

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE
DA FAMÍLIA

ROGÉRIO MOREIRA CAMPOS JÚNIOR

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE
APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PONTE
NOVA/MG**

BELO HORIZONTE/MG

2014

ROGÉRIO MOREIRA CAMPOS JÚNIOR

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE
APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PONTE
NOVA/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção de certificado de especialista.

Orientadora: Professora Roselane da Conceição Lomeo

BELO HORIZONTE/MG

2014

ROGÉRIO MOREIRA CAMPOS JÚNIOR

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE
APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PONTE
NOVA/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção de certificado de especialista.

Orientadora: Professora Roselane da
Conceição Lomeo

Banca Examinadora

Prof. Roselane Da Conceição Lomeo - Orientador

Prof Christian Emmanuel Torres Cabido- Examinador

Aprovado em Belo Horizonte: 22/04/2014

RESUMO

Instituído em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) se configura como equipe multiprofissional composta por profissionais de diferentes campos do conhecimento, com finalidade de atuar em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, através do apoio e do compartilhamento de práticas em saúde no território. O objetivo do presente estudo é propor intervenção na atuação da equipe do NASF no município de Ponte Nova – MG, a partir da elaboração de um Plano de Ação com a proposta de intervenção no processo de trabalho do NASF, reorganizando a agenda dos profissionais, vinculando a equipe do NASF ao número máximo de Equipes de Saúde da Família (ESF) definidas pela portaria 3.124/98, e separação destas em núcleos de acordo com a proximidade geográfica. Tais mudanças irão propiciar maior integração, entre os profissionais da equipe e, destes com a equipe de saúde da família.

Palavras chave: Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Equipe de Saúde da Família, interdisciplinaridade.

ABSTRACT

Established in 2008, the Support Center for Family Health (NASF) is regarded as a multidisciplinary team of professionals from different fields of knowledge, in order to work together with the professional teams of the Family Health by supporting and sharing health practices in the territory. The objective of this study is to propose intervention in the activities of the NASF team in Nova Ponte - MG, from the elaboration of an Action Plan with the proposed intervention in the working process of the NASF, rearranging the agenda of professionals, linking staff NASF the maximum number of Family Health Teams (FHT) defined by Ordinance 3.124/98, and separation in these nuclei according to geographical proximity. These changes will provide greater integration between healthcare staff and those with family health team.

Keywords: Support Center for Family Health, Family Health Team, interdisciplinarity.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
1.1 Atuação do NASF no Município de Ponte Nova.....	9
2. REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 Núcleo de Apoio a Saúde da Família.....	11
2.2 Princípios e Diretrizes do NASF	12
2.3 A Realidade Na Atuação Do Nasf.....	13
3. OBJETIVOS	15
3.1 Objetivo Geral	15
3.2 Objetivos Específicos.....	15
4. METODOLOGIA.....	16
4.1 Tipo de Estudo.....	16
5. PLANO DE AÇÃO	17
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS	22

1. INTRODUÇÃO

Instituído em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) tem a finalidade de aumentar o escopo das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços à saúde com o propósito de fornecer apoio matricial de modo compartilhado nos territórios (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009). Enquanto apoiadores matriciais das equipes de referência, os NASF podem se tornar um dispositivo da gestão pública para potencializar a rede de serviços em saúde.

A partir do Caderno de Atenção Básica, o NASF define-se como “uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família” (BRASIL, 2009). Pauta-se, assim, no desenvolvimento de ações interdisciplinares e intersetoriais com vistas na promoção, e reabilitação da saúde, e prevenção de doenças, com ações voltadas para a educação permanente e promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

O NASF desempenha o apoio à gestão e à atenção, sendo uma estratégia de organização das práticas de cuidado e de gestão, através de diferentes ferramentas tecnológicas, desde a pactuação de ações e metas, até a implantação da clínica ampliada, projeto terapêutico singular e projeto de saúde no território, fomentando o compartilhamento das ações das equipes e a cogestão do cuidado (BRASIL, 2009).

Portanto, o objetivo do NASF é desenvolver o trabalho compartilhado com as equipes de referências, visando a construção e ativação de espaços para comunicação, compartilhamento de conhecimentos e coresponsabilização dos casos com as equipes de ESF, sendo esta última, a referência do usuário (CAMPOS, DOMITTI, 2007).

O município de Ponte Nova conta hoje com 13 equipes de ESF, dispostas em 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que três destas UBS são do Porte II, e abrigam duas equipes de ESF. Existem dez ESF na zona urbana e três ESF localizadas na zona rural do município, todas as contam com equipe básica completa (médicos, enfermeiros, técnicos de

enfermagem e agentes comunitários) e o atendimento abrange em torno de 70% da população municipal.

Em agosto de 2010 o município foi contemplado com uma equipe do NASF formada por dois Assistentes Sociais, dois Fisioterapeutas, um Psicólogo, um Farmacêutico e um profissional de Educação Física.

De acordo com a Portaria n.º 3.124 de 28 de Dezembro de 2012 é definido o limite de 09 (nove) equipes de ESF por NASF. No entanto, a equipe do NASF de Ponte Nova é responsável pelo apoio as 13 equipes, pois ainda atua de acordo com o estabelecido na portaria GM n.º154 de 24 de janeiro de 2008, que estabelecia o mínimo de 09 e o máximo de 17 equipes as quais cada núcleo poderia estar vinculado. Este fato tem comprometido as atividades do NASF. Portanto existe a necessidade de reorganizar as agendas das equipes para que o NASF cumpra suas atividades respeitando as diretrizes, e ao mesmo tempo não deixando de atender a todas as equipes das UBS, e manter trabalhos de equipe multi e interdisciplinar.

É importante que a equipe do NASF tenha um cronograma contendo momentos para reuniões com seus integrantes, planejamento e programações de ações, fluxos e modo de organização de processo de trabalho, avaliações e discussões de casos, e Educação Permanente. Na situação atual de Ponte Nova, não há um cronograma pré-definido, e no ano de 2012 ocorreram apenas duas reuniões. Outro dificultador é em relação ao processo de planejamento das ações a serem desenvolvidas no território, que tem sido realizado somente pelas equipes de ESF, sem a coparticipação da equipe do NASF. Este fato impossibilita a integração e articulação efetiva com o processo de trabalho das equipes, fazendo com que o NASF, em Ponte Nova, mais uma vez não funcione em conformidade com as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde.

Portanto, existe a necessidade de aproximar o NASF de suas verdadeiras ações para melhor atendimento a comunidade.

1.1 Atuação do NASF no Município de Ponte Nova

Os profissionais do NASF em Ponte Nova foram inseridos na Atenção Básica inicialmente com a responsabilidade de suprir as demandas existentes de atendimento especializado nas Unidades Básicas de Saúde, embora esta não seja a função de tais profissionais de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS). O Ministério da Saúde define que a organização dos processos de trabalho dos NASF deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias (BRASIL, 2009).

Sampaio *et al.* (2012) ao analisar o trabalho do NASF no município de Campina Grande – PB relatou que as diferenças encontradas no cronograma de atuação dos profissionais impossibilitam o trabalho compartilhado entre os mesmos, tornando-os fragmentados, desarticulados e difusos. Esta desarticulação, por sua vez, inibe a reflexão crítica destes profissionais e favorece a atuação focal, dificultando a construção de redes de atenção que transcendam o território distrital, implicando negativamente na construção de uma política de saúde municipal.

As ações dos profissionais do NASF de Ponte Nova não estão integradas e/ou complementares às ações das equipes de ESF, impedindo a interação entre os membros das duas equipes e resultando em poucas ações conjuntas. Na configuração atual, o que se vê são profissionais atuando isoladamente em seus núcleos disciplinares. A elaboração e discussão de cronogramas de atividades entre as equipes poderia ocasionar uma maior integração entre os profissionais e a realização de ações conjuntas entre a equipe do NASF, tanto na atenção direta ao usuário quanto nas ações de apoio às equipes de saúde da família, configurando o NASF como equipe de apoio. No entanto, a situação que transcorre hoje é que, a equipe do NASF mantém suas ações voltadas ao atendimento restrito aos casos discutidos ou agendados previamente pelas equipes de ESF, ou seja, as atividades dos profissionais do NASF não estão voltadas para o apoio às equipes de ESF

através de ações de promoção da saúde da comunidade, pois se encontram restritas ao atendimento clínico.

O objetivo desse trabalho é propor uma intervenção na atuação da equipe do NASF no município de Ponte Nova, modificando seu processo de trabalho, pautando-o nas diretrizes do Ministério da Saúde, valorizando o atendimento interdisciplinar, aprimorando os Projetos Terapêuticos Singulares e fornecendo o apoio matricial às equipes de ESF.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Núcleo de Apoio a Saúde da Família

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011), o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) se configura como equipe multiprofissional composta por profissionais de diferentes campos do conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de ESF e seus programas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios.

Enquanto apoiadores matriciais das equipes de referência, o NASF pode se tornar um dispositivo da gestão pública para potencializar a rede de serviços em saúde (CAMPOS, 1999). O NASF constitui-se em retaguarda especializada para as equipes de atenção básica, através do desenvolvimento de trabalho compartilhado e colaborativo nas dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica. A primeira incide sobre a ação clínica direta com os usuários, e a segunda produz ação de apoio educativo para a comunidade, junto das equipes. Essas dimensões devem ser integradas em diversos momentos, favorecendo melhor atenção à saúde da comunidade (BRASIL, 2009).

A organização do processo de trabalho do NASF está pautada nos princípios da Atenção Básica e estruturada a partir das ações de apoio matricial às equipes de Atenção Primária, fundamentando-se essencialmente na interdisciplinaridade e na integralidade da atenção, considerando as especificidades do território de atuação. Para isso, é importante que esta organização ocorra através do desenvolvimento de ações específicas e compartilhadas com as equipes vinculadas, promovendo interação e corresponsabilização entre profissionais e usuários envolvidos (FERREIRA & BUSS, 2001).

Para que estas atividades sejam efetuadas é necessária a articulação da equipe que prestará apoio matricial à equipe de ESF que servirá de referência para os profissionais da estratégia da saúde da família. Os trabalhos desenvolvidos pelas equipes deverão ser feitos de forma combinada e articulada, identificando as principais necessidades de saúde do Distrito

Sanitário, expressas através dos dados epidemiológicos, e desenvolvendo a partir delas programas que estejam contemplados na estrutura do NASF e que contribuam para o fortalecimento e consolidação da atenção básica (SAMPAIO *et al.*, 2012).

Sampaio *et al.* (2012) também afirma que o fato do principal documento ministerial com direcionamentos gerais para implantação do NASF, o Caderno de Atenção Básica nº27, ter somente sido publicado um ano após a Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008, que instituiu os NASF, provocou uma lacuna temporal que favoreceu o desenvolvimento de diversos modelos de NASF, resultantes dos diferentes modelos de saúde implantados por cada gestão municipal, permitindo que tendências políticas, por vezes contrárias ao modelo em defesa da vida, fossem reproduzidas. Assim, o NASF, que possui uma proposta transformadora do processo de trabalho na Atenção Básica por meio da cogestão, passa a reproduzir o modelo assistencialista focado na atuação individual, com foco na cura.

2.2 Princípios e Diretrizes do NASF

Uma equipe do NASF deve ser constituída por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuem em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios de responsabilidade das mesmas. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de ESF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações (MENDONÇA, 2012).

A Portaria GM 154 n.º154 de 24 de janeiro de 2008 estabelece que esse apoio às equipes da ESF será feito em unidades que poderão ser caracterizadas como NASF 1 e NASF 2. A diferença entre os tipos de Núcleos apresentados é feita basicamente através do seu quadro de profissionais. Dentre as profissões que poderão ser inseridas neste quadro estão: Acupunturista, Assistente Social, Profissional de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Ginecologista, Médico

Homeopata, Nutricionista, Médico Pediatra, Psicólogo, Médico Psiquiatra e Terapeuta Ocupacional. Todos os tipos de NASF deverão desenvolver atividades dispostas em nove áreas estratégicas, sendo elas as áreas da Saúde da Criança/do Adolescente e do Jovem; Saúde Mental; Reabilitação /Saúde Integral da Pessoa Idosa, Alimentação e Nutrição; Serviço Social; Saúde da Mulher; Assistência Farmacêutica; Atividade Física e Práticas Integrativas Complementares (BRASIL, 2009).

O NASF não se constitui como porta de entrada ao sistema de saúde para os usuários, e deve atuar de acordo algumas diretrizes relativas à Atenção Primária a Saúde, tais como: Ação interdisciplinar e intersetorial; Educação permanente em saúde para os profissionais e a população; Desenvolvimento da noção de território; Integralidade, participação social, educação popular; Promoção da saúde e humanização.

A Integralidade pode ser considerada a principal diretriz a ser praticada pelo NASF, e deve ser valorizada e estar presente na atitude do profissional no atendimento aos usuários, reconhecendo as demandas e necessidades de saúde, bem como incorporar ações de intervenção e reabilitação, prevenção de agravos e promoção de saúde (ALVES, 2005).

2.3 A Realidade Na Atuação Do Nasf

Apesar da clara coerência da proposta dos NASF com o Apoio Matricial, sua portaria de implantação (BRASIL, 2008) não faz referência direta a este modelo teórico. Por outro lado, prevê que os profissionais dos NASF realizem “atendimento a casos específicos”, não deixando claro quais critérios definem os “específicos”. Assim, cabe questionar se a portaria não estaria permitindo uma equivocada interpretação das equipes da ESF de que os profissionais dos NASF seriam os mais habilitados para dar a resolutividade de tais casos.

O NASF é proposto com função de reorientar o sistema de saúde, aumentando a resolutividade da Atenção Básica com vista a desafogar a média complexidade. Nesta lógica, a inserção do NASF na rede assistencial parece atender à macro determinação da saúde, representada pelas ideias neoliberais. Ao submeter-se ao atendimento de casos específicos, o que não seria sua

função prioritária, o NASF fortalece uma lógica baseada nas ações focais e seletivas, ferindo os princípios do SUS (SAMPAIO *et al.*, 2012).

Uma vez operando como apoiadores matriciais, a equipe do NASF pode favorecer a reorganização da formação profissional das equipes, permitindo no próprio processo de trabalho, a constante problematização da prática profissional e a construção de estratégias coletivas para a qualificação do cuidado e ampliação da capacidade resolutiva da atenção básica.

Cabe ao NASF, na lógica do matriciamento, a responsabilização compartilhada dos casos com as equipes de saúde da família. Com isso, é possível propor que a equipe de apoio matricial seja referência técnica e pedagógica para a equipe de saúde da família, e nunca de seus usuários. Isto porque, caso se tornem referências especializadas, estas estariam na lógica da média complexidade (CAMPOS, 1999).

O risco de ancorar o apoio matricial na lógica do referenciamento especializado repercute, ainda, em uma questão macro determinante para a saúde. Neste âmbito, vale destacar que o Sistema Único de Saúde ao ter como princípios norteadores a universalidade, a integralidade e a equidade, propõe um modelo de organização societária antagônico ao modelo neoliberal de Estado, o que parece justificar os constantes entraves políticos e corporativos para sua implementação (CHAUÍ, 1994).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar uma proposta de intervenção para aumentar a integração entre os profissionais do NASF do município de Ponte Nova, bem como às outras equipes vinculadas.

3.2 Objetivos Específicos

- Favorecer a integração da equipe do NASF.
- Aprimorar as ações do NASF tanto na atenção direta ao usuário quanto no apoio às equipes vinculadas.
- Trabalhar estratégias de atendimento pautado nas diretrizes do NASF.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

O presente estudo trata-se da elaboração de um Plano de Ação realizado através da observação do trabalho desenvolvido pela equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município de Ponte Nova – MG, durante os anos de 2011 e 2012. Para tal, foi comparada a atual forma de atuação da Equipe do NASF com a forma preconizada pelas diretrizes regulamentadas pelo Ministério da Saúde. Essa comparação permitiu identificar alguns pontos em que o trabalho era efetuado em discordância com o esperado, e a partir desta observação buscou-se criar uma forma de superar o problema apresentado para a elaboração do Plano de Ação, que contou com a opinião dos profissionais que compõem a Equipe do NASF como os principais interessados na modificação do processo de trabalho.

5. PLANO DE AÇÃO

A partir da análise realizada foi possível perceber que a principal dificuldade apresentada pela equipe do NASF de Ponte Nova – MG se referia à agenda dos profissionais, que se encontrava conflitante e não permitia maior interação entre os mesmos, e a conseqüente levava a uma atuação individualizada. No entanto, pelo fato de os profissionais terem, atualmente, uma maior governabilidade sobre seu cronograma de trabalho para planejamento de intervenções e enfrentamentos, podem apresentar maiores possibilidades de viabilizar mudanças.

Outra intervenção que se mostrou necessária foi adequar as ações do NASF à Portaria n.º 3.124 de 28 de Dezembro de 2012, vinculando-o a apenas ao limite de nove Equipes de ESF. Para isso, dentre as equipes que o NASF apoiava anteriormente, foram escolhidas as seguintes equipes de ESF: São Pedro I e II, Fátima, Centro, Santo Antônio, Triângulo I e II e Pacheco I e II.

A posição geográfica das nove ESF foi o critério utilizado para a seleção das mesmas, uma vez que estão localizadas umas próximas das outras, dentro da área do município de Ponte Nova, e em que alguns casos até dividem ruas dentro de um mesmo bairro. Essa proximidade propicia espaços comunitários comuns a mais de uma equipe ESF, que são utilizados para a realização dos Grupos Operativos propostos pelo NASF. As ESF São Pedro I e II e ESF Fátima, por exemplo, se encontram no mesmo bairro, e as UBS que abrigam essas equipes estão a menos de 2 km umas das outras.

Também se planeja a divisão destas equipes de ESF em núcleos, de forma a facilitar a utilização de espaços comunitários que sejam comuns a seus respectivos Distritos Sanitários (como salões comunitários, igrejas, quadras poliesportivas, entre outros), aumentando assim a demanda e a abrangência dos grupos operativos. Os profissionais do NASF planejarão a agenda compartilhada de acordo com os núcleos de ESF, atendendo-os conforme as necessidades apresentadas e levantadas previamente. O quadro 1 apresenta o planejamento dessa divisão:

Quadro 1 – Divisão das ESF em núcleos

NÚCLEOS		
1	2	3
ESF São Pedro I e II	ESF Pacheco I e II	ESF Santo Antônio
ESF Fátima	ESF Centro	ESF Triângulo I e II

Em relação à agenda dos profissionais, o período da manhã seria sempre reservado para atendimentos individuais nos Núcleos de ESF. Neste momento seria realizada a triagem dos usuários, visando alocação dos mesmos nos grupos operativos realizados pela ESF, e o atendimento dos casos clínicos e domiciliares que se mostrassem realmente necessários. O período da tarde seria exclusivamente destinado à participação dos profissionais nos diversos Grupos Operativos que seriam criados, formado pelos usuários integrantes de todas as ESF que integrem um determinado núcleo. Assim, um Grupo Operativo do “Núcleo ESF 1” contaria com usuários da ESF São Pedro I e II e ESF Fátima, e seria realizado em um espaço comunitário comum a esses locais. O mesmo se aplicaria ao “Núcleo ESF 2” e “Núcleo ESF 3”.

O horário reservado para esse atendimento também poderia ser utilizado para o atendimento realizado na parte da manhã, de triagem e atendimento individual, quando necessário. Nos horários destinados à realização destes Grupos Operativos também podem ser inseridas ações normalmente executadas nas próprias UBS, como palestras de sala de espera sobre temas previamente sugeridos de acordo com a necessidade. Um horário semanal no período da tarde (duas horas) seria reservado para reunião de equipe, de acordo com a necessidade dos profissionais.

Um fator primordial para o bom funcionamento desse cronograma seria a disponibilidade total do veículo do NASF, que teria que ficar, exclusivamente, por conta da equipe, visando atender os deslocamentos necessários. Hoje a equipe conta com veículo em bom estado de conservação e motorista exclusivo, o que não dificultaria a resolução desse nó crítico.

Assim a nova agenda do NASF em Ponte Nova seria conforme apresentada no Quadro 2:

Quadro 2 – Proposta de agenda compartilhada para o NASF de Ponte Nova/MG

HORÁRIO		Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
MANHÃ	07:00	Núcleo ESF 1	Núcleo ESF 2	Núcleo ESF 3	Núcleo ESF 1	Núcleo ESF 2
	08:00	Núcleo ESF 1	Núcleo ESF 2	Núcleo ESF 3	Núcleo ESF 1	Núcleo ESF 2
	09:00	Núcleo ESF 1	Núcleo ESF 2	Núcleo ESF 3	Núcleo ESF 1	Núcleo ESF 2
	10:00	Núcleo ESF 1	Núcleo ESF 2	Núcleo ESF 3	Núcleo ESF 1	Núcleo ESF 2
	11:00	INTERVALO				
	12:00					
TARDE	13:00	Grupo Operativo Núcleo ESF 1	Grupo Operativo Núcleo ESF 2	Grupo Operativo Núcleo ESF 3	Grupo Operativo Núcleo ESF 1	Grupo Operativo Núcleo ESF 2
	14:00	Grupo Operativo Núcleo ESF 1	Grupo Operativo Núcleo ESF 2	Grupo Operativo Núcleo ESF 3	Grupo Operativo Núcleo ESF 1	Grupo Operativo Núcleo ESF 2
	15:00	Reunião de equipe	Grupo Operativo Núcleo ESF 2	Grupo Operativo Núcleo ESF 3	Grupo Operativo Núcleo ESF 1	Grupo Operativo Núcleo ESF 2
	16:00	Reunião de equipe	Grupo Operativo Núcleo ESF 2	Grupo Operativo Núcleo ESF 3	Grupo Operativo Núcleo ESF 1	Grupo Operativo Núcleo ESF 2

À partir dos “nós críticos” levantados, foi elaborado o desenho das operações que se encontra apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 – Desenho das operações

Nó crítico	Operação	Resultado esperado	Produto esperado	Recurso Necessário
Agenda	Elaboração de agenda compartilhada	Maior interação entre os profissionais	Aumento no número de ações interdisciplinares	Político → Maior autonomia à equipe do NASF, como no caso da divisão das ESF em núcleos; Organizacional → Elaboração de agenda que promova atendimento integral a todas ESF atendidas.
Número de equipes vinculadas	Adequação das ações do NASF à Portaria 3.124/2012	Vinculação da equipe do NASF ao máximo de nove equipes de ESF.	Maior atenção às ESF vinculadas, devido ao maior tempo disponível para cada equipe. Profissionais menos sobrecarregados.	Político → Decisão da coordenação em adequar a atual equipe do NASF a nova organização e Portaria 3.124/2012. Político → Solicitação de uma nova equipe do NASF, justificada pela Portaria

				3.124/2012.
Transporte	Disponibilizar veículo para equipe do NASF.	Aumentar a cobertura das ações dos profissionais da equipe do NASF.	Aumentar a resolutividade das ações da equipe NASF.	Político → Disponibilizar veículo e motorista. Financeiro → Aquisição de novo veículo, caso haja a inclusão de uma nova equipe de NASF (Possibilitada pela portaria 3.124/2012).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que o que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família realmente assumira importante papel na efetividade da assistência aos usuários, é imprescindível a interdisciplinaridade e complementaridade das ações. Assim, se torna importante o trabalho realizado em equipe, o compartilhamento de responsabilidades e a troca de saberes, objetivando sempre uma visão integral do indivíduo. Para tal, é necessário que o processo de trabalho do NASF contemple uma agenda compartilhada, prevendo ações individuais e coletivas, integradas e em sintonia com as práticas desenvolvidas em parceria com as Equipes de Saúde da Família.

A efetividade da ação do NASF na qualificação da assistência exige um exercício de compromisso e corresponsabilidade por parte de todos os atores envolvidos. Os profissionais da equipe terão que repensar suas práticas, rever paradigmas e atuar de modo complexo e dinâmico, estimulando ações compartilhadas e provocando uma intervenção transdisciplinar, exercitando a troca de saberes, participando de todas as reuniões, discussão de casos, orientações e atendimentos. A atuação desses profissionais não consiste na inserção de uma nova rede de serviços, mas sim em uma estratégia para ampliar e qualificar a assistência, fortalecendo a rede de cuidados existente.

Apesar de todas as dificuldades apresentadas para o desenvolvimento das ações, pela equipe do NASF de Ponte Nova – MG, a equipe está caminhando para o modelo de atendimento mais próximo do esperado, embora, ainda, necessite de alguns ajustes no atual processo de trabalho. Portanto, espera-se que, com a implantação das propostas dispostas no plano de ação, propicie maior integração entre os profissionais da equipe do NASF e com as equipes de saúde da família em se encontram vinculadas.

REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia Sampaio. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** *Interface (Botucatu)* [online]. 2005, vol.9, n.16, pp. 39-52. ISSN 1807-5762.

ARAÚJO MBS, ROCHA PM. **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família.** *Ciência Saúde Coletiva* 2007, 12(2): 455-64.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. **Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.** Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-154.htm>>. Acesso em: 25 de setembro, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de Dezembro de 2012. **Parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2012/prt3124_28_12_2012.html>. Acesso em 10 de outubro, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica: diretrizes do NASF.** n.27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS GWS, DOMITTI AC. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** *Caderno de Saúde Pública*, 23(2): 399-407, 2007.

CAMPOS GWS. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2): 393-403, 1999.

CHAUÍ, Marilena. Raízes teológicas do populismo no Brasil: teocracia dos dominantes, messianismo dos dominados. In: **Anos 90: Política e Sociedade no Brasil.** São Paulo: Brasiliense, 1994.

FERREIRA RF, BUSS PM. **Atenção primária e promoção da saúde.** In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Promoção da saúde.* Brasília, DF; 2001.

MENDONÇA, A M. **Promoção da saúde e processo de trabalho dos profissionais de educação física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF.** Londrina, 2012

SAMPAIO J, SOUSA CSM, MARCOLINO E de C, MAGALHÃES FC, ROCHA AMO, NETO AAS, et al.. **O NASF como dispositivo de gestão: desafios e**

possibilidades. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, 16 (3): 317-324, 2012.