

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA NACIONAL DE FORMAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

LUCIELE CORADINI DE OLIVEIRA

**APOIO MATRICIAL NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA (NASF) – uma comparação entre as normas técnicas de
trabalho preconizadas e o executado pelos serviços**

**PANAMBI
2015**

LUCIELE CORADINI DE OLIVEIRA

**APOIO MATRICIAL NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA (NASF) – uma comparação entre as normas técnicas de
trabalho preconizadas e o executado pelos serviços**

Trabalho de conclusão apresentado como requisito parcial ao Curso de Especialização de Gestão em Saúde, modalidade a distância, no âmbito do Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP) ? Escola de Administração /UFRGS- Universidade Aberta do Brasil (UAB).

Professor Orientador: Ronaldo Bordin

**PANAMBI
2015**

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica
ACS - Agentes Comunitários de Saúde
APS - Atenção Primária à Saúde
CBO – Código Brasileiro de Ocupações
CRS - Coordenadoria Regional de Saúde
ESF - Estratégia de Saúde da Família
MS - Ministério da Saúde
Nasf – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PSE - Programa Saúde na Escola
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RS - Rio Grande do Sul
SF – Saúde da Família
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

Resumo	05
Introdução	05
Referencial teórico	06
Atenção básica	06
Política de Humanização	10
Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Nasf	12
Missão do Nasf	15
Nasf – princípios e diretrizes	17
Nasf, o apoio matricial e as equipes de referência	20
Matriciamento e gestão	25
Objetivos	27
Objetivo geral	27
Objetivos específicos	27
Métodos	28
Resultados e Discussão	29
Perfil das equipes	30
Atividades desenvolvidas	30
Trabalho multiprofissional	31
Farmacêutico	32
Assistente Social	33
Psicólogo	34
Educador físico	35
Nutricionista	35
Médico Veterinário	36
Práticas Corporais integrativas	36
Fisioterapia	37
Fonoaudiologia	37
Discussão de resultados	38
Conclusões	42
Referências	45
Anexos	46

RESUMO

Objetivo: comparar as normas de trabalho preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) e a prática realizada nas equipes constituídas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) existentes na região da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde – Santa Maria/RS. Métodos: levantamento de presentes nos registros dos relatórios de atividades e de atas de reuniões de planejamento, incluindo o perfil dos profissionais atuantes, as atividades desenvolvidas, o público-alvo atingido e quais práticas indicadas pelo MS foram postas em prática. Resultados: as equipes apresentam o perfil – quadro de profissionais determinada e carga horária, atendendo ao número indicado de Estratégias. Ações se organizam conforme a lógica de trabalho proposto para o Nasf: apoio matricial e educação permanente. Conclusão: as equipes atuam em acordo com as normas de trabalho preconizadas, mas precisam aumentar sua capacidade de ação e de atenção integral ao território, Para modificar a lógica de trabalho, focando no trabalho compartilhado e na multidisciplinaridade, é necessária a adesão de um número maior de municípios ao Nasf.

1 Introdução

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) foi criado em 28 de janeiro de 2008 através da portaria GM nº 154, republicada em 04 de março do mesmo ano. Esses surgiram com o objetivo único de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica bem como, por consequência, sua resolutividade (BRASIL, 2013).

O Nasf se constitui de uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam integrados e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família (SF), Atenção Básica (AB) para populações específicas como os consultórios na rua, as equipes ribeirinhas e fluviais, entre outras e, ainda, a Academia da Saúde, quando compartilha as práticas e os saberes em saúde nos territórios sob a responsabilidade destas equipes. Esse serviço atua com o apoio matricial às equipes das unidades às quais o Nasf encontra-se vinculado (BRASIL, 2013).

Em vistas da complexidade do trabalho e do nível de abrangência do programa surgiu a temática deste estudo. Frente a um Programa de promoção da saúde com pouco tempo de criação e que objetiva atender a uma demanda fundamental para o bem desenvolver do Sistema Único de Saúde (SUS) – a atenção básica –, podem surgir dificuldades na implementação e no desenvolvimento das ações Nasf. Tais dificuldades podem residir em diversos campos: definição da equipe, escolha do público alvo, organização das demandas, planejamento das ações, entre outros.

Pensando nessas hipóteses, aliadas à experiência pessoal da autora, este estudo objetiva comparar as normas técnicas de trabalho preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) para a implementação do Nasf e suas práticas com o trabalho que vem sendo executado nas 4 equipes em funcionamento existentes na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) da região de Santa Maria (RS) .

2 Referencial Teórico

2.1 Atenção Básica

Consta no Caderno de Atenção Básica nº 27 (MS, 2009) que Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) define-se como um conjunto de ações em saúde que são desempenhadas pela Saúde da Família. Trata-se de um trabalho complexo que demanda intervenções mais amplas e multifacetadas da realidade. Para tal feito, é recomendado os saberes utilizados sejam de origens variadas a fim de que a APS seja mais eficaz e resolutiva aplicando saberes específicos da saúde bem como outros campos: cultura, assistência social, gestão, esporte, lazer, entre outros a fim de executar um exercício permanente de interdisciplinaridade e intersetorialidade.

As normativas do Ministério da Saúde, presentes no Caderno de Atenção Básica nº34 (MS, 2013), complementam que a AB tem, como princípio, possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde. Para que esses casos sejam atendidos é necessário que ajam ações em desenvolvimento dentro do território geográfico do paciente dando possibilidade para os profissionais de Saúde maior proximidade e o conhecimento da história de vida das pessoas, seus vínculos com a comunidade e o território onde habitam e os demais contextos de vida dos sujeitos que pode ser útil na atenção à saúde.

Em seu papel de porta de entrada para o sistema, precisa formar um conjunto de ações de saúde, em âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde bem como a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e, por fim, a manutenção da saúde. Seu objetivo único deve ser desenvolver atenção integral que impacte a saúde e a autonomia das pessoas e, também, nos determinantes e condicionante de saúde das coletividades (BRASIL, 2013).

No caderno 27 (MS, 2009) vê-se que a AB representa a coordenação da assistência dentro do próprio sistema e que, para acontecer, o trabalho deve

compreender quatro atributos essenciais: acesso (primeiro contato do paciente com o sistema de saúde); continuidade do cuidado; integralidade da atenção e coordenação do cuidado dentro do sistema. Somado a elas, existem os atributos derivados, que qualificam as ações da APS: atenção à saúde centrada na família; orientação comunitária e competência cultural. Dessa forma, é que se pode configurar uma APS onde se aumenta o poder de interação com os indivíduos e a comunidade apresentando os atributos derivados.

Para que a AB funcione corretamente, deverá se desenvolver com um alto grau de descentralização e capilaridade para se aproximar da vida das pessoas. Assim, é o contato preferencial dos usuários e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) que se orienta, basicamente, pelos princípios de universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade com o cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Dessa forma, a AB considera o sujeito em sua singularidade e sua inserção sociocultural (BRASIL, 2013).

Para construir uma atenção integral a AB deve cumprir com algumas funções: ser base; atuar no mais elevado grau de descentralização e capilaridade; ser resolutiva; identificar riscos, necessidades e demandas de Saúde quando produzirá intervenções clínicas e sanitárias efetivas, em uma perspectiva de ampliação da autonomia dos indivíduos e dos grupos sociais; coordenar o cuidado com a elaboração, o acompanhamento e a criação de projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS e outras estruturas das redes de saúde intersetoriais públicas, comunitárias e sociais; ordenar redes com o reconhecimento das necessidades de saúde da população que está sob sua responsabilidade bem como organizando tais necessidades com relação a outros pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2013).

A AB se vale de tecnologias relacionais de complexidade elevada, pois precisa de múltiplos saberes e práticas desenvolvidas por uma equipe de profissionais de saúde que atue na relação com os sujeitos “usuários”. Os espaços da atenção básica favorecem encontros que podem ser produtivos entre profissionais de saúde com a população usuária do SUS. Contudo, tal interação é possível quando há diálogo, convivência e interação do que cada um traz, conforme

suas formas de comunicação, costumes, saberes, corpos, crenças, afetos, expectativas e necessidades (BRASIL, 2010).

Neste momento pode-se questionar onde entra o papel do Nasf no trabalho da AB. Conforme orientações da Cartilha HumanizaSus (MS, 2010) a AB deve encontrar-se conectada a outros serviços do sistema de saúde e, estes, devem lhe oferecer retaguarda e apoio e mas, também, se responsabilizarem pelo acompanhamento dos casos a longo prazo, praticando uma gestão compartilhada dos casos de maior complexidade. Tal forma de atuar facilita a criação e a manutenção dos vínculos terapêuticos onde se vê um processo de pactuação clara de responsabilidade entre os diferentes serviços do mesmo sistema de saúde e onde as equipes interagem em uma prática de cogestão dos recursos existentes num dado território, ampliando as capacidades de produção de saúde.

Seguindo a referência anterior, a conexão com outros serviços também se dá através da educação permanente, pois se compreende que a AB é um lugar privilegiado para o processo de ensino-aprendizagem, um campo de práticas que deve ser consolidado e transformado continuamente a partir de experiências concretas (pode-se incluir o ensino formal como o técnico, o de graduação e de pós-graduação).

A cartilha HumanizaSus (MS, 2010) traz a proposição da Política de Educação Permanente do Ministério da Saúde vigente nos anos de 2004-2007 que defende que: deve-se dar prioridade para a expansão e a qualificação da AB por meio das ESF e investir na formulação e implementação de políticas com esse propósito. Como exemplos de políticas de macroprioridade tem-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC (2007), a Política Nacional de Promoção de Saúde – PNPS (2006), o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (2006) e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) em 2008.

O principal propósito da ESF é reorganizar a prática da atenção à saúde sob novas bases, substituindo o modelo tradicional, levando a saúde mais próxima da população para melhorar a qualidade de vida da mesma. Para tanto, é necessário que cada equipe seja composta por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde - ACS. É

possível ampliar a equipe com profissionais de Saúde Bucal - dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal (BRASIL, 2009).

De acordo com as orientações do caderno 27 (MS, 2009) a APS representa um conjunto complexo de conhecimentos e de procedimentos que demandam intervenções amplas em diversos aspectos a fim de se conhecer efetivamente sobre a qualidade de vida da população. A definição clássica de APS dá conta que a mesma é a representação do primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde onde se caracteriza a continuidade e integralidade da atenção bem como a coordenação da assistência dentro do próprio sistema, a atenção centrada na família, a orientação e participação comunitária e, por fim, a competência cultural dos profissionais (BRASIL, 2009).

Para o bom funcionamento da APS é necessário garantir o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade, a integralidade da atenção e a coordenação da atenção dentro do sistema. A ESF provoca um movimento importante de reorientação do modelo de atenção à saúde nacional. Assim, o MS criou o Nasf, no intuito de apoiar a inserção das ESF nas redes de serviço e de ampliar sua abrangência, resolutividade, territorialização e regionalização ampliando as ações da APS no Brasil (BRASIL, 2009).

2.2 Política de humanização

O HumanizaSUS, enquanto política, atravessa as diferentes ações e instâncias do SUS pois engloba, em seu trabalho, os diferentes níveis e dimensões de atenção e de gestão. Para tal, faz suas apostas na indissociabilidade entre os modos de produção de saúde bem como de gestão dos processos de trabalho, entre a atenção e a gestão, entre a clínica e a política e entre produção de saúde e produção de subjetividade (BRASIL, 2010).

Seu objetivo é inovar as práticas gerenciais e de produção de saúde propondo, para os diferentes coletivos e equipes implicados nas práticas, o desafio de superar os limites, experimentando novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação do poder. Para alcança-los, o HumanizaSUS lança mão de ferramentas e dispositivos focados na consolidação das redes, dos

vínculos e da corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores uma vez que, direcionando estratégias e métodos de articulação de ações, de saberes e de sujeitos é que se pode, efetivamente, potencializar e garantir a atenção integral, resolutiva e humanizada (BRASIL, 2010).

A humanização se trata da valorização dos diferentes sujeitos que estão implicados no processo de produção de saúde. Para isto, os valores que norteiam esta política consistem na autonomia e no protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e, por fim, a participação coletiva nas práticas de saúde. Seu processo de trabalho aponta para o estabelecimento de novos arranjos e pactos sustentáveis e envolve trabalhadores e gestores do SUS fomentando a participação efetiva da população e provocando inovações em termos de compartilhamento das práticas de cuidado e de gestão (BRASIL, 2010).

A Cartilha do HumanizaSUS (MS, 2010) traz ainda que o Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB de 2006 caracteriza este nível de atenção como:

conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde – ações que devem ser desenvolvidas por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente nos lugares em que vivem essas populações.

Para a Política Nacional de Humanização a aposta está nas experiências concretas que compreendem ser possível construir uma “zona de comunidade”, algo “comum” entre os distintos interesses dos gestores, dos trabalhadores e dos usuários. Contudo, é necessário criar espaços coletivos e de encontro entre as pessoas para que essa construção aconteça. Aposta, também, que há alguns modos de organizar os processos de trabalho em saúde que facilitam o enfrentamento dos problemas e potencializam a produção de saídas criativas e singulares de cada contexto. Assim, conta-se com algumas diretrizes às quais o

trabalho sempre estará indo ao seu encontro que são: o acolhimento, a clínica ampliada, a produção de redes, a valorização do trabalho e do trabalhador da saúde (BRASIL, 2010).

De acordo com Campos (2005) a Humanização depende de um processo de aperfeiçoamento de gestão compartilhada, de sua extensão para cada distrito, cada serviço e para as relações cotidianas. Assim, envolve uma série de outras estratégias que se dirigem a aumentar o poder do doente ou da população geral diante do poder e da autoridade do saber e das práticas sanitárias. É importante que se valorize a presença dos acompanhantes nos processos de tratamento e se modifiquem as regras de funcionamento dos hospitais e dos outros serviços em direção aos direitos dos usuários.

Campos (2005) segue o raciocínio defendendo que para se alcançar tais objetivos é necessário que se criem mecanismos preventivos que dificultem o abuso de poder. Assim, considera-se que a Humanização é uma mudança das estruturas, das formas de trabalho e, também, das pessoas. Para transformar a clínica e a saúde pública é necessário que se reforme a tradição médica e epidemiológica onde tal reforma combine a objetivação científica do processo de saúde/doença/intervenção com novos modelos de operar que decorrem da incorporação do sujeito e de sua história desde o diagnóstico até a intervenção.

Outra questão importante é que o trabalho em saúde somente se humaniza quando o mesmo busca combinar a defesa de uma vida mais longa com a construção de novos padrões de qualidade de vida para sujeitos concretos. Depende, também, de mudanças nas pessoas, de ênfase de valores que se ligam à defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformação do trabalho em processo criativo e prazeroso. A reforma da atenção buscando facilitar a construção de vínculos é o mais poderoso instrumento de mudança (CAMPOS, 2005).

3 Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Nasf

O Ministério da Saúde (MS) criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) mediante a portaria GM nº 154, em 28 de janeiro de 2008. Como principal do

programa, encontra-se o apoio à inserção da ESF na rede de serviços e, também, de ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB para aumentar a resolutividade dos problemas e reforçar os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2009).

Trata-se de uma estratégia inovadora que tem por objetivo o apoio, a ampliação, o aperfeiçoamento, a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Como requisitos encontram-se: conhecimento técnico; responsabilidade por um determinado número de equipes SF e o desenvolvimento de habilidades que se relacionam com o paradigma da Saúde da Família.

Complementar às questões anteriores, encontramos o comprometimento com a promoção de mudanças na atitude e atuação dos profissionais SF e entre a própria equipe Nasf quando se incluem atuações de ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção e reabilitação da saúde e da cura, como também a humanização dos serviços, a educação permanente, a promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

A equipe deve se constituir por equipes compostas por profissionais de áreas de conhecimento diferentes que devem atuar no apoio e em parceria com os profissionais da Saúde da Família tendo como foco as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade da equipe SF.

O caderno 27 (MS, 2009), traz que a portaria nº 154 define duas modalidades de Nasf: o Nasf 01 que deve apresentar, no mínimo, 05 profissionais de nível superior que podem ser: psicólogos, assistentes sociais; farmacêuticos; fisioterapeutas; fonoaudiólogos; profissionais de educação física; nutricionistas; médicos acupunturistas, pediatras, psiquiatras, ginecologistas, homeopatas e terapeutas ocupacionais. Este Nasf pode vincular-se a um mínimo de 08 (oito) e máximo de 20 (vinte) equipes SF, com exceção dos estados do Norte quando o número passa a ser 05 (cinco).

A segunda modalidade é o Nasf 2 que deve apresentar, no mínimo, três profissionais de nível superior que podem ser: psicólogos, assistentes sociais; farmacêuticos; fisioterapeutas; fonoaudiólogos; profissionais de educação física; nutricionistas e terapeutas ocupacionais. Este Nasf vincula-se a, no mínimo, 03 (três) equipes SF (BRASIL, 2009).

Contudo, a portaria 3.124 de 28 de dezembro de 2012 do Ministério da Saúde traz uma nova modalidade de Nasf e modifica a organização das existentes. A modalidade de Nasf 1 deve conter uma equipe de profissionais de nível superior que somem, mínimas 200hs de trabalho semanais sendo que os profissionais devem dedicar-se entre de 20hs à 40hs semanais onde cada ocupação não deverá dedicar mais que 40hs/semanais às atividades. O vínculo deve ser com no mínimo 05 (cinco) e no máximo 09 (nove) equipes ESF e/ou equipes de AB para populações específicas – consultórios de rua, equipes ribeirinhas e fluviais.

Para o Nasf 2, a composição se dará através de profissionais de nível superior que somem 120hs de trabalho semanais onde o profissional deverá dedicar no mínimo 20hs/semana de trabalho e cada ocupação profissional deverá dedicar-se de 20hs (mínimo) a 40hs (máximo) de trabalho por semana. O vínculo passa a ser a um mínimo de 03 (três) e máximo de 04 (quatro) equipes ESF e/ou equipes de AB para populações específicas – consultórios de rua, equipes ribeirinhas e fluviais.

Por fim, a modalidade Nasf 3 deverá ser composta por profissionais de nível superior que somem 80hs de trabalho semanais onde o profissional deverá dedicar de 20hs (mínimo) e cada ocupação profissional deverá dedicar-se de 20hs (mínimo) a 40hs (máximo) de trabalho por semana. O vínculo se dará com o mínimo de 1 (uma) e no máximo 2 (duas) equipes ESF e/ou equipes de AB para populações específicas – consultórios de rua, equipes ribeirinhas e fluviais, configurando-se como um trabalho na lógica da clínica ampliada.

De acordo com o caderno 39 (MS, 2014) houveram modificações nos CBO – Código Brasileiro de Ocupações – que poderão compor o Nasf além que de que a escolha está livre para todas as modalidades, excluindo a situação anterior que determinava CBO específicos para cada modalidade Nasf. Assim sendo, poderão compor a equipe Nasf: médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria - graduado na área de saúde e pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou ainda, graduada diretamente em uma dessas áreas.

Conforme o Caderno 27 (MS, 2009) a composição dos profissionais que comporão o Nasf é de responsabilidade do gestor municipal, contudo, este processo deve seguir critérios identificados a partir das necessidades locais e disponibilidade dos profissionais de cada uma das diferentes ocupações. Seus processos de trabalho devem, necessariamente, ter foco nos territórios de sua responsabilidade e, em conjunto com as equipes SF às quais encontra-se vinculado, priorizar as ações com foco:

- a) *Atendimento compartilhado*: intervenção interdisciplinar - troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas gerando experiências aos profissionais envolvidos. Estes deverão discutir os casos, planejar os PTS, orientar, fazer reuniões e programar consultas e intervenções conjuntas podendo o apoio dar-se por telefone, email, pessoalmente, entre outras.
- b) *Intervenções específicas dos profissionais do Nasf*: dar-se-ão com os usuários e/ou famílias, objetivando a discussão e negociação do atendimento individualizado do Nasf. Este deverá ser planejado e pactuado com as equipes e se dará somente em situações extremas. Ocorrendo, o usuário deverá manter seu contato com a equipe SF que não deve se descomprometer com o caso, acompanhando o caso complementarmente.
- c) *Ações comuns no território*: atividades que devem ocorrer articuladamente com as equipes SF. Desenvolvem-se, com elas, projetos de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos como os de inclusão social e enfrentamento da violência, ações juntos aos equipamentos públicos como as escolas e as creches, entre outros.

3.1 Missão do Nasf

Segundo orientações do caderno 27 (MS, 2009) o Nasf tem como missão: conhecimento, gestão de equipes e a coordenação do cuidado. Sobre o conhecimento, reconhecem que há temas/situações que chegam às SF e que se faz necessário a identificação do que mais prevalece no território. Assim, devem organizar as ofertas considerando as especificidades da clientela adscrita, pois compreende-se que quanto maior o reconhecimento dos problemas dos usuários

pelos profissionais envolvidos, há um conseqüente aumento na capacidade de melhora do usuário.

O pressuposto do conhecimento é o responsável por dar direção para a proposta do Nasf quando ratifica sua complementaridade em relação às equipes de SF, possibilitando a compreensão da importância da contratação de seus profissionais. Para que um Nasf seja constituído, é preciso existir um processo de discussão, de negociação e de análise dos gestores juntamente com as equipes SF, pois são essas que conhecem as necessidades em saúde do seu território podendo, com isso, identificar os temas/situações em que precisarão do apoio (BRASIL, 2009).

Com relação à gestão de equipes, entende-se que há uma grande complexidade no trabalho em saúde e também no compromisso das APS com a melhoria da resolutividade dos serviços e, por esta razão, o Nasf tem como objetivo inserir profissionais no processo de gestão compartilhada do cuidado. No entanto, apenas implantar o programa não é suficiente pois é necessário que haja apoio e compartilhamento de responsabilidades (aspectos centrais da missão dos Nasf).

Atender de forma compartilhada, segundo as orientações do caderno 27 (MS, 2009) demanda que se realizem intervenções onde os sujeitos de ação sejam tanto o profissional de saúde como o apoiador matricial em regime de coprodução. Assim, tem-se como intenção possibilitar uma troca de saberes e de práticas em ato, quando se gera a experiência com os profissionais envolvidos.

Discutir casos e formular projetos terapêuticos consiste na prática de reuniões com a participação dos profissionais de referência do caso em discussão, de um usuário ou um grupo deles e, ainda, do apoiador ou da equipe de apoio matricial. Com isso, pretende-se rever e problematizar o caso buscando identificar os aportes e as possíveis modificações de abordagem que o apoio pode trazer. A partir disto, é preciso rever o planejamento de ações que pode ou não incluir a participação direta do apoio ou de outros serviços de saúde da rede, respeitando as necessidades levantadas (BRASIL, 2009).

Para que toda esta estrutura funcione, o Ministério da Saúde, através do Caderno 27 (MS, 2009), orienta que é preciso estabelecer espaços de reuniões rotineiros onde é possível negociar e pactuar os processos de trabalho com:

discussão de casos; definição de objetivos; elenco dos critérios de prioridade; gestão das filas de encaminhamento; critérios de avaliação dos trabalhos; resolução de conflitos, entre outros. Porém, não é possível essa demanda de trabalho acontecer automaticamente, pois é necessário que os profissionais assumam sua responsabilidade na cogestão e também que os gestores coordenem esses processos construindo constantemente o trabalho interdisciplinar.

Com relação à coordenação do cuidado, segue referência anterior, encontramos uma das características mais importantes da APS, pois é ela quem define com clareza a responsabilidade pela saúde do usuário pois o considera um sujeito em seu contexto opondo-se a uma visão fragmentada realizada pelos recortes disciplinares. O primeiro contato com as famílias, o acompanhamento longitudinal e a inserção territorial vem ao encontro de proteger os usuários de intervenções exageradas, sem articulação e negociação com eles. Assim sendo, a coordenação de casos ocorre em três cenários:

- No estabelecimento de Atenção Primária quando os usuários são vistos pelos membros da equipe e a informação sobre ele são geradas em diferentes lugares;
- Outros especialistas são chamados para aconselhar ou realizar pequenas intervenções;
- Outros especialistas que tratam o usuário especificamente por um longo período de tempo, pois um mesmo apresenta um distúrbio específico.

O que é coordenar o cuidado? É a equipe assumir o usuário quando surgem problemas ou aspectos de saúde. Mesmo que a equipe não domine totalmente o problema ou não tenha como ataca-lo, ela dará um suporte para este usuário fazendo uso dos conhecimentos técnicos que possui. Isso torna-se possível por conta do vínculo prolongado e pela abordagem contextual (que inclui a família e outras dimensões) que, em um momento de crise, de maior gravidade são fundamentais para a eficácia da clínica (BRASIL, 2009).

3.2 Nasf: princípios e diretrizes gerais

Orientações contidas no caderno 27 (MS, 2009) dão conta que a principal diretriz praticada pelos Nasf é a da integralidade. Esta é compreendida em três sentidos: 1) abordagem integral do sujeito, considerando seu contexto social, familiar e cultural, salvaguardando o cuidado longitudinal; 2) práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações e da promoção, da prevenção, da reabilitação e da cura; 3) organização do sistema de saúde que garanta o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população.

Um ponto importante a ser cuidado é que no momento da implantação da proposta do Nasf é necessário atentar para o risco da fragmentação da atenção, ou seja, quando se incorporam abordagens de disciplinas variadas é possível adicionar qualidade no atendimento que acaba por gerar uma não responsabilização individual ou coletivamente, pois pode ocorrer foco em aspectos parciais do indivíduo, com inevitáveis danos à saúde (BRASIL, 2009).

Contudo, Campos (2008) lembra que as diretrizes básicas do SUS – universalidade, equidade e integralidade estão à serviço dos usuários quando: há definição de que todas as pessoas tem direito à saúde, como um direito cidadão e que deve ser garantido pelo Estado (universalidade); quando as ações do SUS direcionam-se ao fim de diminuir as desigualdades sociais (equidade) e, por fim, quando o SUS deve ofertar aos usuários ações que permitam que o sujeito tenha atenção a sua saúde integralmente, sem fragmentações, ou seja, atender às necessidades do cidadão e não apenas às de sua doença (integralidade).

As normativas do caderno 29 (MS, 2009) determinam que para que o conceito de integralidade funcione de maneira adequada, é importante que estejam funcionando outros conceitos como:

- **Território:** conjunto de sistemas naturais e artificiais que engloba indivíduos e instituições independentemente de seu poder. Consideram-se as divisões jurídicas e políticas bem como a herança história e os aspectos econômicos e normativos. É fundamental que as equipes SF conheçam as realidades do território nas suas múltiplas dimensões, identificando fragilidades e possibilidades do ambiente.

- **Educação popular em saúde:** deve apurar e sistematizar os modos de sentir, pensar, sonhar, querer, agir e se expressar das pessoas. Com isso, cria-se um modo

orgânico, participativo e prazeroso de cuidar da saúde e fazer a gestão dos territórios através dos indivíduos, sujeitos do seu próprio processo de trabalho.

- **Interdisciplinaridade:** quando as diversas ações, saberes e práticas complementam-se. “Inter” significa movimento ou processo instalado “entre” as disciplinas, por isso, envolve relações de interação dinâmica entre saberes.

- **Participação social:** é quando há ações para fortalecer os espaços sociais, comunitários e locais de uma forma geral, focando a gestão participativa. Dessa forma, fortalece-se os processos de produção das necessidades de vida dos protagonistas, partilha poder e constrói-se um processo político-pedagógico de conquista de cidadania e de fortalecimento da sociedade civil.

- **Intersetorialidade:** é o trabalho articulado com as redes/instituições que se encontram fora do setor. É a articulação entre os sujeitos dos setores sociais diversos que abordam temas ou situações conjuntamente. A finalidade deste processo de trabalho é a superação das fragmentações dos conhecimentos e estruturas sociais produzindo efeitos mais significativos na saúde da população.

- **Educação permanente em saúde:** Processo que possibilita uma análise coletiva do processo de trabalho para efetivar a ação educativa. O processo de aprendizagem deve ser articulado ao de (re) organização do sistema de saúde. Ou seja, deve envolver uma multiplicidade de dimensões organizacionais, técnicas, sociais e humanas.

- **Humanização:** processo que possibilita a transformação das práticas de atenção e gestão no SUS a partir de construções coletivas entre os gestores, trabalhadores, usuários e atores sociais implicados na produção de saúde. Sua efetividade ocorre quando os princípios do SUS são traduzidos a partir de experiências concretas do trabalhador e do usuário que é compreendido como cidadão em suas dimensões e redes de relações.

O processo de humanização aposta na capacidade criativa, na possibilidade de reinventar formas de relação entre as pessoas, as equipes, os serviços e as políticas com atuação em rede, potencializando o outro e defendendo a vida de todos.

- **Promoção da saúde:** Estratégia que representa um conjunto de procedimentos que informam e capacitam os indivíduos e as organizações. Busca controlar as

condições de saúde dos grupos populacionais específicos e auxiliar na compreensão dos modos de viver dos sujeitos. O trabalho, além de organizado, deve vincular-se à garantia de direitos de cidadania e à produção de autonomia dos sujeitos e das coletividades. Assim, desenvolvem-se ações cotidianas que preservam e aumentam os potenciais individuais e sociais e elencam formas de vida mais saudáveis.

Silva et al (2012) refletem que o papel do Nasf de potencializar a atenção primária e de auxiliar na reorganização da rede de atenção secundária e terciária, retomam o que descreve a Portaria nº 2.488 que afirma que a responsabilização compartilhada pelo Nasf junto às equipes de ESF, o acompanhamento dos casos interdisciplinarmente e as práticas de acompanhamento sendo reavaliadas acabam por modificar a coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde.

Contudo, é importante, neste ponto, reforçar o que Cunha e Campos (2011) refletem sobre a falta de serviços em saúde especializados que podem, ao tempo, conduzir o funcionamento do Nasf de forma equivocada, pois o mesmo não deve substituir um serviço que está em falta por querer responder à demanda de atendimento da população. Este não é o objetivo.

Ao encontro desta ideia, Nascimento e Oliveira (2010) afirmam que, atualmente, dentre as dificuldades que se reconhecem no trabalho do Nasf encontra-se a formação dos profissionais que é incompatível com as necessidades do SUS, pois entende que as propostas pedagógicas dos cursos são construídas distantes dos serviços, não contemplando os pontos-chaves que são o trabalho em equipe, o vínculo e o acolhimento, elementos fundamentais para o processo de trabalho do Nasf.

As atividades do Nasf são compreendidas como uma possibilidade de ampliação do campo de ensino das diversas especialidades médicas, de enfermagem e todas as demais categorias profissionais que compõe o escopo do programa. Tal situação, seguem, vem ao encontro da proposta curricular das Diretrizes Nacionais dos Cursos de Graduação em enfermagem, medicina e nutrição (2011) que se pautam nas necessidades do SUS preconizando, assim, a formação de profissionais capazes de atuar na atenção primária à saúde, colocando o Nasf como potencia de espaço, ensino e pesquisa (SILVA et al, 2012).

3.3 Nasf , o apoio matricial e as equipes de referência

Campus e Domitti (2007) trazem que os conceitos de apoio matricial e de equipe de referência foram propostos por Campos quando o mesmo pesquisava as reformas das organizações e do trabalho em saúde. Pro se tratar de uma metodologia de gestão do cuidado foi adotada por serviços de saúde mental, de atenção básica e da área hospitalar. O apoio matricial foi usado inicialmente no Sistema Único de Saúde (SUS) de Campinas, São Paulo. Posteriormente, o Ministério da Saúde através dos programas Humaniza SUS, Saúde Mental e Atenção Básica/Saúde da Família acabaram por incorporar essa perspectiva.

O apoio matricial tem como objetivo assegurar a retaguarda especializada a equipes e profissionais que se encarregam da atenção aos problemas de saúde. Assim, se trata de uma metodologia de trabalho complementar aos mecanismos de referência e contra-referência, aos protocolos e aos centros de regulação e que oferece uma retaguarda assistencial e um suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (CAMPOS E DOMITTI, 2007).

O caderno 27 (MS, 2009) afirma que o correto entendimento acerca da expressão “apoio” remete à compreensão de uma tecnologia denominada “apoio matricial” que é complementada pelo processo de trabalho das equipes consideradas “referência”. Seguem afirmando que tais equipes representam um tipo de arranjo organizacional que objetiva mudar o padrão dominante de responsabilidade nas organizações. No lugar do entendimento que as pessoas devem se responsabilizar pelos procedimentos e pelas atividades (normalmente uma responsabilidade quantitativa), busca-se formar equipes onde os trabalhadores terão uma clientela sob sua responsabilidade, como, no caso, as equipes ESF serem responsáveis por uma clientela dentro de um território específico (área de abrangência da referida equipe).

Campos e Domitti (2007) afirmam que compor uma equipe de referência e criar especialidades em apoio matricial são situações que criam possibilidades de operar em um nível de ampliação do trabalho clínico e sanitário. Os especialistas não podem, isolados, realizar abordagem integral ao seu paciente. Assim, pretende-

se com o uso dessa metodologia, assegurar maior eficiência e eficácia ao trabalho em saúde e, também, investir na construção de autonomia aos usuários.

As equipes de referência partem de um rearranjo organizacional que busca deslocar o poder das profissões e corporações de especialista quando reforça o poder de gestão da equipe interdisciplinar. Tais equipes se compõem de conjuntos de profissionais considerados essenciais para a condução de problemas de saúde dentro de determinados campos de conhecimento. São distintos especialistas e profissionais encarregados de intervir sobre o mesmo objeto – problema de saúde – buscando atingir objetivos comuns e se responsabilizando pela realização de um conjunto de tarefas que operam em diversos modos de intervenção (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Conforme o caderno 27 (MS, 2009) quando se fala em equipe de referência, se remete à Equipe de Saúde da Família, referência para certa população na APS. Acrescenta-se a isto outra dimensão: a distribuição do poder que se quer na organização. Dessa maneira, define-se equipe de referência como uma coordenação (gerência) comum que deve enfrentar a herança deixada pelas “linhas de produção” de Taylor - saber disciplinar fragmentado onde as chefias acabam por dividir-se em corporações - nas organizações da saúde. Dessa forma, existem, nos serviços da saúde, chefias para os enfermeiros, médicos e Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e não uma coordenação por equipe. Dessa forma, aumenta-se a possibilidade de fragmentação do trabalho na equipe SF, produzindo uma tendência de responsabilidade maior com a atividade corporativa do que propriamente com o resultado final para o usuário.

A gestão do trabalho interdisciplinar nas equipes de referência depende de uma série de instrumentos operacionais. Para que se defina claramente a responsabilidade sanitária e se ampliem as possibilidades de construção de vínculo é necessário valer-se da metodologia de adscrição de clientela à equipe de referência. Ou seja, cada equipe terá um registro e um cadastro de casos que estão sob sua responsabilidade e, de acordo com o manejo desse cadastro é que serão permitidas avaliações de risco e de vulnerabilidade onde se identificam os casos que merecem elaboração de projeto terapêutico singular ou ainda alteração do diagnóstico ou dos procedimentos de cuidado (CAMPOS E DOMITTI, 2007).

A respeito da adscrição da clientela, o caderno 27 (MS, 2009) complementa que a proposta de equipe de referência na APS parte da existência de interdependência entre os profissionais. Assim, o apoio matricial se forma através do conjunto de profissionais que não necessariamente tenham relações diretas e cotidianas com o usuário, mas cujas tarefas se prestarão ao apoio às equipes de referência (as SF). Dito isto, entende-se que o apoio matricial se apresenta sob as dimensões assistenciais e técnico-pedagógicas.

Campos e Domitti (2007) trazem que as equipes de referência são as responsáveis pela condução dos casos inscritos em seu cadastro, independente de ser adicionado no processo algum apoio especializado. Temos que o funcionamento dialógico e integrado da equipe de referência pressupõe que a mesma é um espaço coletivo onde se discutem casos clínicos, sanitários ou de gestão e que a mesma participa da vida da organização.

Seguem os autores referidos anteriormente afirmando que o apoiador matricial se trata de um especialista que apresenta um núcleo de conhecimento e um perfil distinto dos profissionais que são referência e, por conta desta diferença, o mesmo contribui para que as intervenções aumentem sua capacidade de resolução dos problemas de saúde da equipe que é, primariamente, a responsável pelo caso.

O apoio matricial constrói e ativa espaços para comunicação ativa e para compartilhamentos de conhecimento entre profissionais de referência e os apoiadores. Personaliza os sistemas de referência e contra-referência quando estimulam e facilitam o contato direto entre referência encarregada do caso e os especialistas de apoio (CAMPOS E DOMITTI, 2007).

Segundo Campos e Domitti (2007) apoio matricial se trata de um termo se que compõe através de dois conceitos operadores. O termo matricial é aquele que indica mudança de posição do especialista em relação ao profissional que demanda seu apoio. Existe, na teoria dos sistemas de saúde, um princípio chamado hierarquização que é aquele em que se prevê uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe. Dessa forma, temos que o nível primário dirige-se ao secundário, que dirige-se ao terciário e assim sucessivamente onde, também, há transferência de responsabilidade quando há o encaminhamento.

Complementam os autores citados anteriormente que outra questão referente ao emprego do termo matricial é que o mesmo indica uma possibilidade de sugestão para que os profissionais de referência e os especialistas mantenham uma relação horizontal com os usuários e não apenas vertical como a tradição dos sistemas de saúde recomenda. Com essa mudança, vê-se uma tentativa de atenuar a rigidez dos sistemas de saúde quando os mesmos se encontram planejados de forma estrita, de acordo com as diretrizes clássicas de hierarquização e de regionalização.

Falando do primeiro termo, o apoio sugere uma metodologia para ordenar a relação entre a referência e o especialista com base em procedimentos dialógicos e não apenas na autoridade. Na criação da figura do apoiador institucional há sugestão de que tanto a gestão do trabalho em equipe quanto na clínica, na saúde pública ou ainda nos processos pedagógicos existe uma relação entre sujeitos com saberes, valores e papéis distintos que podem ocorrer dialogicamente (CAMPOS E DOMITTI, 2007).

Campos e Domitti (2007) defendem que o apoio matricial e a equipe de referência são metodologias de trabalho, um modo em que é possível realizar a gestão da atenção em saúde sendo, também, arranjos organizacionais que buscam diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho que decorre da especialização crescente em praticamente todas as áreas de conhecimento.

Para que a interdisciplinaridade ocorra, seguem Campos e Domitti (2007) é necessário facilitar a comunicação entre os distintos especialistas e profissionais e, aliado a isso, montar um sistema que produza compartilhamento sincrônico e diacrônico de responsabilidades pelos casos e pela ação prática e sistemática, conforme os projetos terapêuticos específicos.

Silva et al (2012) trazem em seus estudos que o Nasf, em sua fase inicial, deve somar conhecimentos isolados uma vez que os profissionais envolvidos ainda não são experientes nas práticas multidisciplinares. Contudo, com o passar do tempo, a expectativa é de que conforme os profissionais se apropriem dos casos, conheçam melhor as características do território e integrem com as equipes de saúde da família tornem possível a construção de novos saberes que devem transitar pelas diversas especialidades de forma dinâmica e direcionando-se para a transdisciplinaridade.

Para a transdisciplinaridade funcionar corretamente, seguem os referidos autores, é preciso existir um objetivo comum e uma disponibilidade para o diálogo, pois, essa troca de conhecimentos se torna fundamental para as práticas de saúde, em evidência na atenção primária onde ninguém detém todo o saber necessário. Trabalhar na área da saúde é mais que a simples execução de tarefas mas, sim, um constante movimento de pensar sobre o trabalho que possibilite a criação de estratégias que recuperarão os significados tanto para os usuários quanto para os profissionais. No pensar coletivo, definem-se nós críticos ou pontos chaves; os conhecimentos e a compreensão relativos aos nós são buscados; levantam-se hipóteses de solução e, por fim, desenham-se planos de ação que podem ser aplicados à realidade. Dessa forma, são definidas as necessidades, as respostas e, por fim, a gestão participativa e a humanização acabam por serem feitas.

Outra questão levantada por Campos e Domitti (2007) refere-se ao fato que o apoio matricial tem um poder relevante para racionalizar o acesso e o uso de recursos especializados onde se alteram a ordenação predominantemente multidisciplinar do sistema para outra consentânea com a interdisciplinaridade. Dessa maneira, vê-se um uso mais racional dos recursos quando acaba por criar uma oportunidade para que um único especialista integre seu trabalho com os das diversas equipes de referência.

Tais relações, com o tempo, provocam uma incorporação nas equipes apoiadas do campo de conhecimento delegado pelo especialista e aumenta, por consequência, a capacidade de resolução dos problemas de saúde indicando com mais sensibilidade e precisão os casos que necessitariam de apoio especializado. Dessa forma, compreende-se que o método de apoio matricial depende da existência de espaços coletivos que significa dizer que é necessário algum grau de co-gestão ou de democracia institucional (CAMPOS E DOMITTI, 2007).

3.4 Matriciamento e gestão

Para que o processo de trabalho entre os profissionais seja efetivo, de acordo com o caderno 27 (MS, 2009), é necessário que se estabeleçam tarefas que sejam ajustadas entre o gestor, a equipe Nasf e a equipe SF, definidas e detalhadas

cuidadosamente para que aja uma construção compartilhada das diretrizes clínicas e sanitárias e com critérios para o acionamento do apoio.

No entanto, é fundamental para a existência da situação anterior que na relação entre o gestor e as equipes Nasf e SF impere a flexibilidade para a definição dos critérios e para as próprias atividades do apoiador, ou seja, os elementos devem ser considerados de uma forma dinâmica e que se sujeite à constante reavaliação e reprogramação. A responsabilidade do Nasf incide sobre a população e a equipe SF. Seu desempenho é avaliado, portanto, através dos indicadores de resultado para a população e para as ações da equipe (BRASIL, 2009).

O Nasf deve contribuir para a discussão, junto aos gestores, sobre os indicadores de saúde, enfatizando especialmente os que evidenciam a qualidade do cuidado prestado à população, gerando uma reflexão sobre a ineficácia da manutenção da cultura organizacional no SUS – quantitativas e que não refletem sobre o impacto das ações, tampouco avaliam a qualidade do cuidado. Estes indicadores de qualidade do cuidado devem, impreterivelmente, evidenciar a garantia do acesso, a resolutividade e a integralidade, ou seja, a discussão desses demanda um desafio para os gestores e para os profissionais da saúde (SILVA, AGUIAR e COLS, 2012).

4 Objetivos

4.1 Objetivo geral

Comparar as normas técnicas de trabalho preconizadas para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) com a prática de trabalho do mesmo nos municípios de Cacequi, Santiago, São Francisco de Assis e São Sepé, pertencentes à 4ªCRS, 2014.

4.2. Objetivos específicos

Comparar as normas técnicas segundo:

- a. Tipo de atividades desenvolvidas – reunião de equipe, reunião com outras equipes, atendimento individual, visitas domiciliares.
- b. Profissionais que compõem as equipes de apoio;
- c. Temas desenvolvidos em reunião;
- d. Público alvo: sexo, idade;
- e. Práticas – alimentação saudável, saúde do trabalhador, dependência química, entre outros.

5 Métodos

Foi escolhida a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) da região de Santa Maria (RS) como referência para a coleta de dados do estudo. Em sua área de abrangência encontram-se 4 equipes Nasf habilitadas e em funcionamento, nos municípios de, Santiago, São Francisco de Assis, Cacequi e São Sepé.

Os dados foram levantados dos relatórios de atividades e atas de reuniões de planejamento disponibilizados pelas equipes, após contato telefônico, visita às unidades e acordo de envio dos relatórios por email.

O projeto inicial previa análise dos dados do município de Cacequi, mas não houve tempo hábil de anexar os dados no estudo. Foi realizado contato telefônico com a coordenadora da equipe do município, em 12 de março de 2015, solicitando uma visita para levantamento dos dados, contudo, não foi possível no momento. Acordamos que mandaria cópia de relatório das atividades desenvolvidas pela equipe, mas este foi enviado em 13 de abril de 2015, não havendo tempo hábil de anexá-los aos demais dados.

Inicialmente previstos no projeto do estudo, as fontes de dados seriam as fichas de atividade coletivas preenchidas pela equipe Nasf e a plataforma e-SUS AB, uma estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB/MS) para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional.

Foram realizadas 5 tentativas de acessar o portal e-SUS AB:

- a) no dia 2 de fevereiro de 2015 – encontrava-se em manutenção o software;
- b) em 15 fevereiro 2015 – realizado download do programa, mas não foram encontrados acessos aos relatórios;
- c) em 9 março 2015, após visita à São Francisco de Assis, a área de login era específica para os gestores. Foi solicitado à equipe que buscasse os relatórios na plataforma, mas a resposta foi negativa por não terem conseguido gerar os relatórios;
- d) em 25 de março 2015, a quarta tentativa sem sucesso. Solicitado atendimento via suporte técnico do Ministério da Saúde, sem retorno do atendimento.

e) em 13 de abril, novamente para o suporte 136, quando informaram que somente os gestores ou profissionais das equipes cadastrados teriam acesso. Dessa forma, não havia tempo hábil para anexar os relatórios.

Com relação às fichas de atividades coletivas, o município de Santiago não a preenche; São Sepé não preenche, mas constam registros das atividades da equipe nas fichas de atividade coletiva dos ESF's que alimentam a plataforma E-Sus, mas não disponibilizaram relatório; São Francisco de Assis preenche as fichas, mas não disponibilizaram-na para consulta pois as mesmas ficam sob os cuidados das equipes ESF's atendidas por eles.

Assim, os dados foram coletados dos relatórios de atividades enviados por email (em Anexo), e das atas de reuniões de planejamento, lidas quando da visita aos municípios de Santiago e São Francisco de Assis.

Por se tratar de estudo documental, não houve necessidade de encaminhamento para Comitê de Ética.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Abaixo serão apresentados os dados referentes aos municípios de Santiago, São Francisco de Assis e São Sepé. Cacequi não consta devido ao não envio em tempo hábil do relatório de atividades.

6.1 Perfil das equipes

No quadro 1 consta o perfil das equipes constituídas com relação ao determinado pelo Ministério da Saúde.

Quadro 1 - Relação de profissionais, carga horária e número de equipes vinculadas.

Norma Técnica			Estrutura de equipes identificadas		
Nasf 1					
Quadro de profissionais	Carga horária	Nº ESF vinculadas	Quadro de profissionais	Carga horária	Nº ESF vinculadas
			Santiago		
Psicólogo; Assistente social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Educador físico; Nutricionista; Pediatra; Psiquiatra; Ginecologista Homeopata; Terapeuta ocupacional.	200h de trabalho semanal	Mínimo 5 máximo 20	2 farmacêuticos 1 psicólogo 1 nutricionista 1 fonoaudiólogo	40h/sem 40h/sem 40h/sem 40h/sem Total: 200h/sem	11
			São Francisco de Assis		
Psicólogos, Assistentes sociais; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Profissionais de educação física; Nutricionistas; Terapeutas ocupacionais	120h de trabalho semanal	Mínimo 3 máximo 4	1 nutricionista 1 psicólogo 1 assistente social 1 educador físico	40h/sem 40h/sem 40h/sem 40h/sem Total: 160h/sem	4
			São Sepé		
			1 psicólogo 1 nutricionista 1 fonoaudiólogo 1 fisioterapeuta 1 médico veterinário	20h/sem 20h/sem 24h/sem 20h/sem 24h/sem Total: 108h/sem	4
Comentário	Com relação à composição dos Nasf encontra-se disparidade entre as normas e a organização da equipe somente com o município de Santiago que atende a 11 ESF's quando deveria atender, no máximo, 9 ESF's, cumprindo orientações da portaria 3.124 de 2014. Com relação à carga horária, o município de São Sepé está demandando 108h/sem de trabalho quando deveria ofertar mínimo de 120h. Ambas situações demandam intervenção do gestor municipal e reorganização das equipes para se ajustarem ao determinado pelo Ministério da Saúde.				

6.2 Atividades desenvolvidas

Os quadros comparativos entre as normas de trabalho preconizadas e as categorias profissionais que compõe as equipes em estudo estão abaixo. Inicialmente, estão dispostas as atividades da equipe multiprofissional (quadro 2) e, na sequência, as atividades do farmacêutico, do assistente social, do psicólogo, do educador físico, do nutricionista, do médico veterinário, das práticas corporais integrativas, do fisioterapeuta e, por fim, do fonoaudiólogo (quadros 2 a 11, respectivamente).

6.3 Trabalho multiprofissional

Quadro 2 - comparativo: normas técnicas e práticas multiprofissionais

	Santiago	São Sepé	São Francisco de Assis
Normas preconizadas			
<p>Educação permanente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reunião de equipe, discussão de casos, construção de PTS; - Atendimento em grupo; - Atendimento domiciliar. - Atendimento compartilhado; - Grupos terapêuticos; - Oficinas geração de renda - Ações Coletivas para produção de cidadania - Grupos educativos; - Práticas corporativas; - Encontros comunitários; - Ações para a promoção de modos de vida saudáveis - Apoio às ações do PSE; - Ações de educação em Saúde. <p>Apoio matricial - se forma através do conjunto de profissionais cujas tarefas se prestarão ao apoio às equipes de referência (as SF) em uma lógica assistencial e técnico-pedagógicas.</p> <p>PTS (Plano Terapêutico Singular) - orienta a discussão dos casos clínicos, com ênfase especial aos mais complexos; conjunto de propostas para as condutas terapêuticas que serão articuladas e direcionadas para os sujeitos individual ou coletivamente. Poderá se direcionar ao paciente, ao grupo familiar ou ainda à grupos específicos do território.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Educação permanente - Apoio matricial - Territorialização - PTS 	<ul style="list-style-type: none"> - Visitas domiciliares; - Apoio matricial - Planejamento de ações junto às equipes e unidades; - participação nos grupos de gestantes, hipertensos e diabéticos; - Reuniões de equipe; - Discussão de casos - PTS 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio matricial - Educação permanente – capacitação sobre trabalho grupo, preenchimento correto das fichas E-Sus; - grupo de homens – orientação e prevenção de doenças; grupo terapêutico de artesanato; Circuito Saúde – orientações sobre doenças, controle e prevenção; caminhada “outubro rosa” – ênfase no câncer de mama; grupo “família gestante” e “saber para crescer” – orientação sobre gestação, nascimento e primeiros anos de vida; grupo “adolescer” – prevenção de doenças, uso de álcool e drogas em parceria com PSE; - Atendimento domiciliar - PTS
Comentário	<p>As ações multidisciplinares apresentadas pelas equipes, de maneira geral, estão em acordo com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde, especialmente no que tange as práticas de apoio matricial e educação permanente. No entanto, houve pouca menção ao trabalho realizado fora do contexto Nasf-ESF, sendo as atividades concentradas quase exclusivamente aos usuários destes sistemas.</p>		

6.4 Farmacêutico

Quadro 3: normas técnicas e atividades do profissional farmacêutico

Normas preconizadas	Santiago	São Sepé	São Francisco de Assis
<ul style="list-style-type: none"> - Reuniões com as equipes de Saúde da Família; - Reuniões entre a equipe do Nasf e a Gestão das Farmácias; - Grupos de educação em saúde/atividades comunitárias; - Visita domiciliar - quando haverá avaliação no domicílio quanto ao uso adequado dos medicamentos, verificar as condições de armazenamento e o descarte dos medicamentos vencidos; - Atendimento conjunto com outros profissionais de saúde; - Atendimento familiar e/ou individual - Educação permanente: Acompanhamento farmacoterapêutico e orientação farmacêutica – destinado a pacientes que usam medicamentos variados para orientar com relação ao uso adequado, reações e armazenamento; –Acesso a recursos e serviços de saúde: orientação aos usuários e profissionais de saúde sobre os programas de acesso a medicamentos básicos, estratégicos e de alto custo são disponibilizados pelo município ou Estado a fim de que se possam buscar as medicações com menor custo ou financiadas por algum poder governamental. 	<p>Educação permanente</p> <ul style="list-style-type: none"> - educação da população para o uso adequado dos medicamentos; capacitação aos profissionais para o preenchimento adequado dos dispensários de medicamentos. 	<p>Não participa da equipe</p>	<p>Não participa da equipe</p>
Comentário	<p>Os dados coletados apresentam uma lógica de trabalho voltada para a Educação Permanente - capacitação aos profissionais para preenchimento adequado das fichas de dispensários de medicamento e orientação para o uso adequado dos medicamentos.</p> <p>Não foi encontrado relato sobre o trabalho voltado para o acompanhamento farmacoterapêutico e sobre o acesso aos recursos e serviços de saúde</p>		

6.5 Assistente Social

Quadro 4: normas técnicas e atividade do profissional assistente social

Normas preconizadas	Santiago	São Sepé	São Francisco de Assis
<ul style="list-style-type: none"> - O serviço social, no Nasf, deve se desenvolver interdisciplinarmente, integrado às equipes apoiadas a fim de que preste apoio no trato das questões sociais e nas mais variadas expressões cotidianas na saúde. - Desenvolver ações de escuta e acolhimento aos usuários; - Incentivar e contribuir para o processo de fortalecimento de autonomia e organização pessoal do usuário; - Apoiar o usuário na construção e ressignificação de seu projeto de vida; - Desenvolver ações integradas com os outros profissionais da rede de atenção à saúde e políticas públicas; - Participar das discussões dos casos, entre outras ações; - Realizar visitas domiciliares - conhecer e se apropriar das situações a fim de aprofundar, acompanhar e encaminhar as demandas ao plano de cuidados . 	Não participa da equipe	Não participa da equipe	Atividades multiprofissionais e visitas domiciliares;
Comentário	<p>O assistente social foi encontrado apenas em uma equipe e seu trabalho foca-se no acompanhamento das ações de educação permanente e apoio matricial, junto aos demais colegas Nasf e na realização de visitas domiciliares e estudos sociais, bem como o encaminhando dos usuários a serviços específicos dos quais estejam necessitando.</p> <p>Há coerência entre a prática e as normas técnicas, no entanto, a representatividade deste profissional nas equipes analisadas é praticamente inexistente, refletindo uma falha no processo de organização das equipes diante de um setor que apresenta inúmeras vulnerabilidades tanto em saúde quanto sociais.</p>		

6.6 Psicólogo

Quadro 5: normas técnicas e atividade do profissional psicólogo

Normas preconizadas	Santiago	São Sepé	São Francisco de Assis
<p>- Apoiar as equipes de SF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de transtornos mentais comuns, severos e persistentes. Deve haver articulação entre Nasf, S F e Caps para um trabalho integrado e apoio do Caps nos casos necessários.</p> <p>- Trabalhar estratégias de redução de danos – casos de álcool/drogas. Realizar detecção precoce de casos que necessitem de atenção e utilizar as técnicas de intervenção breve para a redução do consumo;</p> <p>- Construir projetos de detecção precoce de situações de sofrimento mental e desenvolver ações de prevenção e promoção em saúde mental;</p> <p>- Incentivar e apoiar a organização de iniciativas de inclusão social pelo trabalho</p> <p>- Ampliar o vínculo com as famílias e com a comunidade, tomando-as como parceiras fundamentais no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração;</p> <p>- Estimular a mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como grupos comunitários e de promoção de saúde, oficinas de geração de renda e outras;</p> <p>- Auxiliar no monitoramento e avaliação das ações de saúde mental na Saúde da Família (identificação, cadastramento, registro de casos de transtornos mentais, acompanhamento e avaliação dos seus indicadores e marcadores).</p>	<p>Educação permanente – capacitação dos profissionais para trabalhar com os grupos de usuários.</p>	<p>Atividades multiprofissionais</p>	<p>Educação permanente - Palestras sobre psicopatologia Atendimento individual</p>
<p>Comentário</p>	<p>Destaque ao município de São Francisco de Assis que apresenta atividades mais pontuais em direção aos atendimentos em saúde mental tais como o Grupo “Educação e Saúde” que objetiva melhorar a qualidade de vida, saúde física e emocional dos usuários e atendimentos psicológicos à domicílio, atendendo à população acamada ou com dificuldade de locomoção. Ações pactuadas e acompanhadas pelo ESF a qual pertence o usuário (vide anexo).</p>		

6.7 Educador físico

Quadro 6: normas técnicas e atividade do profissional educador físico

Normas preconizadas	Santiago	São Sepé	São Francisco de Assis
Educação física - Fortalecer e promover o direito constitucional ao lazer; - Desenvolver ações de inclusão social; - Favorecer o trabalho interdisciplinar amplo e coletivo reforçando os pressupostos do apoio matricial; - Organizar práticas de saúde na APS prevenindo, promovendo, tratando e reabilitando; - Informar a população de hábitos de vida mais saudáveis, estimulando a prática; - Desenvolver ações de educação em saúde reconhecendo o protagonismo dos sujeitos; - Primar por intervenções coletivas, sem excluir as individuais;	Não participa da equipe	Não participa da equipe diretamente, apenas como apoio às práticas integrativas.	Grupos “Educação e saúde” e “Caminhada orientada” – orientação sobre exercícios físicos, cuidados com a saúde em geral
Comentário	Presença pouco significativa do educador físico nas equipes estudadas		

6.8 Nutricionista

Quadro 7: normas técnicas e atividade do profissional nutricionista

Normas preconizadas	Santiago	São Sepé	São Francisco de Assis
- Promoção de práticas alimentares saudáveis - individual e coletivamente, ao longo da vida dos sujeitos; - Contribuir para a construção de estratégias de enfrentamento aos distúrbios alimentares, deficiências nutricionais, desnutrição e obesidade; - Promover a segurança alimentar e nutricional - atendimento compartilhado - intervenções específicas com os usuários e as famílias e - ações comuns nos territórios que são de sua responsabilidade.	Educação permanente – vigilância alimentar; aleitamento materno; Plano Municipal Nutricional	Grupo “Pense Leve” - orientar a população para práticas de alimentação saudável, reeducação alimentar, manipulação de alimentos; Atendimentos individuais e domiciliares, realizados conforme indicação dos PTS.	Capacitação escolar (parceria com PSE) – higiene e manipulação dos alimentos e alimentação saudável; - Avaliação antropométrica; - Grupo “Criança saudável” – orientação sobre alimentação correta; - Atendimento individual
Análise	O trabalho dos nutricionistas nas equipes corresponde ao preconizado nas normas, pois se observam práticas desde a vigilância alimentar ao manejo dos alimentos, o aleitamento materno e a prevenção, tratamento e acompanhamento de doenças ocasionadas pelo aumento de peso, alimentação errada e outras comorbidades associadas.		

6.9 Médico Veterinário

Quadro 8: normas técnicas e atividade do profissional médico veterinário

Normas preconizadas	Santiago	São Sepé	São Francisco de Assis
De acordo com o Conselho Federal de Medicina Veterinária (2013) o Médico Veterinário no NASF é recente, por isso, as atribuições do profissional estão em construção. Dentre esta construção, tem-se que o Nasf deve organizar seu processo de trabalho, focando os territórios de sua responsabilidade, em conjunto com as ESF que a ele se vinculam priorizando: - Ações Clínicas compartilhadas para uma intervenção interdisciplinar; - Ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade, articuladas com os SF - desenvolvimento do projeto de saúde no território, focando vulnerabilidades dos indivíduos frente aos animais e demais riscos ambientais; trabalhos educativos - de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais fortalecendo as Redes de Atenção e Cuidado.	Não participa da equipe	Atividades multiprofissionais Visitas domiciliares	Não participa da equipe
Comentário	A presença do médico veterinário é incomum ainda nas equipes Nasf uma vez que entrou no quadro dos CBO's indicados apenas no caderno 39, de 2014.		

6.10 Práticas corporais integrativas

Quadro 9: normas técnicas e práticas corporais integrativas

Normas preconizadas	Santiago	São Sepé	São Francisco de Assis
Práticas que estimulam a interação mente–corpo, proporcionando maior consciência integralidade do ser humano. Leva à melhoria da qualidade de vida e saúde; atua na promoção de saúde, prevenção e auxílio no tratamento de doenças; contribui para a humanização dos serviços de saúde. As práticas mais conhecidas e praticadas no SUS são: automassagem ou do-in, lian gong e tai chi chuan. Além de promover saúde e dar autonomia ao sujeito, essas práticas fortalecem e valorizam os sujeitos implicados no processo de produção e saúde. TAI CHI CHUAN - prática corporal que realiza movimentos suaves e lentos. Arte marcial que trabalha o equilíbrio, relaxamento, força, respiração e concentração mental. Não tem restrição de idades e sexo, previne doenças osteomusculares e mentais, melhora a qualidade de vida, aumenta a longevidade, controla a pressão arterial e o estresse.	Não desenvolvem ações nesse sentido.	Tai Chi Chuan – nos grupos de terceira idade com profissional externo contratado e nas praças do município.	Não desenvolvem ações nesse sentido.
	As práticas integrativas são pouco exploradas nas equipes Nasf. Destaque para a iniciativa de São Sepé de buscar a prática do Tai Chi Chuan atingindo o público de idosos e estimulando a ocupação de espaços públicos de lazer.		

6.11 Fisioterapia

Quadro 10: normas técnicas e atividade do profissional fisioterapia

Normas preconizadas	Santiago	São Sepé	São Francisco de Assis
<p>Segundo Barbosa et al (2008) a função do fisioterapeuta é:</p> <ul style="list-style-type: none"> - realizar diagnóstico situacional levantando os problemas de saúde que requeiram ações de prevenção de doenças e agravos à saúde e necessidades de reabilitação, na área adstrita às ESF; - realizar atendimentos individuais e/ou coletivos de prevenção; - promover ações de reabilitação e tratamento - ênfase atendimentos coletivos; - desenvolver grupos operativos e ações de promoção e proteção à saúde junto às ESF, especialmente voltados para a prevenção e cuidado de doenças posturais; - acolher usuários que necessitem reabilitação, orientando, atendendo, acompanhando, conforme a necessidade dos usuários e a capacidade das ESF. 	.Não participa da equipe.	Atividades multiprofissionais; Atendimentos domiciliares; Ginástica laboral nas unidades de saúde do município (além das ESF, o CAPS, o CAS, entre outros).	Não participa da equipe.
Comentário	A participação do fisioterapeuta é reduzida nos Nasf pesquisados. A equipe que possui o profissional desenvolve ações conforme orientações do MS realizando trabalho ampliado - busca as unidades de saúde da RAS municipal. As demais atividades, em conjunto com os profissionais Nasf, atingem a lógica do apoio matricial e educação permanente.		

6.12 Fonoaudiologia

Quadro 11: normas técnicas e atividade do profissional em fonoaudiologia

Normas preconizadas	Santiago	São Sepé	São Francisco de Assis
<p>Orientações segundo Conselho Federal de Fonoaudiologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar e levantar problemas que requeiram ações de prevenção e reabilitação em casos de deficiências; - Desenvolver a promoção e a proteção à saúde – aspectos físicos e da comunicação, incluindo consciência e cuidado com o corpo, saúde auditiva e vocal, orientação sobre amamentação; - Elaborar estratégias de acompanhamento a crianças com risco de alterações no desenvolvimento; - Realizar visitas domiciliares para acompanhamento; orientações e adaptações a usuários acamados; - Realizar discussões e condutas terapêuticas conjuntas e complementares; - acolher, apoiar e orientar usuários quando diagnosticadas deficiências ou incapacidades; 	Atividades multiprofissionais Apoio matricial	Atividades multiprofissionais Apoio matricial Visitas domiciliares	Não participa da equipe.
Comentário	A participação dos profissionais mostra-se pouco expressiva quando comparadas ao indicado pelo Conselho, no entanto, conseguem integrar-se nas ações de apoio matricial e acompanhar visitas domiciliares, orientando o cuidado aos pacientes que precisam deste atendimento diferenciado.		

6.13 Discussão dos resultados

Diante do exposto nos quadros comparativos, é importante realizar algumas pontuações específicas com relação ao trabalho desenvolvido nas unidades ESF, apoiadas pelo Nasf. De forma geral, as equipes atuam conforme as orientações do Ministério da Saúde – caderno 27 (MS,2009) e caderno 39 (MS, 2013) e de seus Conselhos profissionais, visto que, não se encontram normas técnicas específicas a todos os quadros profissionais que compõem o Nasf. Embora o MS não tenha um quadro de orientações completo, atuando em parceria com os Conselhos profissionais, a lacuna de orientações encontra-se preenchida.

A respeito do trabalho do farmacêutico, é importante que se trabalhe com a lógica de dispensação de medicamentos – prática não observada nas equipes -, visto que, a dispensação de medicamentos é o esclarecimento e sensibilização, aos usuários da importância de realizarem corretamente o uso das medicações que inclui o cuidado com as dosagens, os horários e o armazenamento dos medicamentos. Tais informações devem direcionar-se aos usuários e aos familiares do mesmo (BRASIL, 2009).

Sugere-se maior atenção aos dois pontos pelos gestores e profissionais e que os municípios que não possuem farmacêutico na equipe invistam nestes profissionais como parceiros em atividades compartilhadas com outras áreas, pois, como afirmam Silva et al (2012) o trabalho do farmacêutico no Nasf pode auxiliar no processo de reestruturação da atenção à saúde para reduzir a medicalização definindo-a como uma dependência dos indivíduos com relação aos bens de ordem médico-assistencial possuindo como principal característica a hipervalorização dos medicamentos.

Com relação ao trabalho do assistente social – profissional pouco expressivo na organização das equipes - e a prática da visita domiciliar, Orientações do caderno 27 (MS, 2009) trazem a importância de a visita domiciliar ser planejada e acompanhada pela equipe SF, especialmente com as Agentes Comunitárias de Saúde – ACS. O importante é a observação das condições de vida dos usuários, das relações, da linguagem, das representações com o objetivo de construir novas sínteses. Desta forma, O assistente social poderá valer-se de grupos educativos e/ou de convivência que podem se organizar através de oficinas educativas abordando temas do processo saúde-doença, cidadania, desenvolvimento pessoal e

social. Com isto, há privilégio de conhecer previamente os problemas; trocar experiências, vivências e sentimentos; construir conhecimento e projetos de vida. Assim, há incentivo da participação ativa, da autonomia, da autoestima, do empoderamento social (BRASIL, 2009).

Sobre a atuação do educador físico, percebe-se uma atuação tímida quando analisadas as possibilidades de trabalho e as práticas. Uma das razões deve-se ao fato deste profissional não pertencer ao quadro de profissionais da saúde e, sim, da educação. Neste sentido, destaca-se a importância deste profissional que trabalha na perspectiva de promoção da saúde, fomentando práticas que favoreçam a saúde do usuário – antes do adoecimento. Assim, o ambiente de atuação do profissional deve transcender o espaço tradicional da escola, ampliando e diversificando abordagens que atendam a todo território (BRASIL, 2009).

Sugere-se que sejam realizadas, na lógica do trabalho ampliado e compartilhado, parcerias com as escolas dos municípios na busca de elaborar estratégias onde os profissionais Nasf possam atuar com o auxílio do educador físico e, com isso, levar ações em saúde para dentro das escolas, ao encontro do trabalho do PSE. É fundamental que o Nasf amplie a rede de contatos incluindo as escolas, os serviços que compõe a Rede de Atenção à Saúde municipal, promovendo melhorias na qualidade de vida em saúde e em sociedade dos indivíduos.

Sobre a atuação do médico veterinário no Nasf, destaca-se a importância de buscar, assim como o educador físico, parcerias de trabalho com este profissional. O veterinário, atuando em saúde, auxilia nos processos de trabalho quando há necessidade de trabalhar conceitos de saúde no ambiente, pois é capaz de avaliar a sanidade das comunidades atendidas pelos ESF's, identificar agentes endêmicos (ratos, mosquitos, carrapatos) e orientar sobre a conduta no manejo com animais domésticos e de trabalho – caso de comunidades rurais onde há cavalos, bois, porcos, entre outros.

Na análise sobre as práticas integrativas, compreende-se que estas deveriam ter maior participação dentro das atividades organizadas pelas equipes uma vez que, conforme o Caderno 27 (MS, 2009) através deste trabalho é possível ampliar e valorizar o uso dos espaços públicos de convivência, na proposta de inclusão social

e do combate à violência. Para tanto, se faz necessário identificar profissionais ou membros da comunidade que apresentem potencial para desenvolver tais ações em conjunto com o Nasf e as ESF's.

Segundo Silva et al (2012), para que o trabalho do Nasf ocorra conforme seu objetivo é preciso, antes de mais nada, conhecer a oferta e a demanda dos serviços de saúde das localidades onde o mesmo encontra-se inserido a fim de que se subsidiem a formulação das políticas públicas. Ou seja, no lugar de criar demandas indiscriminadas e desiguais aos serviços, esses é que devem se estruturar conforme as demandas dos usuários.

Uma forma de cumprir com esse objetivo, é que as equipes ESF percebam a importância do trabalho do Nasf e aceitem trabalhar em conjunto. Conforme os dados apresentados torna-se possível perceber que existe esse consenso, diante das inúmeras atividades executadas e do escopo de abrangência das mesmas.

Assim, foi possível perceber que as equipes têm como principal característica oferecer o apoio matricial às atividades já existentes nas ESF's às quais prestam apoio. As ações multiprofissionais e a de coordenação de profissional específico estão em consonância com as necessidades dos locais e pactuadas com os mesmos. Percebe-se, então, uma consonância com as normas de trabalho preconizadas pelo Ministério da Saúde abrangendo ações coletivas, individuais e compartilhadas com o usuário e demais profissionais da RAS de cada município.

Ao encontro da análise acima, estão as orientações do caderno 39 (MS, 2014) que mostram que os principais elementos constituintes da agenda Nasf são: reuniões de matriciamento com as equipes AB; atendimentos individuais (específicos e compartilhados); atendimentos domiciliares (específicos e compartilhados); grupos de atividades coletivas (específicas e compartilhadas); espaços destinados à elaboração de materiais de apoio, rotinas, protocolos e ações de educação permanente; reunião com profissionais do Nasf e, quando possível, com profissionais de outros núcleos pertencentes à rede municipal.

Dentre os dados analisados, não foi possível identificar elementos que mostrassem a relação existente entre as equipes e os gestores municipais. Não foram apresentados registros que apresentem a participação dos gestores nos processos de planejamento e trabalho das equipes.

A relação saudável entre o gestor e as equipes – de apoio e apoiadas – é fundamental para o bom desenvolver das atividades Nasf junto às ESF e demais equipes com as quais venha a trabalhar. O caderno 27 (MS, 2009) enfatiza a importância dessa relação quando afirma a necessidade de haver uma Pactuação do apoio - avaliação conjunta inicial do território – entre os gestores, as equipes ESF e o Conselho de Saúde. Esses atores devem conhecer a realidade dos territórios a fim de que o gestor tenha condições de escolher quais os profissionais serão melhor utilizados no processo de trabalho que deve ser realizado.

Seguindo o raciocínio, Silva et al (2012) enfatiza que é necessário haver uma gerência com experiência em gestão e atenção primária à saúde. Dessa forma, a seleção dos profissionais Nasf deveria seguir um padrão que correspondesse ao tipo de seleção, à qualificação do profissional que deverá, especificamente, incluir os princípios de atenção primária à saúde.

7 Conclusões

O presente estudo realizou uma comparação entre as normas de trabalho preconizadas para o trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e as práticas realizadas pelos serviços constituídos. Como referência, os municípios de Santiago, São Sepé e São Francisco de Assis, pertencentes à 4ª CRS - Santa Maria/RS.

Diante da necessidade de buscar alternativas para a coleta de dados ser realizada, visto que o projeto inicial previa consulta à plataforma e-SUS AB e às fichas de atividades coletivas, o que não foi possível por razões expostas nos métodos deste estudo, se encontra a primeira conclusão do estudo: as equipes não estão fazendo uso correto dos materiais de registro pelas seguintes razões: não preenchimento das fichas de atividade coletiva, preenchimento das fichas mas sem a posse delas – ficam com as equipes ESF - não alimentação ao sistema do e-SUS, uso de outras formas de registro tais como: atas de reuniões de equipe, atas de reuniões de planejamento e relatórios de atividades.

Com relação ao perfil das equipes, considerando os profissionais que as compõe, as lógicas de trabalho, as ações executadas e a carga horária semanal

dedicada os Nasf, os mesmos se organizam dentro das normas preconizadas. No entanto, é importante que as equipes atuem mais direcionadas para a lógica do trabalho compartilhado com as Redes de Atenção à Saúde dos municípios às quais pertencem. Foram identificadas poucas ações que atingissem os usuários fora do território de abrangência das ESF bem como profissionais de outras unidades de saúde dentro da rede. Para que o conceito de territorialização funcione, é fundamental que se ampliem os espaços de atuação e de trabalhos multidisciplinares.

Assim, percebe-se que as equipes mostram caminhar na direção dos passos determinados pelo Ministério da Saúde uma vez que as ações estão sendo planejadas de acordo com as demandas e necessidades das equipes de referência, em uma lógica planejada multidisciplinarmente, onde estão sendo criados novos momentos, espaços e possibilidades de intervenção nas comunidades e de forma ampliada – caso de São Francisco de Assis que acessa a rede municipal fazendo parceria com as escolas e o CAPS e de São Sepé que incluiu, nas práticas, atividades corporais livres como o Tai Chi Chu An.

Ao encontro desta questão, percebe-se que o pressuposto básico que a ser seguido, independente da configuração da ação, é o pacto conjuntural sobre o que será realizado e como será a manutenção da coordenação do cuidado com as equipes AB. A atuação, na lógica do apoio matricial, significa compartilhar/colaborar mesmo nas situações em que ajam intervenções específicas dos profissionais do Nasf, pois nestes casos, o papel das equipes de referência, é participar na definição das ações e da avaliação das mesmas, buscando aprimorar o próprio fazer em saúde. É nesse sentido que o trabalho do Nasf é diferente do trabalho ambulatorial que trabalha na lógica de agendamento e de consultas individuais oferecidas por profissionais dentro apenas de seus núcleos de saber específicos, sem discussão com outros profissionais e saberes (BRASIL, 2014).

Para finalizar, Santos (2012) traz que o Apoio Matricial às equipes de referência dos serviços de saúde e para a rede assistência deve objetivar o enfrentamento à tendência de fragmentação da atenção quando busca consolidar a responsabilidade clínica, valorizar o cuidado interdisciplinar e contribuir para a regulação das redes assistenciais. Este trabalho, para ser bem executado, depende da ocorrência de importantes transformações a nível organizacional, pois seu

compromisso é com relação às mudanças nas relações de poder na organização, quando busca uma democracia organizacional e uma valorização dos trabalhadores equilibrada, com a eficácia da clínica.

Assim, entende-se a importância de investir na criação de mais Núcleos de Apoio à Saúde da Família para que essa lógica de trabalho atenda uma porcentagem de população mais significativa do que vem atingindo atualmente. As equipes estudadas encontram-se em uma região de abrangência de 32 municípios, sendo apenas 04 equipes em atividade, ou seja, 8% de todo potencial de abrangência da rede de saúde regional. Somente com a multiplicação de serviços em saúde que invistam e priorizem o atendimento compartilhado e multidisciplinar é que se faz possível alcançar as diretrizes do SUS de integralidade, equidade e universalidade.

Referências

BARBOSA, E.G (Org) et al ii. Projeto do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Governador Valadares, 2008. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502010000200015>. Acesso em 10 abril 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS : visita aberta e direito a acompanhante / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 4. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012. Brasília, 2012c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html

CAMPOS, Gastão W. de S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? Interface – **Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a16.pdf> . Acesso em 05 fevereiro 2015.

CAMPOS, Gastão W. de S.; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. saúde pública, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CUNHA, Gustavo T.; CAMPOS, Gastão W. de S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

FONOAUDIOLOGIA um assunto de interesse de toda a família. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Disponível em <http://www.fonoaudiologia.org.br/publicacoes/folder-atencaobasica.pdf>. Acesso em 12 abril 2015.

NASCIMENTO, D.D.G, OLIVEIRA, M.A.C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Mundo Saúde. Mundo Saúde 2010; 34(1):92-6. <Disponível em http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf>. Acesso em 15 março 2015.

PERGUNTAS e respostas sobre o Nasf. Conselho Federal de Medicina Veterinária. Publicado em 19 fev 2013. Disponível em <<http://www.cfmv.gov.br/portal/pagina.php?cod=42>>. Acesso em 12 abril 2015.

SANTOS, S. M. de O. O Apoio Matricial e a Mudança das Práticas de Saúde: a Intervenção em unidades de Saúde da Família. Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012. Disponível em <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2012santos-smo.pdf> . Acesso em 10 fevereiro 2015.

SILVA, A. T. C (Org). et al ii. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica, v. 28, n. 11, p. 2076-84, 2012.

Anexos

Anexo 01 – relatório de atividades São Francisco de Assis

Relatório de Atividades

Secretaria Municipal de Saúde de São Francisco de Assis - RS

Equipe Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF

Ano 2014

MÊS Fevereiro 2014

- Capacitação na Escola Assis Brasil, realizada pela Ana Taise (NASF) sobre Boas Práticas de higiene e manipulação de alimentos. Essa capacitação foi a pedido da Secretaria de Educação, para seu quadro de funcionários, incluindo as equipes de Serviços Gerais e Merendeiras.

Mês Março 2014

- Iniciado Plano Terapêutico Singular (PTS) com apoio do NASF nas Esfs.
- Reunião com NASF e Esfs para estruturação do grupo ADOLESCER .

Mês Abril de 2014

- Capacitação sobre o Programa de Controle ao Tabagismo
- Roda de Conversa com Dinâmica na Escola Assis Brasil
- Tema alimentação saudável para a pré-escola com a Nutricionista Ana Taise (NASF).
- Palestra no Grupo de Mulheres – Cohab com a Psicóloga Aline (NASF)
- Temática: Ansiedade e Depressão: Sintomas mais comuns, como identificar uma pessoa com depressão, onde buscar apoio.
- Roda de conversa sobre o tema e após dinâmica para identificar diferenças nos sintomas apresentados por cada um e quando devemos buscar ajuda.
- Integração entre as equipes da Secretaria Municipal de Saúde
- A equipe do NASF desenvolveu atividades com as equipes da Secretaria Municipal de Saúde para trabalhar a importância da união entre as equipes e Integração para comemorar o dia do Trabalhador – CTG Negrinho do Pastoreio

Mês Maio de 2014

- Apresentação do NASF São Francisco de Assis aos Secretários de Saúde da 4ª Coordenadoria de Saúde
- Apresentação das atividades desenvolvidas pela equipe do NASF de São Francisco de Assis.
- Atividades no dia internacional da mulher na ESF João XXIII
- Capacitação referente às fichas do E-SUS
- A equipe do NASF realizou/participou da Capacitação das equipes das ESFs referente as fichas do E-SUS a serem implantadas (Ficha de Procedimentos, Atendimento Individual, Atividades Coletivas, Atendimentos Odontológicos, Visitas Domiciliares). Utilizando as web palestras do Telesaúde.

Mês Junho de 2014

- 1º Integra Saúde – CTG Negrinho do Pastoreio
- Com o objetivo de integração das equipes da Secretaria Municipal de Saúde foi realizado um grande encontro no CTG Negrinho do Pastoreio. Um momento de cuidar das pessoas que cuidam da saúde da nossa população Assisense. A equipe do NASF estava presente neste evento.

Mês Julho de 2014

- Palestra no Grupo de Homens – Cohab com a Psicóloga Aline (NASF)
- Temática: Ansiedade e Depressão: Sintomas mais comuns, como identificar uma pessoa com depressão e onde buscar tratamento.
- Grupo Terapêutico e de Artesanato – João de Deus (começou em Julho de 2014)
- É um grupo terapêutico realizado quinzenalmente na Capela do bairro João de Deus. O grupo é aberto, de artesanato e tem como principais objetivos:
- Ampliar e melhorar o relacionamento interpessoal através da participação no grupo que busca promover ajuda mútua entre seus participantes;
- Vivenciar momentos de criação e liberação da criatividade através do artesanato produzido;
- Criar um novo ambiente de relações sociais em que cada participante tem liberdade para questionar, duvidar, apresentar novas percepções e diferentes pontos de vista.

Mês Agosto de 2014

- 1º Circuito Saúde – Cohab

- Com o objetivo de levar informações e promover rodas de conversas sobre a saúde em seus diversos eixos temáticos (Saúde do homem, Saúde da mulher, Saúde da criança e do Adolescente, Nutrição e Alimentação, Saúde Bucal, Saúde Mental, Controle do Tabagismo, etc.), estão se realizando os eventos do Circuito Saúde. Cada vez em uma localidade da cidade para abranger todos os habitantes assisenses. O NASF se fez presente neste evento.
- Capacitação para as equipes das Estratégias de Saúde da Família sobre avaliação antropométrica e atualização de vacinas. Com Ana taíse (NASF), Daniela (Enfermeira), Aneleine (Pediatra)

Mês Setembro de 2014

- NASF COM SEDE PRÓPRIA – O NASF mais próximo das ESFs, a Sede localiza-se ao lado da ESF Cohab sua antiga sede. São realizados atendimentos assistenciais, nutricional, psicológico e grupos com a comunidade em geral. A sede conta com duas salas para atendimento individual, uma sala de avaliação antropométrica, uma cozinha, dois banheiros, um brechó, um almoxarifado e uma sala onde são realizados os grupos.
- Participação do NASF na Mostra Regional de Saúde em Alegrete, com o trabalho desenvolvido com as crianças e adolescentes de seis a onze anos nas ESFs “CRIANÇA SAUDÁVEL”. Este trabalho é focado nas crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade e seus responsáveis visando a reeducação alimentar, relacionamento familiar e comprometimento com as atividades propostas.
- Grupo de Controle do Tabagismo – Italiano e João de Deus
- Foram realizadas rodas de conversa com os usuários de tabaco quem queriam cessar o uso juntamente com as equipes de ESFs e o educador físico Carlos José e a psicóloga Aline, da equipe do NASF. Trabalhamos sobre os malefícios do uso do tabaco, as causas que levaram a fumar, as motivações dos usuários para cessarem o uso, a dependência psicológica e física, técnicas de relaxamento e trocas de experiências entre os participantes, entre outros assuntos. O Programa de Controle ao uso do Tabaco visa a cessação do uso do tabaco. São realizados quatro encontros no primeiro mês e no segundo mês, dois encontros. Nesses encontros, também são distribuídas medicações, nos casos em que haja necessidade, para ampliar as chances da cessação do uso do tabaco.
- 2º Circuito Saúde – Central - Com o objetivo de levar informações e promover rodas de conversas sobre a saúde em seus diversos eixos temáticos (Saúde do homem, Saúde da mulher, Saúde da criança e do Adolescente, Nutrição e Alimentação, Saúde Bucal, Saúde Mental, Controle do Tabagismo, etc.), estão se realizando os eventos do Circuito Saúde. Cada vez em uma

localidade da cidade para abranger a todos os habitantes assisenses. A equipe do NASF estava presente nesse evento.

Mês Outubro de 2014

- Caminhada Outubro Rosa - A Secretaria Municipal de Saúde promoveu/participou da caminhada referente ao Outubro Rosa. Neste mês, foi trabalhada com a comunidade a importância da realização do preventivo e do diagnóstico precoce em casos de ocorrência do Câncer de mama.

Mês Novembro de 2014

- Capacitação sobre a Ficha de Notificação do Programa de Prevenção à violência e seus agravos
- A capacitação ocorreu em Porto Alegre. Foram capacitadas as coordenadoras do programa em São Francisco de Assis (Janice – Assistente Social e Aline - Psicóloga) e um profissional de cada equipe de ESFs (João XXIII – Elizandra, João de Deus – Silvana, Italiano – Githania, Cohab – Alessandra e Ana Paula). O Programa visa a prevenção das diferentes formas de violência (Violência contra a Mulher, Violência contra a Criança e o Adolescente, Violência contra o Idoso, Violência contra a população LGBT e Violência contra as Pessoas com Necessidades Especiais). A notificação se torna fundamental para podermos conhecer os maiores índices de violência, podendo dessa forma trabalharmos para a sua diminuição.

ATIVIDADES REALIZADAS DURANTE TODO O ANO

- Acompanhamento e atendimento Coletivo Criança Saudável
- São realizados encontros mensais com as crianças/adolescentes com sobrepeso ou obesidade, e seus responsáveis, nas quatro ESFs do município (Cohab, Italiano, João de Deus e João XXIII). Os encontros acontecem do mês de março até o mês de dezembro. A equipe do NASF trabalha com rodas de conversa e dinâmicas sobre os seguintes temas: Apresentação dos objetivos desse grupo e Atividades físicas (março); Diagnóstico da Alimentação das crianças e adolescentes (abril); Alimentação Saudável - prato saudável (maio), Dinâmica sobre a obesidade (junho); Dinâmica do supermercado (agosto); Distúrbios Psicológicos associados à obesidade (setembro); Higiene pessoal e alimentar (outubro); Dinâmica de Degustação de alimentos (novembro) e Lanche saudável (dezembro).

ESF	LOCAL	DIA	HORÁRIO
Cohab	Antiga sede	1ª Terça-feira do mês	9 horas
Italiano	Serabi	2ª Terça-feira do mês	9 horas

João de Deus	Capela	3ª Terça-feira do mês	9 horas
João XXIII	Capelinha	4ª Terça-feira do mês	9 horas

- Grupo Saber para Crescer - São rodas de conversa realizadas mensalmente com as mães de crianças menores de dois anos, que frequentam as Escolas Municipais de Ensino Infantil – EMEIs, com os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde. Algumas temáticas trabalhadas pela equipe do NASF: Desenvolvimento da criança até os dois anos (março), Alimentação dos 4 meses a 1 ano (abril), Planejamento Familiar (maio), Amamentação (setembro), Fases do desenvolvimento e relação pais e filhos (outubro), Alimentação de 1 ano a 2 anos (novembro) e Preparo da alimentação Saudável de 1 ano a 2 anos (dezembro). No ano de 2015, começaremos a trabalhar também com a EMEI Lucinda Chimelo, os encontros serão na 3ª segunda-feira do mês, às 15 horas.

ESF	LOCAL	DIA	HORÁRIO
Cohab	EMEI Trem da Alegria	Última terça-feira do mês	15 horas
Italiano	EMEI Dente de Leite	1ª Segunda-feira do mês	15 horas
João de Deus	EMEI Pimentinha	2ª segunda-feira do mês	15hs 30 min
João XXIII	EMEI Professora Olga Mery Ribeiro Correa	2ª quarta-feira do mês	15hs 30 min

- Grupo Adolescer – Programa Saúde na Escola (PSE) - Foram realizados encontros para debater sobre diversas temáticas relevantes para os alunos das turmas do 9º ano das escolas abaixo relacionadas. A equipe do NASF (Educador Físico José Carlos, Psicóloga Aline e Nutricionista Ana) realizou/participou dos encontros com as seguintes temáticas: Dinâmica de apresentação do projeto e avaliação antropométrica (março); Alimentação Saudável, Prevenção da hipertensão e diabetes (outubro) e Álcool e outras drogas (novembro).

ESF	LOCAL	DIA	HORÁRIO
Cohab	EMEF Wilson Azambuja	3ª Quarta-feira	13hs 45min
Cohab	EMEF Coronel Pimba	3ª Quarta-feira	10hs 30min

Italiano	EEEF Laerte Jobim	4ª Sexta-feira	14hs 40min
João de Deus	EMEF José Batista Pompeu	2ª Quarta-feira	10hs 30min
João XXIII	EMEF Clotário Fouchard	3ª Sexta-feira	9hs 30min

- Grupo Família Gestante: Eu Participo! - No intuito de prover a saúde e prevenir agravos durante o pré-natal, são ofertados encontros mensais com as gestantes e familiares em todas as ESFs com apoio da equipe do NASF.
- Grupo Educação e Saúde - Os encontros são mensais nas Estratégias de Saúde da Família e tem o intuito de melhorar a qualidade de vida, saúde física e emocional da comunidade em geral.
- Caminhadas Supervisionadas - As caminhadas são realizadas semanalmente com a comunidade em geral nas áreas de abrangência das ESFs. A supervisão é do educador físico Carlos José (NASF).
- atendimentos Psicológicos e Nutricionais Individuais nas ESFs - São realizados atendimentos psicológicos e nutricionais individuais semanalmente nas quatro Estratégias de Saúde da Família (Cohab, Italiano, João de Deus e João XXIII). Os encaminhamentos são feitos através das equipes das ESFs quando verificam a necessidade de uma avaliação/acompanhamento.

	Atendimento Psicológico	Atendimento Nutricional
ESF Cohab	Segundas-feiras - tarde	Terças-feiras - tarde
ESF Italiano	Quintas-feiras - manhã	Segundas-feiras - tarde
ESF João de Deus	Sextas-feiras - tarde	Sextas-feiras - manhã
ESF João XXIII	Quartas-feiras - manhã	Quintas-feiras - manhã
UBS Central		Quartas-feiras - manhã

- atendimentos Psicológicos, Nutricionais e Assistenciais à Domicílio - Oferecemos atendimentos psicológicos, nutricionais e assistenciais nos domicílios para pessoas acamadas ou com dificuldade de locomoção. O encaminhamento é realizado pelas equipes de ESFs no momento em que detectam a demanda de apoio para realização desses atendimentos/acompanhamentos.

- Participação dos profissionais do NASF nas reuniões das equipes das Estratégias de Saúde da Família
- Os profissionais do NASF participam mensalmente das reuniões das ESFs para oferecer apoio nas atividades e atendimentos.

Anexo 02 – relatório de atividades São Sepé



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEPÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF 2

O Nasf de São Sepé é classificado como um Nasf 2. Funcionamos desde o ano de 2011, tendo havido um tempo, de cerca de um ano, que ficamos com as atividades paradas por falta de equipe. Em 2013 retomamos as atividades. Trabalhamos até o final do ano de 2014 e, por problemas de organização da equipe e disponibilidade de tempo dos profissionais e algumas questões com a gestão, paralisamos nossas atividades desde então até que consigamos resolver as pendências.

Em 2014 trabalhamos com 05 integrantes: Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Psicólogo; Nutricionista e Médico Veterinário. A carga horária, na teoria, é de 20hs semanais para cada profissional, sendo a fonoaudióloga e o médico veterinário com 24hs. Os profissionais são concursados para os cargos descritos e assumem concomitantemente a função dentro do programa.

CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO

- O trabalho ocorre de acordo com as demandas levantadas nas reuniões de equipe junto a ESF e na maioria das vezes estão voltadas mais aos usuários do que as equipes.
- Os profissionais atuam conjuntamente contribuindo com saberes específicos da sua área na resolução dos casos demandados. Ações individuais ocorrem geralmente em grupos já existentes nas unidades referentes a algum tema específico.
- A equipe atua compartilhadamente nas visitas domiciliares; no planejamento das ações do NASF nas unidades, reuniões de equipe, discussão de casos e elaboração

de PTS.

- O trabalho é planejado nos encontros com as equipes, que ocorrem mensalmente ou quando necessário. As reuniões da equipe do Nasf acontecem toda semana.

- Nosso trabalho está pautado no apoio matricial e na educação permanente. Temos noção da importância do conceito de territorialização, mas ainda não o utilizamos efetivamente na prática.

- Temos atividades nos grupos de gestantes, hipertensos e diabéticos - debatemos e orientamos assuntos onde cada profissional orienta com o seu saber; criamos o grupo "Pense Leve" que trabalha sobre alimentação saudável, como cuidar dos alimentos, limpar, manusear.

- O fisioterapeuta realiza Ginástica Laboral em todas as unidades de saúde como os Caps, o Cas e, ainda, oferecemos Tai Chi Chuan em quatro pontos específicos da cidade, entre eles grupo da terceira idade que desenvolve atividades físicas no Ginásio, praça central, bairro pontes e pracinha da kurtz. Este profissional foi contratado pelo Nasf.

- Registramos as atividades da equipe nas atas de reuniões e de atividades e as equipes dos ESF registram nossas atividades com eles pelas fichas de atendimento coletivo que são lançadas no sistema do e-sus por elas.

- Como atividade de integração e promoção de saúde, a Secretaria de Saúde fez um evento alusivo ao dia do idoso e o Nasf participou fazendo palestras com cada profissional que compõe a equipe. Assim, cada um pode falar um pouco sobre o que sua área de atuação pode ajudar na melhoria da saúde e na prevenção de doenças para os idosos.

São Sepé, 06 de março de 2015.

