram aulas práticas e mais aulas práticas e agora você estagiário, será cobrado pelo supervisor como se profissional já fosse.

Você jovem enfermeiro, sintase a vontade para usar o livro em sua rotina de estágio na atenção básica ou, se for o caso para pesquisa rápida.

Neste livro trataremos de forma genérica do que na prática, todo estudante deveria saber para atuar na atenção básica, são dicas, sugestões e procedimentos triviais os quais serão relevantes ao longo de sua carreira. Pontos críticos que nenhum enfermeiro ou livro ousou mencionar para não parecer néscio.

Geralmente enquanto acadêmico o profissional enfermeiro vê as disciplinas de forma fragmentada, às vezes sequer atenta-se a integralidade das estratégias de saúde, o professor explica, mas convenhamos você estava muito



OCUPADO nessa hora!

Seja por ser um período de transição pessoal ou profissional, seja porque você não estava nem aí para as explicações, isto não importa. Você profissional precisa se adequar as normas e rotinas do serviço ao qual está em iminência de assumir.

No capítulo 02 você entenderá os principais programas e estratégias implementadas pelo Ministério da Saúde, trata-se de um resumo para ajudar nesta hora de desespero, afinal você logo estará formado e são tantos programas, tantos manuais, porém este “material de apoio” não te exime de fazer a leitura dos manuais, pois somente estes, poderão ser seguidos de acordo com as norma e rotinas preconizadas, apenas trata-se de um esboço geral dos programas.

A resolução Cofen N° 441/2013 rege o estágio curricular obrigatório, segundo a qual Dispõe sobre parti-



cipação do Enfermeiro na supervisão de atividade prática e estágio supervisionado de estudantes dos diferentes níveis da formação profissional de Enfermagem.

O Enfermeiro docente deve acompanhar os alunos em estágio, cabendo ao profissional da unidade participar ou não da orientação, porém jamais o preceptor deve acumular a função de supervisor e enfermeiro da unidade.

Fique atento. Leia na íntegra, anexa ao livro segue a resolução.

1.1 Perguntas que o acadêmico deve fazer:

O que? Quando? Como? Onde? Qual minha contribuição para o fato?

1.2 Perguntas que o acadêmico deve evitar:

POSSO DESCANSAR UM POUCO?

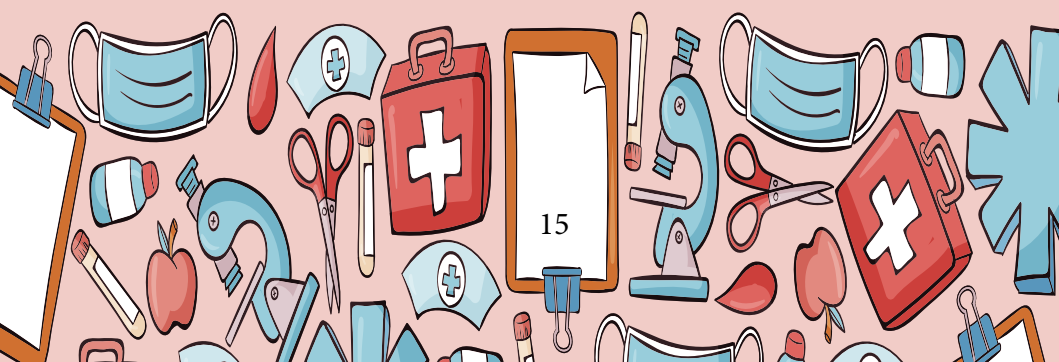


A culpa é minha? Bom!! Apontar soluções é muito mais efetivo do que buscar explicar um problema gerando outro.





**Capítulo 2 PROGRAMAS E/OU ESTRATÉGIAS
NO MINISTÉRIO DA SAÚDE,
BRASIL 2015**



Academia da Saúde – Programa que visa incentivar atividade física, regulamentado pelas Portaria 719 de 07/04/2011, posteriormente ajustada com a Portaria nº 2681 de 07/11/2013.

Amamenta e alimenta Brasil – Estratégia nacional de promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE), lançada em 2012, encontra-se regulamentada pelas Portarias:

- Portaria nº 1920 de 05/09/2013
- Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) – Portaria 2488 de 21/10/2011
- Política Nacional de Promoção da Saúde – Portaria 687 de 30/03/2006
- Política Nacional de alimentação e nutrição (PNAN) – Portaria nº 2715 de 17/11/2011
- Rede Cegonha – Portaria nº 1459 de 24/06/2011.



Bolsa Família (PBF) – Programa de transferência de renda para combate à pobreza e pobreza extrema, em que são atendidas famílias com renda per capita de até R\$ 154,00 mensais cujo compromisso das famílias é com a saúde, educação e assistência social, atendendo as exigências conforme quadro; para permanência no Programa. Na verdade é a junção de diversos programas do Governo Federal que tem o intuito de beneficiar famílias em situação de vulnerabilidade social.

ÁREA	CONFRONTO/CONDICIONALIDADE	PÚBLICO
SAÚDE	acompanhamento do calendário vacinal, do crescimento e do desenvolvimento das crianças	crianças menores de sete anos
	pré-natal para gestantes e acompanhamento de nutrízes g	gestantes e nutrízes
EDUCAÇÃO	matrícula e frequência escolar mensal mínima de 85%	todas as crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos
	matrícula e frequência escolar mensal mínima de 75%	adolescentes de 16 e 17 anos, que sejam beneficiados pelo



		BVJ(BENEFÍCIO VARIÁVEL JOVEM)
ASSISTENCIA SOCIAL	frequência de 85 % no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos do Peti (PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL)	crianças e adolescentes até 15 anos, beneficiários do Peti/ PBF

* Toda Legislação está disponível no sítio do MS: www.mds.gov.br/bolsafamilia

Porque A UBS deve fazer o SISVAN E O PBF?

As informações do acompanhamento dos beneficiários do PBF com perfil saúde devem ser inseridas no Sistema de Gestão do PBF na Saúde. As informações registradas no SISVAN WEB, não migram para o PBF na Saúde e todo o sistema do MDS (Ministério da Saúde) está adequando-se para operar o sistema e-Sus AB.

Brasil Sorridente – através da Política Nacional de Saúde Bucal, é um programa que visa garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população brasileira, o Brasil Sorridente reúne uma série de



ações para ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito, além de contemplar O Brasil Sorridente Indígena, e apresentar uma interface com ações desenvolvidas no âmbito do SUS.

As principais linhas de ação do programa são:

1. Reorganização da Atenção Básica em saúde bucal, principalmente com a implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família;

2. Ampliação e qualificação da Atenção Especializada, em especial com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.

3. Na Atenção Especializada encontra-se também a Assistência Hospitalar.



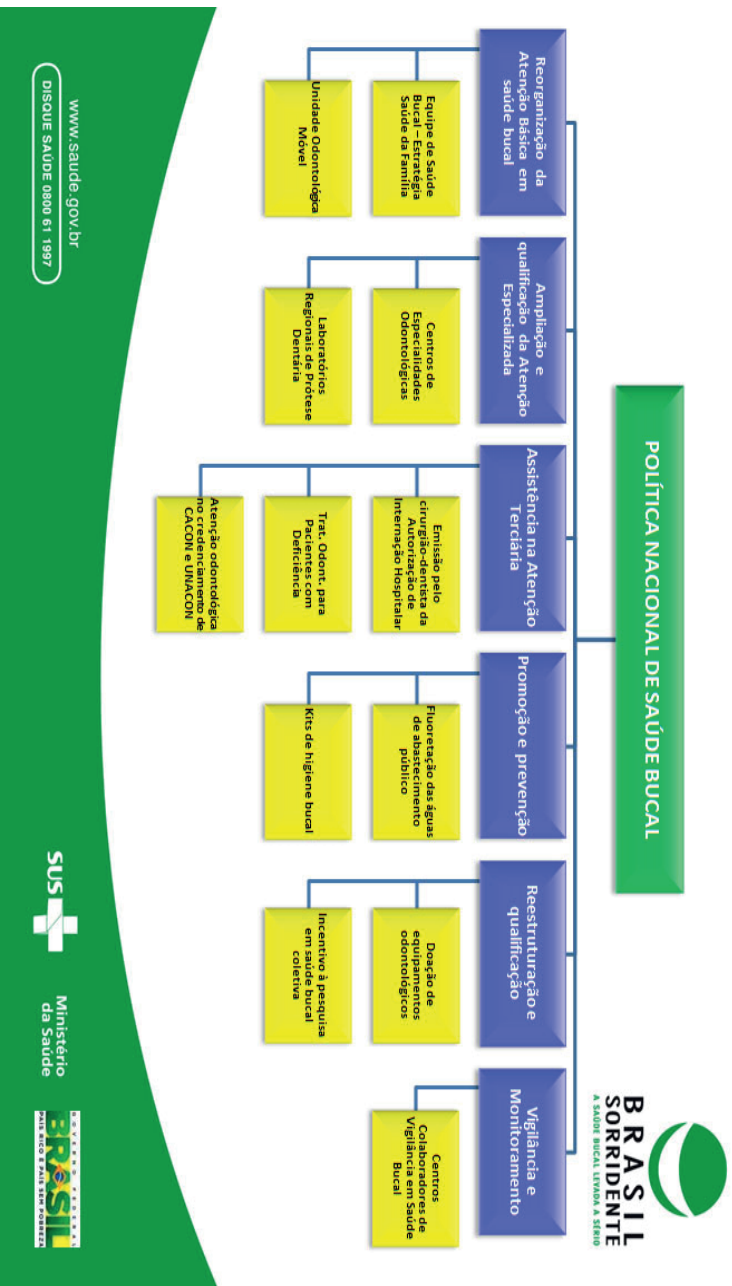


Figura: resumo da política nacional de saúde bucal, Brasil 2015



Consultório na rua – proposta que procura ampliar o acesso da população de rua e ofertar, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde, por meio das equipes e serviços da atenção básica. A composição eCR (equipe de consultório de rua) é regulamentada pela Portaria N° 1.029, de 20 de maio de 2014;

As eCR devem realizar as atividades de forma itinerante e, quando necessário, utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde (USB) do território, desenvolvendo ações em parceria com as equipes dessas unidades, e devem cumprir carga horária mínima semanal de 30 horas. O horário de funcionamento deve se adequar às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno, em todos os dias da semana.

A) Enfermeiro, psicólogo, assistente social e Terapeuta Ocupacional.

B) Agente social, técnico ou auxiliar de enfer-



magem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação.

As eCR são equipes multiprofissionais que podem se organizar em três modalidades, o que definirá os recursos financeiros a serem destinados, veja os profissionais listados, conforme quadro 2.

TIPOS DE eCR	PROFISSIONAIS	RECURSO DO FNS(FUNDO NACIONAL DE SAÚDE)
Modalidade I	04 profissionais, obrigatoriamente descritos na alínea “A” e os demais dentre os descritos na alínea “A” e “B”	02 R\$ 19.900,00 (dezenove mil e novecentos reais) por equipe
Modalidade II	06 profissionais, obrigatoriamente descritos na alínea “A” e os demais dentre os descritos na alínea “A” e “B”	03 R\$ 27.300,00 (vinte e sete mil e trezentos reais) por equipe
Modalidade III	07 , Equipe da Modalidade II Acrescida de um profissional médico.	R\$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais) por equipe.

Quadro 2 - Elaborado com base na **Portaria Nº 1.238, de 6 de junho de 2014**



Outras Portarias elencam o funcionamento dessa proposta inovadora, veja:

- **Portaria N° 1.238, de 6 de junho de 2014:** Fixa o valor do incentivo de custeio referente às Equipes de Consultório na rua nas diferentes modalidades.

- **Portaria N° 1.029, de 20 de maio de 2014:** Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências.

- **Portaria N° 1.922, de 5 de setembro de 2013:** Altera dispositivos da Portaria n° 122/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, que define as diretrizes de organização e financiamento das equipes dos Consultórios na Rua.

- **Portaria N° 123, de 25 de janeiro de 2012:** Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município

- **Portaria N° 122, de 25 de janeiro de 2012:**



Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, assim, as equipes de Consultório na rua passam a ter acesso a processos de educação permanente, contemplando a abordagem das diferentes necessidades de saúde da população em situação de rua, bem como o desenvolvimento de competências para a prática da redução de danos.

- **Doenças crônicas** - Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, com objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o cuidado das DCNT (DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS) e seus fatores de risco, com isto fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas.



O MS propõe o cuidado integral, instigando a construção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas. De acordo com a vigência 1ª vigência 2015 o enfoque das RAS será quatro temas por serem epidemiologicamente mais relevantes, são eles: as doenças renocardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus e insuficiência renal crônica), a obesidade, o câncer e as doenças respiratórias.

A organização da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas tem por objetivos gerais:

1. Fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo o cuidado às pessoas com doenças crônicas;
2. Garantir o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas;
3. Impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas;



4. Contribuir para promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.

Então, o hiperdia acabou? NÃO, agora faz parte deste Plano Estratégico, que reorganizou a assistência para que as RAS possam oferecer um cuidado especializado na medida que visa identificar, precocemente, os casos de pacientes hipertensos e diabéticos, a fim de reduzir a morbimortalidade associada a essas doenças, evitando as complicações mais frequentes, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal crônica, insuficiência cardíaca, amputações de pés e pernas, cegueira definitiva, abortos e morte perinatais.

Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006: Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia ca-



pilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos.

Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012: Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início

Estratégia Saúde da Família (ESF) - Estratégia que visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

Tem o objetivo de expandir, qualificar e consolidar a atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, ampliando-se a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Resumindo, é um mecanismo de controle do fun-



cionamento das UBS, assim com o PMAQ.

Cabe salientar que cada equipe de Saúde da Família (eSF) deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias da-quele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.

Dentro dessa estratégia ainda há a implantação de dois Programas:

- Equipe Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais










I. Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR): desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde (UBS) construídas/localizadas nas comunidades pertencentes a regiões à beira de rios e lagos cujo acesso se dá por meio fluvial; e



II. Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF):
de-sempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF).








- Agente Comunitário de Saúde - PORTARIA Nº 3.178, DE 19 DE OUTUBRO DE 2010, PORTARIA Nº 1.886, DE 18 DE DE-ZEMBRO DE 1997, Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.

e-Sus Atenção Básica - A estratégia e-SUS, faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico, implantação de mecanismos que propiciem a criação e efetivação do PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão)

-  [Guia para uso do PEC AD](#)
-  [Tutorial de pré-instalação do CDS 1.3](#)
-  [Guia de envio de dados do CDS 1.3](#)
-  [Tutorial para sincronização via cabo - Aplicativo Atenção Domiciliar](#)
-  [Ofício sobre o e-sus AD](#)
-  [Guia de Utilização do Sistema de Controle de Uso](#)
-  [Nota Técnica - Prorrogação e-SUS AB](#)
-  [Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada v 1.3.0](#)
-  [Manual de Uso do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC v.1.3.0 \(Versão Digital\)](#)



Fichas de Atendimento Versão 1.3 do e-SUS AB

-  Ficha de Atividade Coletiva
-  Ficha de Procedimentos
-  Ficha de Visita Domiciliar
-  Ficha de Atendimento Individual
-  Cadastro Domiciliar
-  Cadastro Individual
-  Ficha de Atendimento Odontológico Individual

Fonte: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>

É proposto do o uso do sistema CDS (COLETA DE DADOS SIMPLIFICADA), resumindo as fichas anteriores existentes no SIAB (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA) á apenas 07 fichas que serão utilizadas para atendimento. Veja no anexo o modelo das fichas do e-SUS AB.

Programa de atenção domiciliar (Programa Melhor em casa) - A atenção domiciliar visa a proporcionar ao paciente um cuidado contextualizado a sua cultura, rotina e dinâmica familiar, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções.

A Portaria 1.208 de 18 de junho de 2013 integra os



programas Melhor em Casa e SOS Emergências, possibilitando que cada hospital do SOS Emergências possua uma.

Configura-se como atividade a ser realizada na atenção básica pelas equipes de atenção básica (eAB) e pelos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) para atender pessoas incapacitadas ou com dificuldade de locomoção. O processo do cuidar em AD está ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência.

Para entender o funcionamento do Programa melhor em casa é necessário conhecer a equipe que compõe essa assistência:

e- AB – As equipes de atenção básica são multiprofissionais, atuam em território definido, prestam um conjunto de ações de saúde, em âmbito individual e coletivo, relacionadas com a promoção, prevenção, diagnóstico



e tratamento, provendo atenção integral. As ações no território e com a comunidade também são fundamentais, tais como a visita domiciliar, ações intersetoriais e o controle social. Ver Portaria GM/MS 2488 de 21/10/2011.

e ABP – equipe de atenção básica prisional são multiprofissionais que atuam no âmbito dos sistemas prisionais de acordo com Portaria MS Nº 305 de 10 de abril de 2014.

EMAD - é a principal responsável pelo cuidado do paciente domiciliado. A diferença entre as EMADs e as equipes de atenção básica está no tipo de atendimento prestado (especializado para pacientes domiciliados) e na composição da equipe profissional, que deverá conter médico, enfermeiro e/ou fisioterapeuta sendo que esses profissionais deverão cumprir no mínimo 20 horas semanais.

EMAP - deverá oferecer apoio à EMAD, bem como às equipes de atenção básica (inclusive equipes de



Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família). Sua composição mínima deverá conter 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos entre oito diferentes ocupações: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional.

Vejamos a classificação da Atenção Domiciliar:

SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR - SAD			
MODALIDADES	AD1	AD2	AD3
ATENDIMENTOS	Na atenção básica e AB	Especializado - SAD	Especializado - SAD
CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO	Acamados, portador de doenças crônicas, que se encontra com dificuldade de locomoção, mas necessitem de atendimento de menor complexidade.	Clientes com problemas de saúde, dificuldade de locomoção e que necessitem de uma frequência de cuidado maior.	Todos os clientes semelhantes a modalidade AD2 que além de uma frequência de cuidado maior ainda façam uso de equipamentos específicos de alta complexidade. São clientes que dificilmente terão alta dos cuidados domiciliares.

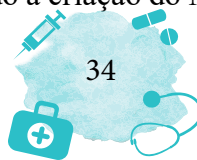


PROCEDENCIA	UBS	Diferentes serviços da rede de saúde	AD2 e diferentes serviços da rede de atenção.
FREQUENCIA DAS VISITAS	Menos de 02 mensais	Mais que 03	04 ou mais.
PROFISSIONAIS	Todos os que compõem a atenção básica. (e- AB)	EMAD e EMAP	EMAD e EMAP

Quadro criado a partir da portaria: [1.208 de 18 de junho de 2013](#)

Núcleo de apoio à Saúde da Família /NASF- os núcleos foram criados em 2008 pelo Ministério da Saúde para apoiar a “consolidação” da Atenção Básica no Brasil. O princípio seria ofertar saúde na rede de serviços apresentando resolutividade efetiva, assegurando o disposto na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A partir de 2012 com Portaria Nº 3124 de dezembro de 2012, foi instituído a criação do NASF 3, passando a



funcionar como segue:

Tipo núcleo	Recursos de repasse	Equipes vinculadas	Carga horária (somatórios).
NASF 1	R\$ 20.000,00 (vinte mil reais)	5 a 9 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 200 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal;
NASF 2	R\$ 12.000,00 (doze mil reais)	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 120 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;
NASF 3	R\$8.000,00 (oito mil reais)	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 80 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;

Quadro: adaptado de Portaria Nº 3124 de dezembro de 2012

Para saber mais acerca do tema Nasf o estudante deve consultar as portarias:

PORTARIA Nº 548, DE 4 DE ABRIL DE 2013

-Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3.



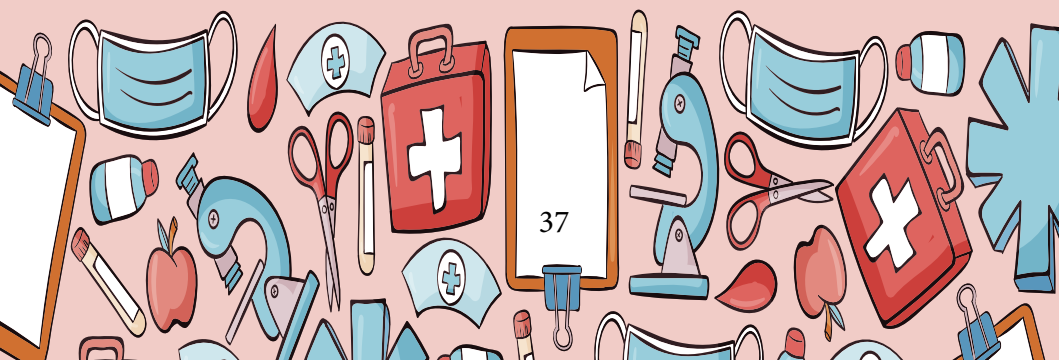
PORTARIA Nº 562, DE 4 DE ABRIL DE 2013 -

Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável).





Capítulo 3 **INFRAESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS)**



Uma UBS bem estruturada contribui para que todos os serviços nela executados sejam bem realizados e bem vistos pela comunidade para qual presta assistência sendo, necessárias à realização das ações de atenção básica nos municípios e Distrito Federal:

I - Unidades Básicas de Saúde (UBS) construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência o manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS;

II - As Unidades Básicas de Saúde:

a) Devem estar cadastradas no sistema de cadastro nacional vigente de acordo com as normas vigentes;

b) Recomenda-se que disponibilizem conforme orientações e especificações do manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS:



1- Consultório médico/enfermagem; consultório odontológico e consultório com sanitário; sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea; sala de administração e gerência; e sala de atividades coletivas para os profissionais da atenção básica;

2 - Área de recepção, local para arquivos e registros; sala de procedimentos; sala de vacinas; área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS); sala de inalação coletiva; sala de procedimentos; sala de coleta; sala de curativos; sala de observação, entre outros:

Quanto à estrutura física mínima, devem dispor de:

Consultório médico; consultório de enfermagem; ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos; laboratório; sala de vacina; banheiro público; ba-



nheiro exclusivo para os funcionários; expurgo; cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; cozinha; sala de procedimentos; e, se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo;

c) Devem possuir identificação segundo padrões visuais do SUS e da atenção básica pactuada nacionalmente;

d) Recomenda-se que possuam conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando a participação social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

III - Manutenção regular da infraestrutura e dos equipamentos das Unidades Básicas de Saúde;

IV - Existência e manutenção regular de estoque dos in-sumos necessários para o seu funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, incluindo dispensação de me-



dicamentos pactuados nacionalmente quando estiver prevista para ser realizada naquela UBS;

V - Equipes multiprofissionais compostas, conforme modalidade das equipes, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população;

VI - Cadastro atualizado dos profissionais que compõem a equipe de atenção básica no sistema de cadastro nacional vigente (CNES – CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE), de acordo com as normas vigentes e com as cargas horárias de trabalho informadas e exigidas para cada modalidade;

VII - Garantia pela gestão municipal, de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado reso-



lutivo da população;

VIII - Garantia pela gestão municipal, dos fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado.

Com o intuito de facilitar os princípios do acesso, do vínculo, da continuidade do cuidado e da responsabilidade sanitária e reconhecendo que existem diversas realidades socioepidemiológicas, diferentes necessidades de saúde e maneiras de organização das UBS, recomenda-se:

a) Para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, o parâmetro de uma UBS para, no máximo, 18 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da atenção básica; e

b) Para UBS com Saúde da Família em grandes



centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para, no máximo, 12 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da atenção básica.

O funcionamento da UBS: A UBS funciona de segunda a sexta, geralmente 07h às 12h e 13h às 17h. Atenção ESTAGIÁRIA (O), NADA DE PEDIR ATESTADO MÉDICO, para cliente que veio, por exemplo, a unidade na segunda feira, relatando ter passado mal desde a sexta à noite! Trata-se de um evento, ocorrido fora do expediente da UBS, isto pode trazer complicações para o médico e para a equipe da unidade se, ou quando submetido a uma auditoria. Lembre-se, a ESF tem um trabalho preventivo, se o cliente está acometido por algo que seja urgência ou emergência deve ser referenciado tão logo seja feito seu atendimento emergencial.



ATESTADO MÉDICO NÃO É EMERGÊNCIA!

OS PROFISSIONAIS

Ter profissionais comprometidos com a equipe bem como com a comunidade faz é o diferencial para uma assistência de alta competência.

Atribuições dos membros das equipes de atenção básica

As atribuições dos profissionais das equipes de atenção básica devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões.

São atribuições comuns a todos os profissionais:

I - Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

II - Manter atualizado o cadastramento das famí-



lias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a se-rem acompanhadas no planejamento local;

III - Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

IV - Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

V - Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da re-



alização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;

VI - Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VIII - Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessitar de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;



IX - Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade;

X - Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

XI - Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;

XII - Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na atenção básica;

XIII - Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

XIV - Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe;



XV - Participar das atividades de educação permanente;

XVI - Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

XVII - Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e

XVIII - Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Outras atribuições específicas dos profissionais da atenção básica poderão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

ATRIBUIÇÕES ESPECIFICAS

Enfermeiro:



I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e enca-minhar, quando necessário, usuários a outros serviços;

III - Realizar atividades programadas e de atenção à de-manda espontânea;

IV - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros



da equipe;

V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe;

VI - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

I - Participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);

II - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

III - Realizar ações de educação em saúde à popu-



lação adstrita, conforme planejamento da equipe;

IV - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; e

V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

Médico:

I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade;

II - Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);

III - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

IV - Encaminhar, quando necessário, usuários a



outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico deles;

V - Indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI - Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe; e

VII - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USB.

Agente Comunitário de Saúde:

I - Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

II - Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e



manter os cadastros atualizados;

III - Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IV - Realizar atividades programadas e de atenção à de-manda espontânea;

V - Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;

VI - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;



VII - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e

VIII - Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe.

É permitido ao ACS desenvolver outras atividades



nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às atribuições acima, o que inclui também a busca de prontuários, preenchimento de fichas na unidade, desde que este o faça por escolha.

Cirurgião-Dentista:

I - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II - Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade;

III - Realizar os procedimentos clínicos da aten-



ção básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares;

IV - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

V - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VII - Realizar supervisão técnica do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB); e

VIII - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.



Técnico em Saúde Bucal (TSB):

I - Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II - Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

IV - Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

V - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

VI - Participar do treinamento e capacitação de



auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

VII - Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

VIII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

IX - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

X - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

XI - Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

XII - Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;

XIII - Inserir e distribuir no preparo cavitário ma-



teriais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

XIV - Proceder à limpeza e à antisepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares; e

XV - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos.

Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

I - Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;



III - Executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

IV - Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas;

V - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

VI - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VII - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

VIII - Processar filme radiográfico;

IX - Selecionar moldeiras;

X - Preparar modelos em gesso;



XI - Manipular materiais de uso odontológico; e

XII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador

SERVIÇOS QUE PODEM SER OFERECIDOS NA UBS

Os principais serviços oferecidos nas Unidades básicas de Saúde são:

- Consultas médicas em ginecologia-obstetrícia, clínica geral e pediatria;
- Tratamento odontológico (prioritariamente para gestantes e crianças)
- Assistência pré-natal;
- Aleitamento Materno;
- Acompanhamento do desenvolvimento da crian-



ça;

- Acompanhamento de oxigenoterapia domiciliar.
- Acompanhamento Nutricional;
- Planejamento Familiar;
- Prevenção de câncer de mama e colo uterino;
- Coleta para exame citopatológico e teste do pe-

zinho;

- Ações de educação em saúde (realização de palestras, grupos de orientação preventiva sobre diversas temáticas de saúde pública);

- Controle das Doenças Respiratórias e Diarréicas;
- Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS;
- Acompanhamento domiciliar de doentes crôni-

cos;

- Vigilância das condições de saúde da população de sua área de abrangência;

- Vacinação;



- Nebulização;
- Medicamentos (Conforme lista básica definida por equipe multidisciplinar da Secretaria da Saúde);
- Verificação de sinais vitais;
- Curativos, aplicação de injeções (desde que se apresente receita médica), retirada de pontos, etc.
- Marcação de consultas especializadas e encaminhamento para serviços especializados;
- Acolhimento e Vinculação dos usuários a UBS;
- Planejamento, avaliação e controle das ações de saúde de acordo com a realidade da população atendida;
- Planejamento das ações de saúde junto à comunidade através dos Conselhos Local e Municipal de Saúde;
- Visita domiciliar dos agentes comunitários de saúde;
- Acompanhamento domiciliar de enfermeiros, assistentes sociais ou médicos quando necessário



UBS E SERVIÇO DE URGÊNCIA

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) fazem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, estruturando e organizando a rede de urgência e emergência no país, para integrar a atenção às urgências. A atenção primária é constituída pelas unidades básicas de saúde (UBS) e Equipes de Saúde da Família, enquanto o nível intermediário de atenção fica a cargo do SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel as Urgência), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e o atendimento de média e alta complexidade é feito nos hospitais.

É IMPORTANTE QUE TENHA NA UBS UM PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, DEVE-SE CRIAR UMA SALA DE ES-



TABILIZAÇÃO (SE), PARA QUE ESTE POSSA SER ENCAMINHADO AOS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA CONFORME PORTARIA Nº 2338, DE 03 DE OUTUBRO DE 2011.ART.3§ IV.

TIPOS DE UBS:

- UBS I abriga, no mínimo, uma equipe de Saúde da Família.

- UBS II abriga, no mínimo, duas equipes de Saúde da Família.

- UBS III abriga, no mínimo, três equipes de Atenção Básica.

- UBS IV abriga, no mínimo, quatro equipes de Atenção Básica.



Profissionais	Critério para solicitação de ampliação da equipe	Máximo
Agente comunitário de saúde	Trabalhador vinculado a, no mínimo, 100 pessoas.	12
Auxiliar ou técnico de enfermagem	Trabalhador vinculado a, no mínimo, 500 pessoas.	4
Técnico em saúde bucal	Trabalhador vinculado a, no mínimo, 500 pessoas.	1
Enfermeiro	Trabalhador vinculado a, no mínimo, 1.000 pessoas.	2

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012.

MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Nas UBSs são fornecidos medicamentos para tratamento de doenças cardiovasculares, diabetes, contraceptivos, além de antiinflamatórios, antitérmicos, antibióticos, entre outros, porém pode ser prescrita pelo médico as re-



ceitas de controle especial de acordo com o quadro resumo:



		Instância da Saúde					
C2	-	-	-	-	-	-	-

- 1 Cor amarela, será impressa, as expensas da Autoridade Sanitária Estadual ou do Distrito Federal, deve conter 20 (vinte) folhas em cada talonário e será fornecida gratuitamente aos profissionais e instituições devidamente cadastrados. (art. 40)
- 2 Válida por 30 dias a contar da data de sua emissão em todo o território nacional. Se destinada à aquisição em outra Unidade da Federação também é necessário que seja acompanhada da receita médica com justificativa do uso (art. 41). As Notificações de receita "a" procedentes de outras unidades federativas devem ser obrigatoriamente apresentadas pelas farmácias e drogarias à autoridade sanitária local em até 72 horas, para averiguação e visto (parágrafo único).
- 3 A Notificação de Receita "A" poderá conter no máximo de 5 (cinco) ampolas e para as demais formas farmacêuticas de apresentação, poderá conter a quantidade correspondente no máximo a 30 (trinta) dias de tratamento. (art. 43)
- 4 cor azul, impressa às expensas do profissional ou da instituição, conforme modelos anexos da portaria SVS nº 344 / 1998 ou RDC nº 58/2007.
- 5 Válida por 30 dias a contar da data de sua emissão e somente dentro da Unidade Federativa que concedeu a numeração (art. 45).
- 6 A Notificação de Receita "B" poderá conter no máximo 5 (cinco) ampolas e, para as demais formas farmacêuticas, a quantidade para o tratamento correspondente no máximo a 60 (sessenta) dias. (art. 46)
- 7 Validade de 30 (trinta) dias contados a partir da sua emissão e somente dentro da Unidade Federativa que concedeu a numeração (art. 1º, § 2º da RDC nº 58/2007)
- 8 Cada Notificação de Receita "B2" deve ser utilizada para tratamento igual ou inferior a 30 (trinta) dias. Se o médico prescrever quantidade inferior, esta deverá ser mantida (de acordo com a RDC nº 58 / 2007). Deverá ser respeitada a dose diária recomendada (DDR) estabelecida na RDC nº 52 / 2011.
- 9 Deverá estar escrita de forma legível, a quantidade de algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura.
- 10 Válida por 30 dias contados a partir da data de sua emissão e em todo o território nacional (art. 52, § 1º).
- 11 C1 e C5: Limitada a 5 (cinco) ampolas e para as demais formas farmacêuticas, a quantidade para o tratamento correspondente a no máximo 60 (sessenta) dias. No caso de substâncias ou medicamentos antiparkinsonianos e anticonvulsivantes, a quantidade ficará limitada até 6 (seis) meses de tratamento.

RECEITÁRIOS DE MEDICAMENTOS CONTENDO SUBSTÂNCIAS SUJEITAS A CONTROLE ESPECIAL

Anexo I - Portaria 344	Tipo de substância	Tipo de receituário	Cor	Anexo da portaria 344 em que o modelo está contido	Características do modelo de receituário	Validade e alcance no território nacional do receituário	Tempo de tratamento possível em cada notificação/receita	
A1	Entorpecentes	Notificação de Receita A	Amarela	IX	*1	**2	***3	
A2								A3
B1	Psicotrópicas Anorexígenas	Notificação de Receita B2		I (RDC nº 58 / 2007)		**7	***8	
B2	Outras substâncias sujeitas a controle especial	Receita de controle especial em duas vias	-	XVII	*9	**10	***11	
C1	Anabolizantes							Próprio do programa de DST/AIDS do Ministério da Saúde
C5	Antiretrovirais							



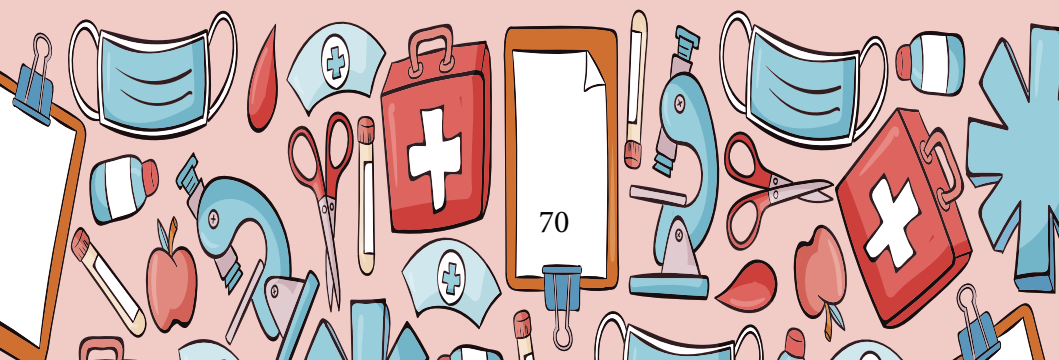
Capítulo

4

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁ-

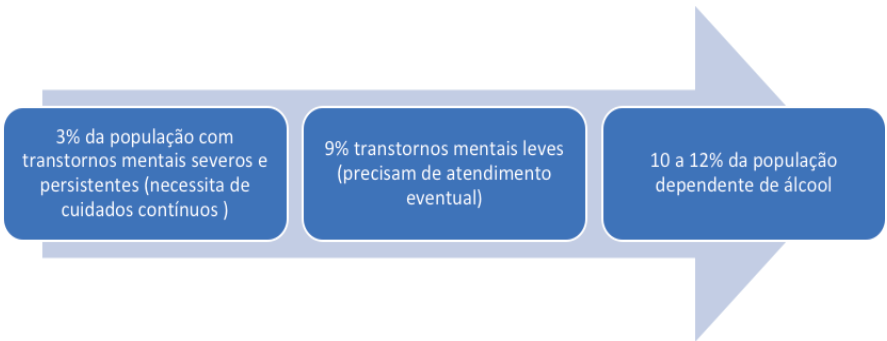
SICA: DESAFIOS PARA OS ENFER-

MEIROS



Magnitude epidemiológica

Todos são vulneráveis quando o assunto é saúde mental, não importa gênero, raça, sexo, cor, idade ou estado civil. Os estudos epidemiológicos ainda são poucos, mas para iniciarmos o debate sobre o tema observe as estimativas internacionais e do Ministério da Saúde:



As prevalências na Atenção Básica: cerca de 25% a 38% da população com Transtornos Mentais, onde a maior prevalência é entre mulheres, separados/viúvos, com menor escolaridade e menor renda.

A saúde mental é discutida dentro do contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) acompanhando as transformações sociais e comportamentais dos indivíduos, uma vez que o cuidado primário é o facilitador do acesso aos demais serviços e, complementa com o acompanhamento dos casos através do contato domiciliar com a visita da equipe multiprofissional.

Na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, foi aprovada a Declaração de Caracas em 14 de Novembro de 1990, um documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. Nele afirma-se que a reestruturação da assistência psiquiátrica implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços; onde as legislações dos países devem ajustar-se de modo a assegurar o respeito aos direitos humanos e promover a organização dos servi-



ços, interligando a assistência psiquiátrica ao Atendimento Primário da Saúde.

Segundo a Portaria N° 2488, de 21 de Outubro de 2011 que aprova a Política Nacional da Atenção Básica e o Decreto n° 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei n° 8.080/90, definem que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada”.

Dentro do processo de trabalho das equipes de atenção básica, conforme referida portaria, deve-se realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde.

Nesse quadro se encaixam os pacientes que retornam aos domicílios após internação em hospital psiquiátri-



co, acompanha-los é um desafio, os mesmos recebem “rótulos”, sofrem um isolamento social e familiar que dificulta, por vezes, a abordagem da equipe multiprofissional. A equipe da Estratégia Saúde da Família auxiliará na reinserção do indivíduo e resgate de suas potencialidades, a família é imprescindível nesse processo, que também sofre com os pré-julgamentos da sociedade.

Você sabia que as pessoas portadoras de transtornos mentais têm direitos que devem ser assegurados pela legislação?

O texto da Lei nº 1026, de 6 de Abril de 2001, aprovado em última instância no plenário da Câmara Federal, reflete a concordância possível sobre uma lei nacional para a reforma psiquiátrica. O conhecimento desse documento pelos profissionais que atendem os portadores de transtornos mentais torna-se imprescindível, pois nele podem interar-se dos direitos que os assistem, assim como a reorgani-



zação do modelo assistencial em saúde mental.

Para refletir: Mesmo com os avanços nas políticas e da legislação voltadas para a saúde mental, você jovem estudante, acha que são suficientes para atender as necessidades desses indivíduos?

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

A efetiva superação do modelo asilar exige a implantação de uma política de desospitalização/substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, com a concomitante construção de uma rede substitutiva que assegure assistência integral e de qualidade de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica e em conformidade com a Lei Federal n.º 10.216/01 e Portaria/GM n.º 799/00.

No que diz respeito à porta de entrada da rede de atenção, temos:



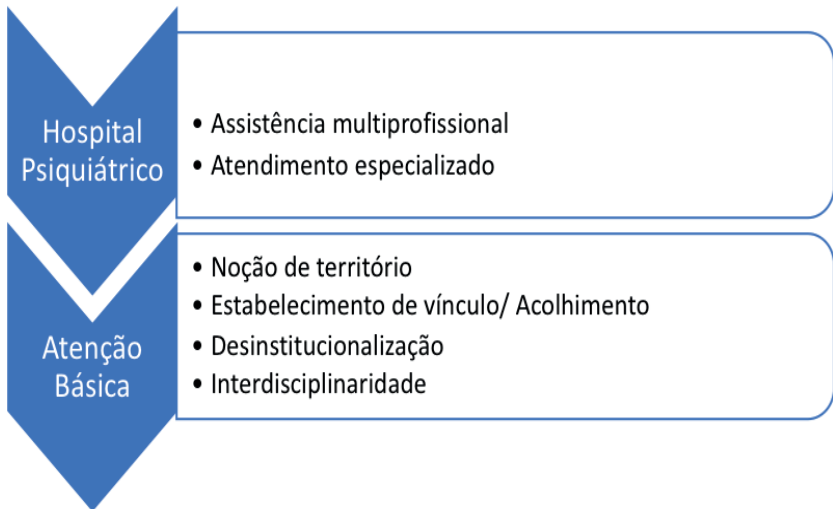


Os serviços de saúde mental existentes na maioria das cidades brasileiras têm se dedicado com afincos à desinstitucionalização de pacientes cronicamente asilados, ao tratamento de casos graves, às crises, etc. Uma grande parte do sofrimento psíquico menos grave continua sendo objeto do trabalho de ambulatórios e da atenção básica (AB) em qualquer uma de suas formas (BRASIL).

Faz-se necessário ainda que a reorganização da

Rede de Atenção Integral à Saúde Mental enfatize a Atenção Básica, entendendo esta como um conjunto de unidades e ações articuladas em um território, sob o eixo do acolhimento, vínculo e heterogeneidade.

As ações de saúde mental na Atenção Básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica.



O processo de Reforma Psiquiátrica surge no contexto nacional a partir da década de 1980 do Século XX, como proposta à ruptura do modelo clínico-psiquiátrico centrado na referência hospitalar, em um processo de desconstrução e reconstrução da atenção a pessoa que sofre mentalmente. Assim, a atenção psicossocial nos remete a práticas de reinserção e permanência desse sujeito no convívio social, o que exige articulação da atenção primária com as novas propostas dos serviços substitutivos à hospitalização psiquiátrica.

Tendo como política de efetivação das ações primárias de saúde no Brasil a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é para este dispositivo que direcionamos nossa reflexão, visto que, a atenção à saúde mental é reconhecida como real desafio no processo de efetivação da ESF, bem como na possibilidade de assistência integral aos diferentes sujeitos/famílias (PEREIRA et al., 2007).



Nota-se que a atenção básica trabalha com restrições, visto que os CAPS fazem o acompanhamento dos casos de pacientes com transtornos mentais, porém o enfermeiro como bom conhecedor da comunidade que assiste deve realizar a busca ativa e acolher o usuário de forma humanizada e integral. Quando percebemos que a equipe consegue realizar um trabalho em conjunto com a família do paciente, observa-se uma evolução satisfatória quanto a aceitação do diagnóstico, adesão ao tratamento medicamentoso, participação nas atividades da Unidade Básica de Saúde e conseqüentemente, na reinserção social do indivíduo.

Nesse contexto, o enfermeiro necessita estabelecer uma relação de confiança com o indivíduo e a família, articulando-se com os outros setores afim de tomar conhecimento sobre o estado do paciente, limitações, potencialidades e habilidades. Isso só é possível com a presença atuante



da equipe, possibilitando a construção da autonomia de usuários e familiares.

Quais meios são utilizados para promover a articulação com os outros setores?

Como realizar a abordagem do paciente e da família?

A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local.

Referências Bibliográficas:

Amarante P. Saúde mental e a atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

Pereira MAO, Barbieri L, Paula VP, Franco MSP. Saúde



mental no programa de saúde da família: conceitos dos agentes de comunitários sobre o transtorno mental. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(4):567-72.



Política e Escopo da Coleção de livros Estudos Avançados em Saúde e Natureza



A Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza (EASN) é uma coleção de livros publicados anualmente destinado a pesquisadores das áreas das ciências exatas, saúde e natureza. Nosso objetivo é servir de espaço para divulgação de produção acadêmica temática sobre essas áreas, permitindo o livre acesso e divulgação dos escritos dos autores. O nosso público-alvo para receber as produções são pós-doutores, doutores, mestres e estudantes de pós-graduação. Dessa maneira os autores devem possuir alguma titulação citada ou cursar algum curso de pós-graduação. Além disso, a Coleção aceitará a participação em coautoria.

A nossa política de submissão receberá artigos



científicos com no mínimo de 5.000 e máximo de 8.000 palavras e resenhas críticas com no mínimo de 5 e máximo de 8 páginas. A EASN irá receber também resumos expandidos entre 2.500 a 3.000 caracteres, acompanhado de título em inglês, abstract e keywords.

O recebimento dos trabalhos se dará pelo fluxo contínuo, sendo publicado por ano 4 volumes dessa coleção. Os trabalhos podem ser escritos em português, inglês ou espanhol.

A nossa política de avaliação destina-se a seguir os critérios da novidade, discussão fundamentada e revestida de relevante valor teórico - prático, sempre dando preferência ao recebimento de artigos com pesquisas empíricas, não rejeitando as outras abordagens metodológicas.

Dessa forma os artigos serão analisados através do mérito (em que se discutirá se o trabalho se adequa as propostas da coleção) e da formatação (que corresponde a uma



avaliação do português e da língua estrangeira utilizada).

O tempo de análise de cada trabalho será em torno de dois meses após o depósito em nosso site. O processo de avaliação do artigo se dá inicialmente na submissão de artigos sem a menção do(s) autor(es) e/ou coautor(es) em nenhum momento durante a fase de submissão eletrônica. A menção dos dados é feita apenas ao sistema que deixa em oculto o (s) nome(s) do(s) autor(es) ou coautor(es) aos avaliadores, com o objetivo de viabilizar a imparcialidade da avaliação. A escolha do avaliador(a) é feita pelo editor de acordo com a área de formação na graduação e pós-graduação do(a) professor(a) avaliador(a) com a temática a ser abordada pelo(s) autor(es) e/ou coautor(es) do artigo avaliado. Terminada a avaliação sem menção do(s) nome(s) do(s) autor(es) e/ou coautor(es) é enviado pelo(a) avaliador(a) uma carta de aceite, aceite com alteração ou rejeição do artigo enviado a depender do parecer do(a) avaliador(a). A etapa



posterior é a elaboração da carta pelo editor com o respectivo parecer do(a) avaliador(a) para o(s) autor(es) e/ou coautor(es). Por fim, se o trabalho for aceito ou aceito com sugestões de modificações, o(s) autor(es) e/ou coautor(es) são comunicados dos respectivos prazos e acréscimo de seu(s) dados(s) bem como qualificação acadêmica.

A nossa coleção de livros também se dedica a publicação de uma obra completa referente a monografias, dissertações ou teses de doutorado.

O público terá terã acesso livre imediato ao conteúdo das obras, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização mundial do conhecimento



Índice Remissivo



D

Doenças

página 62

página 63

página 68

E

Enfermeiro

página 39

página 48

página 50

F

Família

página 27

página 29



página 79

P

Psiquiatria

página 18

página 72

página 78

S

Saúde

página 38

página 46

página 55

página 57

página 70



Este livro foi desenvolvido no intuito de apresentar aos profissionais de enfermagem, principalmente aqueles que estão iniciando a vida profissional o mundo de possibilidades existentes na Estratégia saúde da família, as possibilidades e mecanismos de trabalho e como sistematizar e otimizar o serviço.

