

Fundação OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
III CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS
DE SAÚDE

CRISTINA ALBUQUERQUE DE MENEZES

**IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO
AO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
(NASF) EM OLINDA: ESTUDO DE CASO**

RECIFE
2011

CRISTINA ALBUQUERQUE DE MENEZES

IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO AO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) EM OLINDA: ESTUDO DE CASO

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviço de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito de obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Dr^a. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Recife

2011

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

M543i Menezes, Cristina Albuquerque.
Implantação do Núcleo de Apoio ao Programa de Saúde da Família (NASF) em Olinda: estudo de caso / Cristina Albuquerque Menezes. - Recife, 2011.
68 f.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz

Orientadora: Adriana Falangola Benjamin Bezerra.

1. Assistência à saúde. 2. Participação comunitária. 3. .
1. Bezerra, Adriana Falangola Benjamin.

CDU 614.39

MENEZES, Cristina Albuquerque. Implantação do Núcleo de Apoio ao Programa de Saúde da Família (NASF) em Olinda: estudo de caso. 2011. Dissertação (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviço de Saúde) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

RESUMO

Objetivo: Descrever o processo de implantação dos Núcleos de Apoio da Saúde da Família (NASF), no município de Olinda – PE, vivenciado entre 2008 e 2010. **Procedimentos metodológicos:** O estudo descritivo foi realizado no município de Olinda, situado na Região Metropolitana do Recife, estado de Pernambuco, região Nordeste e constou de três etapas de análise. Leis, Portarias e Diretrizes relativas aos Núcleos de Apoio de Saúde da Família foram utilizadas na primeira etapa, para contextualizar a proposta de implantação. A segunda etapa consistiu na identificação de pontos fortes presentes nas Atas de Reuniões realizadas com os profissionais contratados para compor as equipes dos núcleos. Na terceira etapa, foram identificadas as dificuldades vivenciadas pelos profissionais em dois anos de implantação e as soluções propostas. **Resultados:** No início de 2008, assim que o Ministério da Saúde publicou a Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008, criando os NASF, deu-se início à elaboração de projeto para implantação dos NASF em Olinda, com o qual se pretendia criar 10 NASF, acompanhando as 10 Regiões Político-Administrativas já existente no Município. A operacionalização deste projeto ocorreu em duas fases, tendo a primeira contemplado a criação de quatro NASF, distribuídos entre as 55 Equipes de Saúde da Família existentes, com dois NASF em cada Distrito Sanitário, cobrindo 100% do município, e acompanhando as quatro Gerências de Território já existentes, cabendo aos respectivos gerentes desses territórios a coordenação também dos NASF. Essa primeira fase teve início em abril e foi efetivada em julho de 2008. Constou da definição das áreas de abrangência, adequação das instalações físicas e seleção de recursos humanos/ equipamentos e materiais. A segunda fase da implantação constou da implantação de mais três Núcleos, um ano após a primeira fase, tendo sido iniciada em março e efetivada em julho de 2009. Nessa ocasião, havia 56 equipes de saúde da família, as quais foram divididas equanimemente, ficando oito equipes para cada NASF. Da análise dos dados quantitativos e qualitativos dos relatórios mensais de produção dos profissionais, identificou-se a dificuldade de trabalhar o matriciamento da assistência à saúde. Em outubro de 2009, tiveram início reuniões dos profissionais de saúde com especialistas em matriciamento em saúde, do que derivou a construção do Modelo Lógico de trabalho e do Planejamento de Saúde para os Núcleos, em 2010, tomando por linha de base o método do Programa Rostos, Vozes e Lugares da Organização Pan-Americana de Saúde, do qual o Município fazia parte. Os principais desafios consistiram em reconstruir o modelo assistencial, distinto do hospitalocentrismo; formar recursos humanos com compreensão de matriciamento em saúde, levando-os a atender aos objetivos dos núcleos.

Descritores: Assistência à Saúde. Participação comunitária. Matriciamento em Saúde.

MENEZES, Cristina Albuquerque. Implementation of the Support Center for Family Health Program (NASF) in Olinda: a case study. 2011. Dissertation (Specialization in Systems and Health Service Management) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Oswaldo Cruz Foundation, 2011

SUMMARY

Objective: To describe the process of implementing the Support Centers for Family Health (NASF) at Olinda - PE, Brazil, constructed between 2008 and 2010. **Methodological procedures:** The descriptive study was conducted at Olinda city, located in the Metropolitan Region of Recife, Pernambuco, Brazilian Northeast Region and consisted of three stages of analysis. Laws, Ordinances and Guidelines on Support Centers for Family Health were used in the first step, to contextualize the proposed deployment. The second step aimed to identify strengths present in Meetings Minutes, held with professionals hired to compose teams of nuclei. In the third step, we identified the difficulties experienced by professionals in two years of implementation and the proposed solutions. **Results:** In early 2008, so the Ministry of Health issued Administrative Order 154 of January 24, 2008, creating the NASF, one has begun to draw up project for deployment of these Nuclei in Olinda, with which it was intended to create 10 NASF, following the 10 Political-Administrative Regions, existing in the Municipality. The operation of this project occurred in two phases; the first included the creation of four NASF, distributed among the 55 Family Health Teams, with two NASF in each Health District, covering 100% of the city, and accompanying the four existing Territory Managements, being the managers of these respective territories also responsible to the coordination of NASF. This first phase began in April and became effective in July 2008. It consisted on defining the areas of coverage, adequacy of physical facilities and selection of human resources/equipments and materials. The second phase of implementation included the deployment of three more nuclei, one year after the first phase. It was initiated in March and became effective in July 2009. At that time, there were 56 Family Health Teams, which were divided equitably, leaving eight teams for each NASF. From the analysis of quantitative and qualitative data from the monthly reports of professionals' production, we identified the difficulty of working with health care matrix. In October 2009, the meetings of health professionals with expertise in matrix into health began, generating the construction of the logical model of work and the Health Planning for the Nuclei in 2010, taking as baseline the method of the Faces, Voices and Places Program of the Pan American Health Organization, which the municipality integrated. The main challenges were to reconstruct the model of care, as distinct from hospital centered care, to train human resources with understanding of matrices in health, causing them to meet the objectives of the Nuclei.

Keywords: Health Care. Community Participation. Matrix into Health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	Formulação do problema	11
1.2	Problematização	11
2	OBJETIVOS	13
2.1	Geral	13
2.2	Específicos	13
3	REFERENCIAL TEÓRICO	14
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	18
4.1	Tipo de estudo	18
4.2	Local de estudo.....	18
4.3	Tipos e fontes de dados.....	20
4.4	Plano de análise	20
4.4.1	<i>Etapas do plano de análise</i>	<i>20</i>
4.5	Aspectos éticos	21
5	RESULTADOS	22
5.1	Etapas administrativas do processo de implantação do NASF	22
5.2	Operacionalização da implantação dos NASF em Olinda.....	23
5.2.1	<i>Primeira etapa da implantação dos NASF em Olinda</i>	<i>23</i>
5.2.1.1	<u>Áreas de abrangência e adequação das instalações físicas</u>	<u>24</u>
5.2.1.2	<u>Composição das equipes.....</u>	<u>27</u>
5.2.1.3	<u>Ações estratégicas, atividades e metas da primeira etapa.....</u>	<u>30</u>
5.2.2	<i>Segunda etapa de implantação dos NASF em Olinda.....</i>	<i>32</i>
5.2.2.1	<u>O Programa “Rostos, Vozes e Lugares” e a implantação dos NASF.....</u>	<u>32</u>
5.2.2.2	<u>Áreas de abrangência e adequação das instalações físicas</u>	<u>35</u>
5.2.2.3	<u>Composição das equipes.....</u>	<u>44</u>
5.2.2.4	<u>Definição de metas, atividades e ações estratégicas.....</u>	<u>47</u>
5.3	Implantação do processo de trabalho nos NASF	51
5.4	Implantação do processo de avaliação e monitoramento	54
6	DISCUSSÃO.....	58
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62

LISTA DE QUADROS

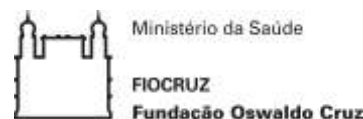
Quadro 1 – Distribuição dos bairros de atuação dos NASF do Distrito Sanitário I, segundo ESF e população estimada.....	25
Quadro 2 – Distribuição dos bairros de atuação dos NASF do Distrito Sanitário II, segundo ESF e população estimada.....	26
Quadro 3 – Distribuição das áreas profissionais contempladas nos quatro NASF da primeira etapa, segundo Distrito Sanitário	29
Quadro 4 – Atividades desenvolvidas na capacitação dos profissionais para atuação nos quatro NASF da primeira etapa	30
Quadro 5 – Demonstrativo de ações estratégicas, atividades e metas estabelecidas para a primeira etapa da implantação dos NASF.....	31
Quadro 6 – Distribuição dos bairros de atuação dos NASF Ilha do Maruim, segundo ESF e população estimada.....	37
Quadro 7 – Distribuição dos bairros de atuação dos NASF Rio Doce, segundo ESF e população estimada.....	38
Quadro 8 – Distribuição dos bairros de atuação dos NASF Ouro Preto, segundo ESF e população estimada.....	39
Quadro 9 – Distribuição dos bairros de atuação dos NASF Vila Manchete, segundo ESF e população estimada.....	40
Quadro 10 – Distribuição dos bairros de atuação dos NASF Peixinhos, segundo ESF e população estimada.....	41
Quadro 11 – Distribuição dos bairros de atuação dos NASF São Benedito, segundo ESF e população estimada.....	42
Quadro 12 – Distribuição dos bairros de atuação dos NASF Águas Compridas, segundo ESF e população estimada.....	43
Quadro 13 – Distribuição das áreas profissionais contempladas nos sete NASF	45
Quadro 14 - Atribuições compartilhadas pelos profissionais, atendendo ao trabalho nos NASF de Olinda após implantação da segunda etapa	46
Quadro 15 – Demonstrativo de ações estratégicas, atividades e metas estabelecidas a partir da segunda etapa da implantação dos NASF.....	50
Quadro 16 – Cronologia das atividades desenvolvidas na construção do processo de trabalho nos NASF de Olinda.....	51

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição do Território de Olinda segundo Regiões Político-Administrativas e Distritos Sanitários	19
Figura 2 – Distribuição geográfica das áreas de abrangência dos quatro NASF implantados na primeira etapa.....	24
Figura 3 – Distribuição geográfica das áreas de abrangência dos sete NASF implantados no do Município de Olinda na segunda etapa	36
Figura 4 – Distribuição da área de atuação do NASF Ilha do Maruim - CNES 2345129 ...	37
Figura 5 – Distribuição da área de atuação do NASF Rio Doce - CNES 2344998.....	38
Figura 6 – Distribuição da área de atuação do NASF Outro Preto - CNES 3224732	39
Figura 7 – Distribuição da área de atuação do NASF Vila Manchete - CNES	40
Figura 8 – Distribuição da área de atuação do NASF Peixinhos - CNES 2345307	41
Figura 9 – Distribuição da área de atuação do NASF São Benedito - CNES 2345064.....	42
Figura 10 – Distribuição da área de atuação do NASF Águas Compridas - CNES 2345048	43

ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CMS – Conselho Municipal de Saúde
DS – Distrito Sanitário
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF – Equipe de Saúde da Família
HIV - Vírus Humano da Imunodeficiência
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NEPS – Núcleo de Educação Popular em Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS – Plano Anual de Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
RAG – Relatório Anual de Gestão
RPA – Região Político-Administrativa
RVL – Rostos, Vozes e Lugares
SUS – Sistema Único de Saúde
USF – Unidades de Saúde da Família



1 INTRODUÇÃO

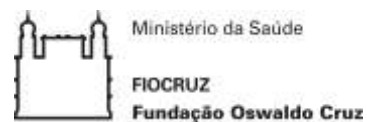
A Atenção Primária em Saúde Pública no Brasil nos últimos 20 anos evoluiu, a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, quebrando o paradigma voltado para a reabilitação centrado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade (CECÍLIO, 2001).

No percurso dessa evolução, um dos marcos foi o início da Estratégia de Saúde da Família, em 1994, embasado no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o qual se iniciou na Região Nordeste, em 1991. A principal característica inovadora da Estratégia de Saúde da Família foi mudar o foco de atenção da Assistência à Saúde do indivíduo para a família, para organizar os serviços de promoção da saúde, levando em conta o ambiente onde as pessoas vivem (FLORINDO, 2009).

A disseminação dessa estratégia e os investimentos no que se denominou Rede Básica de Saúde trouxeram várias questões para debate em nível nacional, dentre as quais a forma de organização e hierarquização das redes assistenciais. A ideia era a imagem de uma pirâmide para atenção à saúde, pautada no conceito de complexidade crescente em direção ao topo, ocupado pelo hospital, tendo na base a rede básica, como porta de entrada do sistema de saúde (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

A vivência dessa racionalidade formal não levava em conta as necessidades e os fluxos reais das pessoas no sistema; não assegurava a articulação dos serviços; não permitia a resolução dos problemas; dificultava a comunicação, o acolhimento, a escuta e a compreensão de diferentes valores e culturas. Por isso, desencadeou estudos que culminaram na criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008 (CECÍLIO, 2001; DIMENSTEIN et al., 2009; RIBEIRO, 2007; SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

Os NASF têm como proposta contribuir com as equipes de Estratégia de Saúde da Família admitindo como preceito básico trabalho interdisciplinar e matriciamento, para propiciar o respeito às peculiaridades regionais e a atuação mais adequada a cada



caso, com profissões e áreas até então não contempladas no âmbito das ESF (BRASIL, 2009a).

A proposta dos NASF mantém grande coerência técnica, mas é nova e suscita indagações como: o que são e para que servem os NASF? De que forma os NASF podem contribuir junto com as ESF para a promoção da saúde da população? Os NASF podem fazer matriciamento? Como implantar os NASF de forma a que essas perguntas sejam respondidas e objetivos dos NASF sejam cumpridos?

Florindo (2009), em Editorial, é de opinião que o grande problema a ser vencido é a quebra do paradigma do atendimento individual para propostas de ações coletivas. Para isso irá requerer motivação e treinamento dos profissionais que formarão as equipes dos NASF, assim como daqueles que compõem o Programa de Saúde da Família (PSF). Aponta também a necessidade de ampla discussão para que todos entendam o território da saúde como resultado de acumulação de situações históricas, ambientais e sociais, que promovem condições particulares para a produção de doenças.

1.1 Formulação do problema

Como foram constituídos os Núcleos de Apoio à Saúde da Família para exercerem papel de apoio à estratégia de Saúde da Família e o processo de territorialização, a partir da atenção básica, em Olinda?

1.2 Problematização

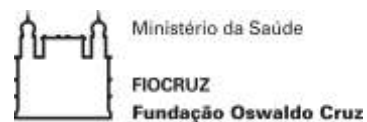
A atenção primária à saúde tem como atributos essenciais o acesso de primeiro contato do indivíduo com o Sistema de Saúde, a continuidade e a integralidade da atenção, assim como a coordenação da atenção dentro do sistema (BRASIL, 2009a).



Para operacionalização desses atributos, foi criada a Estratégia de Saúde da Família, como porta de entrada prioritária do Sistema de Saúde, que é consubstanciada pelo Programa de Saúde da Família (PSF), cuja operacionalização se faz pelas Equipes de Saúde da Família (ESF). Sem dúvida, o PSF vem provocando, de fato e de direito, importante movimento de reorientação do modelo da atenção à saúde no país. No entanto, são necessários arranjos tecnoassistenciais para viabilizar o acompanhamento horizontal, pois ainda se observa baixa capacidade de resolver problemas. A causa é o fato de as ESF se depararem com uma série diversificada de situações e agravos à saúde, os quais podem exigir maior complexidade do atendimento (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

A baixa resolutividade do PSF mostrou a necessidade de mudança da metodologia assistencial em saúde. Era preciso mudar do modelo em pirâmide para o modelo matricial, reconhecendo que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar abordagem integral à saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A situação que se afigura e tem alta relevância é o debate sobre o processo de implantação dos NASF, obedecidas as características próprias de cada município e, no município, de cada território. Esta monografia busca resgatar e registrar o processo de criação dos NASF em Olinda, no período de 2008 a 2010.



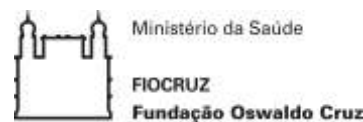
2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Descrever o processo de implantação dos Núcleos de Apoio da Saúde da Família, no município de Olinda – PE, vivenciado entre 2008 e 2010.

2.2 Específicos

- Explicitar a definição das áreas de abrangência dos NASF no Município de Olinda.
- Descrever o processo para definição da composição técnica e das áreas de cobertura das equipes dos NASF.
- Descrever o processo de construção das competências dos membros da equipe técnica dos NASF.
- Descrever as forças e as dificuldades vivenciadas na implantação dos NASF no Município de Olinda.



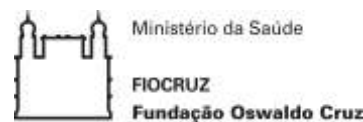
3 REFERENCIAL TEÓRICO

O percurso histórico da implantação do Sistema de Saúde Brasileiro tem basicamente quatro marcos, a partir do atendimento à saúde da população de caráter curativo e imediatista, centrado na figura do médico, hospitalocêntrico, sob a tutela da burocracia estatal que determinava quem, como e onde seria atendido cada indivíduo, se conseguisse atendimento, quais as enfermidades priorizadas e como seriam encaminhadas as questões pontuais em Saúde Pública, basicamente de forma verticalizada (SANTOS; CUTOLO, 2004).

As reivindicações sociais, consubstanciadas na Conferência Nacional de Saúde e legalizadas pela Constituição Federal de 1988, posteriormente regulamentadas pelas Leis Federais 8080/90 e 8142/90, fizeram surgir o primeiro marco histórico do Sistema de Saúde – a implantação do Sistema Único de Saúde, cujos princípios doutrinários e organizativos foram universalidade, equidade, integralidade, regionalização, hierarquização, descentralização administrativa e participação popular (BRASIL, 1990a,b; PEREIRA et al., 2003).

Para estruturar, propiciar o funcionamento organizacional e ordenar de maneira específica os processos de trabalho do SUS, surge o segundo marco histórico, em 1994, representado pelo Programa de Saúde da Família (PSF). Sua proposta é a identificação das situações que afetam a vida familiar, cuja solução vai além das possibilidades do setor saúde. O Programa posteriormente foi transformado em Estratégia de Saúde da Família, o terceiro marco histórico do Sistema de Saúde (ALMEIDA et al., 2007).

A Estratégia de Saúde da Família propõe mudança do objeto de atenção, valorizando o núcleo familiar. Muda também a forma de atuação, promovendo a integração entre a população e as equipes de saúde; altera a organização geral dos serviços, integrando os diversos níveis de atenção; prioriza as ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos, independente de faixa etária, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Para tanto, estruturam-se as Unidades de Saúde da Família (USF) com equipe multiprofissional, que assume a responsabilidade por uma determinada população (BRASIL, 2000).



Ao longo dos anos, os debates sobre a atuação do PSF deixaram perceber que a equipe multiprofissional não tinha caráter interdisciplinar, considerando o conceito enunciado por Japiassu (1976, p. 26):

(...) a interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas, no interior de um projeto específico de pesquisa. (...) O fundamento do espaço interdisciplinar deverá ser procurado na negação e na superação das fronteiras disciplinares. (...) Podemos dizer que nos reconhecemos diante de um empreendimento interdisciplinar todas as vezes em que ele conseguir incorporar os resultados de várias especialidades, que tomar de empréstimo a outras disciplinas certos instrumentos e técnicas metodológicas, fazendo uso dos esquemas conceituais e das análises que se encontram nos diversos ramos do saber, a fim de fazê-los integrarem e convergirem, depois de terem sido comparados e julgados.

Não alcançar a interdisciplinaridade, representada pela falta de integração e comunicação entre os componentes de cada ESF e destes com os profissionais dos níveis de maior complexidade do Sistema de Saúde novamente convidou à reflexão e à busca de soluções, porque o resultado final era um sistema desarticulado.

Iniciam-se alguns questionamentos, dentre os quais dois são importantes para a temática desta monografia: o conceito social de saúde-doença e a organização dos serviços de saúde.

Com o desenrolar das atividades do PSF, os estudos foram mostrando que a atenção em saúde é, em verdade, um processo histórico, na medida em que as condições sociais são efetivamente a base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é a base da própria saúde. As condições de habitação, ambientais, do peridomicílio, as restrições de acesso à alimentação e a outros bens fundamentais, as características físicas e ambientais das atividades laborais podem implicar em uma série de riscos à saúde que estão além da possibilidade de controle por parte dos indivíduos. Além disso, os determinantes psicossociais, representados pelo grau de reconhecimento, nível de autonomia e segurança, balanço entre esforço e recompensa e entre expectativas, realizações e frustrações que os indivíduos obtêm ao



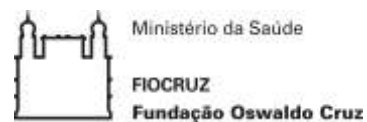
longo de suas vidas também são determinantes das condições de saúde (FLEURY-TEIXEIRA, 2009).

Essa contextualização levou à utilização do conceito de territorialidade e, conseqüentemente, à busca da territorialização do Sistema de Saúde, transcendendo, sem abstrair, o espaço físico (RIBEIRO, 2007).

O reconhecimento do território, enquanto resultado da acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças, foi um passo básico que mostrou a necessidade de adequar a atenção à saúde às características da população. Dessa forma, a territorialização vai muito além de um simples recorte político operacional do sistema de saúde; é o *locus* onde se verifica a interação entre a população e os serviços de saúde no nível local. Busca um espaço não apenas geográfico, no qual uma população específica, vivendo em tempo e espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde também singulares, tem a resolução de suas necessidades de saúde compreendidas e visualizadas espacialmente por profissionais e gestores de serviços de saúde, num processo de permanente construção de práticas curativas, preventivas e promocionais (BARCELLOS; ROJAS, 2004; GONDIM et al., 2005).

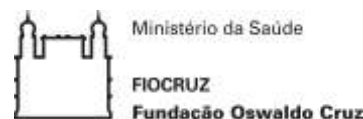
Com base no conceito de territorialização, o Ministério da Saúde buscou aperfeiçoar a ação institucional do setor saúde alterando a organização dos serviços. Era necessário levar em conta as necessidades e os fluxos reais das pessoas, usuários e profissionais, dentro do sistema de saúde. Diferente do que se admitia, os profissionais que compunham as ESF, mesmo que tecnicamente preparados, não podiam dar conta e valorizar todos os problemas que lhes eram apresentados nas situações de atendimento, embora o sistema admitisse que deveriam resolver os problemas mais simples e encaminhar os mais complicados. Esta premissa não reconhecia a especificidade e a complexidade do trabalho desenvolvido nas USF (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

São criados os NASF pelo Ministério da Saúde, em 2008, quarto marco histórico do sistema de saúde, preconizando o sistema de apoio matricial, por reconhecer a necessidade de viabilizar o suporte técnico em áreas específicas para equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde (BRASIL, 2008).



A principal diretriz dos NASF é a integralidade do cuidado em saúde, compreendida sob três aspectos: a abordagem integral do indivíduo em seu território, com garantia de cuidado longitudinal; a organização das práticas de saúde integrando ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura e a organização do sistema de saúde, garantindo acesso às redes de atenção conforme as necessidades da população (BRASIL, 2009b).

O Ministério da Saúde fez publicar as Diretrizes do NASF com detalhamento normativo de todas as ações (BRASIL, 2009b). Apesar disso, cabe a cada município definir o processo de implantação de seus NASF, obedecendo à territorialização, o que se constitui em desafio a ser vencido na busca de assistência à saúde com qualidade.



4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipo de estudo

Foi desenvolvido estudo descritivo, com base em documentos construídos em obediência ao modelo lógico dos NASF, proposto pelo Ministério da Saúde.

4.2 Local de estudo

O estudo descritivo foi realizado no município de Olinda, situado na Região Metropolitana do Recife, estado de Pernambuco, região Nordeste do Brasil.

Olinda tem extensão territorial de 41,66 km². Limita-se ao Norte com o município de Paulista, ao Sul, com Recife, ao Leste, com o oceano Atlântico, ao Oeste, com Paulista e Recife. Configura-se como o menor município em extensão territorial e terceiro maior em porte populacional da Região Metropolitana do Recife.

O território de Olinda é subdividido, segundo a Lei n°. 5.161/99, em 31 bairros além da zona rural. Para efeito de planejamento e gestão, o município também é dividido espacialmente em 10 Regiões Político-Administrativas (RPA) que se distribuem uniformemente em dois Distritos Sanitários (Figura 1).

O Distrito Sanitário I (DS I) conta com 14 bairros, divididos em quatro microrregiões para atender a uma população estimada em 155.803 habitantes, em 2006, representando 42,35% da população olindense. Caracteriza-se por ser uma área historicamente menos estruturada e com concentração de população de mais baixa renda. O Distrito Sanitário II (DS II) abrange 17 bairros e a zona rural do Município, organizados em seis microrregiões, com uma população total de 212.099 habitantes, representando 57,65% da população olindense. Caracteriza-se por bairros mais

estruturados, incluindo a beira-mar, o centro histórico e as áreas comerciais e de serviços, com concentração de população de melhor renda.

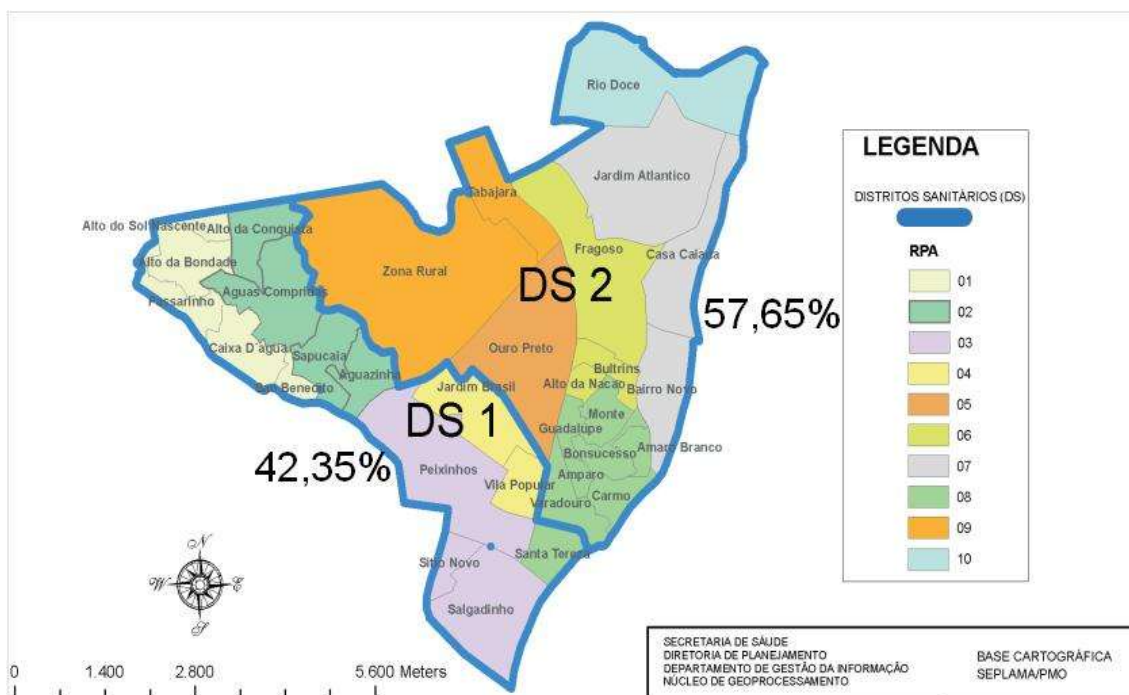


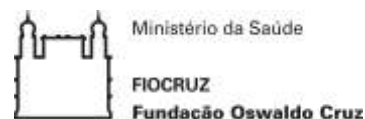
Figura 1 – Distribuição do Território de Olinda segundo Regiões Político-Administrativas e Distritos Sanitários

FONTE: Olinda (2010)

O Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2000, registrou população de 367.902 habitantes, perfazendo uma densidade demográfica de 8831,06 habitantes/km², total que aumentou para 377.779 habitantes em 2010, correspondendo a uma densidade demográfica de 9068,36 habitantes/km² (IBGE, 2010).

A distribuição etária caracterizava-se, em 2009, pelo predomínio da faixa de 10 a 29 anos, compreendendo 34% da população. A população idosa, com 60 anos ou mais de idade, correspondia a 11,5% do total.

O Município tem Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,792, o que o faz ocupar a quarta posição na classificação dos Municípios do Estado (IBGE, 2010).



4.3 Tipos e fontes de dados

A primeira fonte de dados esteve constituída por Leis, Portarias e Diretrizes relativas aos Núcleos de Apoio de Saúde da Família, submetidas à análise para contextualizar a proposta de implantação dos NASF.

A segunda fonte de dados foram as Atas de Reuniões das equipes que compunham os NASF, realizadas entre 2008 e 2010, analisando-se as forças e dificuldades vivenciadas no processo de implantação.

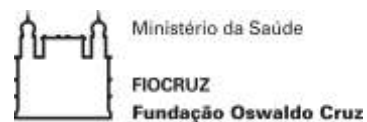
4.4 Plano de análise

Os dados foram analisados a partir do marco legal do modelo proposto pelo Ministério da Saúde para os NASF, a partir do qual foram realizadas as adaptações necessárias, identificadas nas reuniões com os membros contratados para compor as equipes técnicas.

4.4.1 Etapas do plano de análise

Foram adotadas três etapas de análise, constituídas por:

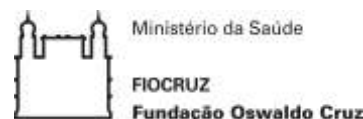
- Análise documental de Leis, Portarias e Diretrizes relativas aos Núcleos de Apoio de Saúde da Família, para explicitação das adequações propostas durante a implantação dos NASF, com o objetivo de atender às necessidades da população assistida;
- Identificação de pontos fortes presentes nas Atas de Reuniões realizadas com os profissionais contratados para compor as equipes dos NASF do município de Olinda;



- Análise do registro das Atas de Reuniões, feita de forma exclusiva pela identificação dos pontos fortes, dificuldades e soluções implementadas, que representaram contribuições para a proposta de implantação dos NASF, não se caracterizando assim como uma abordagem qualitativa do tipo análise de discurso ou de conteúdo.

4.5 Aspectos éticos

Por se tratar de estudo descritivo, não envolvendo diretamente seres humanos, respeitados os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, não foi necessária a aprovação desta pesquisa por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.



5 RESULTADOS

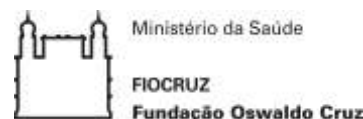
Em 2006, a Secretaria de Saúde de Olinda introduziu a experiência de Apoio ao Programa de Saúde da Família através da implantação de duas equipes matriciais, compostas por: psiquiatra, assistente social e fisioterapeuta, propiciando importantes avanços na organização e ampliação da assistência.

No início do ano 2008, a Diretoria de Planejamento da Secretaria de Saúde levou ao conhecimento do Núcleo Gestor a criação dos NASF, pela Portaria nº. 154 de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008). Após amplo debate, houve a aprovação para implantar a estratégia do NASF. Inicialmente, coube aos diretores dos Distritos Sanitários e à Diretoria de Planejamento a elaboração do Projeto de Implantação desses Núcleos, bem como a distribuição das 55 ESF existentes entre os NASF.

O processo de implantação dos NASF obedeceu às etapas administrativas exigidas para sua aprovação pelo Ministério da Saúde, para então ter início sua operacionalização.

5.1 Etapas administrativas do processo de implantação do NASF

- 1- Apresentação do Projeto, consoante com a Portaria nº. 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008);
- 2- Solicitação do Prefeito ao Secretário de Saúde do Estado, para adesão ao programa;
- 3- Aprovação da implantação dos NASF pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), registrada em Ata;
- 4- Realização de vistoria técnica pela Secretaria Estadual de Saúde, no prazo de 30 dias a contar da data de solicitação do credenciamento, e emissão de parecer



técnico ao Município, no prazo máximo de cinco dias úteis a contar da data da realização da vistoria;

- 5- Encaminhamento da solicitação de implantação dos NASF pela Diretoria de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde às Comissões Intergestoras Bipartites Regional e Estadual;
- 6- Encaminhamento da solicitação de implantação dos NASF ao Ministério da Saúde;
- 7- Assinatura do Termo de Compromisso pelos profissionais envolvidos na execução dessa implantação e do funcionamento dos NASF.

5.2 Operacionalização da implantação dos NASF em Olinda

A implantação dos NASF foi feita em duas etapas. A primeira etapa da implantação dos NASF teve início em abril de 2008 e foi efetivada em julho de 2008, com a criação de dois NASF em cada Distrito Sanitário, cobrindo 100% do município independente das áreas de cobertura do PSF. A segunda etapa da implantação foi iniciada em março de 2009 e teve sua efetivação em Julho de 2009.

Pelo fato de cada uma dessas etapas ter se revestido de características próprias, compostas por desafios e soluções construídas ao longo da implantação, cabe detalhá-las.

5.2.1 Primeira etapa da implantação dos NASF em Olinda

Na primeira etapa, a implantação exigia a definição das áreas de abrangência, adequação das instalações físicas e seleção de recursos humanos/ equipamentos e materiais.

5.2.1.1 Áreas de abrangência e adequação das instalações físicas

Em 2008, o Município contava com estrutura descentralizada composta por dois Distritos Sanitários, nos quais havia 55 ESF, atuando 26 no DS I, e 29 no DS II (OLINDA, 2008). Face à composição da área de abrangência do Município, na primeira etapa da implantação, foram criados quatro NASF, sendo dois em cada DS, com base na demanda reprimida da rede nas áreas técnicas, levando-se em consideração a necessidade de implementar a promoção à saúde.

A disposição geográfica dos NASF nos dois DS pode ser observada na Figura 2. A caracterização dos bairros de atuação, o número de ESF e a população estimada estão discriminados nos Quadros 1 e 2.

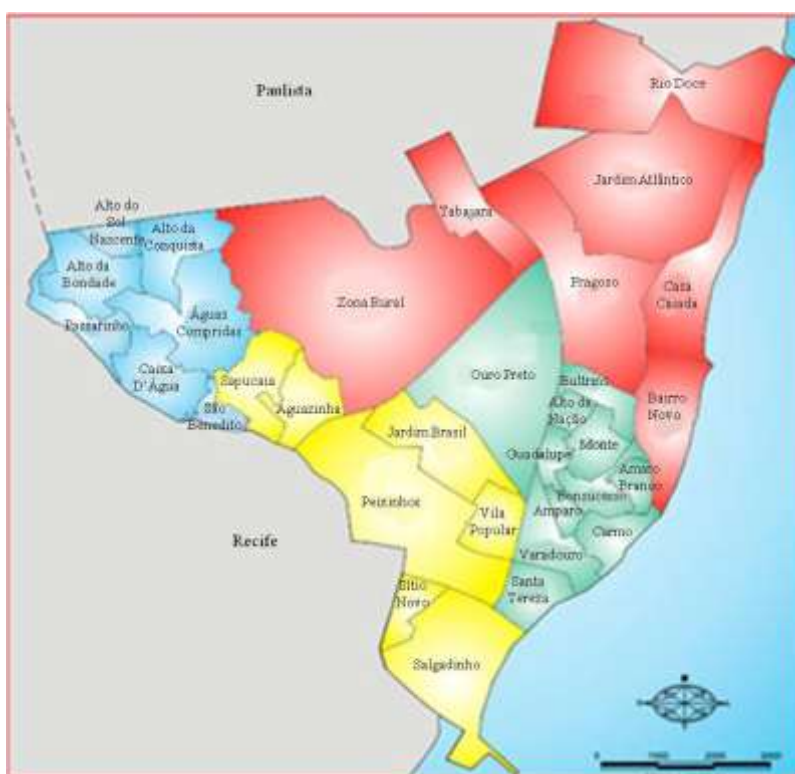


Figura 2 – Distribuição geográfica das áreas de abrangência dos quatro NASF implantados na primeira etapa

Legenda: Na cor amarela: NASF de Peixinhos, pertencente ao DS I; na cor azul, NASF de São Benedito, pertencente ao DS I; na cor verde, NASF de João de Barros Barreto, pertencente ao DS II e na cor vermelha, NASF de Rio Doce, pertencente ao DS II

Bairros de Atuação	Equipes de Saúde da Família vinculadas	População estimada (habitantes)
NASF Peixinhos CNES: 234530		
Sapucaia	Sapucaia I	4907
	Sapucaia II	6684
	Sapucaia III	5795
Jardim Brasil II	Jardim Brasil II (Equipe 1)	3128
	Jardim Brasil II (Equipe 2)	5000
Jardim Brasil V	Jardim Brasil V (Equipe 1)	4020
	Jardim Brasil V (Equipe 2)	3314
COHAB/Peixinhos	COHAB/Peixinhos I	6141
	COHAB/Peixinhos II	6249
	COHAB/Peixinhos III	5693
Azeitona	Azeitona I	4685
	Azeitona II	4373
Salgadinho/Sítio Novo	Salgadinho/Sítio Novo I	4053
	Salgadinho/Sítio Novo I	4077
Vila Popular	Vila Popular	5063
Totais	15	50931
NASF São Benedito CNES: 2345064		
Caixa D'água	Caixa d'água I	5225
	Caixa d'água I	5083
Águas Compridas	Águas Compridas I	5111
	Águas Compridas II	5055
	Águas Compridas III	3647
Alto da Conquista	Alto da Conquista I	5693
	Alto da Conquista II	4573
Alto Nova Olinda	Alto Nova Olinda	5583
Alto Sol Nascente	Alto Sol Nascente	4398
Alto da Bondade	Alto da Bondade I	5362
	Alto da Bondade II	4381
Alto do Cajueiro	Alto do Cajueiro	4125
Passarinho	Passarinho	6938
Torres Galvão	Torres Galvão	5000
Totais	14	70174
Totais gerais	29	121105

Quadro 1 – Distribuição dos bairros de atuação dos NASF do Distrito Sanitário I, segundo ESF e população estimada

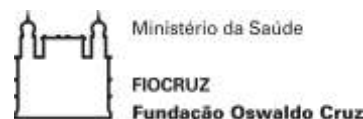
Fonte: Olinda (2008)

Bairros de atuação	Equipes de saúde da família vinculadas	População estimada (habitantes)
NASF João de Barros Barreto CNES: 2344653		
Amaro Branco	Amaro Branco	5054
Bonsucesso	Bonsucesso I	5603
	Bonsucesso II	5509
Guadalupe	Guadalupe	4705
Ilha do Maruim	Ilha do Maruim	3597
Jatobá	Jatobá	4139
Monte	Monte I	5597
	Monte II	5577
Ouro Preto	Ouro Preto I	4970
	Ouro Preto II	4970
Varadouro	Varadouro I	6848
	Varadouro II	2950
Ouro Preto	7º RO	5698
Totais	13	65217
NASF Rio Doce CNES: 2344998		
Base Rural	Base Rural	7050
Rio Doce	5ª Etapa Rio Doce I	3974
	5ª Etapa Rio Doce II	3671
Alto da Mina	Alto da Mina	5287
Beira Mangue	Beira Mangue I	4117
	Beira Mangue II	5257
Cidade Tabajara	Cidade Tabajara I	3966
	Cidade Tabajara II	3537
Ilha de Santana	Ilha de Santana I	6026
	Ilha de Santana II	5123
Jardim Atlântico	Jardim Atlântico	2810
Jardim Fragoso	Jardim Fragoso I	5335
	Jardim Fragoso II	4330
Total	13	60483
Totais gerais	26	125700

Quadro 2 – Distribuição dos bairros de atuação dos NASF do Distrito Sanitário II, segundo ESF e população estimada

Fonte: Olinda (2008)

Os NASF foram credenciados nas Policlínicas, estabelecimentos que possuíam condições adequadas de infraestrutura para acomodar os profissionais quando não estavam em atividades de campo, como também pelas condições geográficas que permitiam melhor acesso da população. Concorde com as Diretrizes do NASF, eles não eram portas de entrada do sistema de saúde municipal, e, sim, compunham a rede de serviços de saúde, integrada à atenção básica como apoio ao PSF, atuando em



atividades individuais e coletivas nas unidades de saúde e na comunidade. Os NASF contavam com a Central de Marcação de Consultas e Exames para referência e contra-referência a outras especialidades de média e alta complexidade, através de internet ou de contato telefônico.

5.2.1.2 Composição das equipes

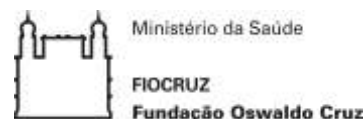
Depois de definidos a composição e o número de núcleos, procedeu-se ao processo de recrutamento de profissionais dos NASF, seleção e contratação. Inicialmente a composição dos Núcleos foi baseada na demanda reprimida da rede nas áreas técnicas, levando-se em consideração a necessidade de programar a promoção à saúde.

Optou-se pela implantação de NASF I, compostos por no mínimo cinco profissionais com formação universitária, entre os seguintes: assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, profissional da educação física, nutricionista, atendendo ao disposto na Portaria nº. 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008).

Adicionalmente, buscou-se atender à magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, em obediência ao que preceitua o §2º da Portaria nº. 154 de 24 de janeiro de 2008, recomendando que cada núcleo conte com pelo menos um profissional da área de saúde mental. Para tanto, foi feita opção de alocar psicólogos em todos os núcleos (BRASIL, 2008).

A opção da inclusão do farmacêutico nos NASF, em Olinda, se deu pelo fato de, na ocasião da formação das equipes, estar ocorrendo a descentralização da assistência farmacêutica pela implantação de farmácias da família.

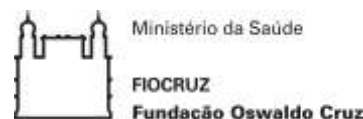
Para profissionais de todas as áreas elencadas para compor os NASF de Olinda, o recrutamento foi feito por meio da publicação nos quadros de avisos da Secretaria de Saúde do Município, procedendo-se à seleção por meio da análise de currículo e entrevista, contemplando, sobretudo, a formação técnica do candidato. Tanto na análise



do currículo como na entrevista, buscaram-se profissionais que atendessem ao maior número dos critérios, consoantes com a proposta dos NASF:

- Intenção de desenvolver trabalho em equipe focado em parâmetros epidemiológicos com o objetivo de buscar a melhora da qualidade de vida, estimulando a participação do cidadão no processo de manutenção, prevenção e promoção da própria saúde;
- Experiência prévia de trabalho em grupo e em contexto interdisciplinar, considerando a contribuição dos outros profissionais e outras disciplinas na sua prática profissional;
- Experiência de comunicação profissional com diferentes pessoas e grupos;
- Experiência de trabalho na comunidade em atendimentos domiciliares, propostas educativas, atividades de prevenção, dentre outras;
- Iniciativa e criatividade no encontro de soluções para problemas propostos durante a entrevista;
- Respostas que indicassem intenção de realizar atendimento que não focalizasse apenas sinais e sintomas de doença, mas também a pessoa doente, hábitos e estilos de vida, emoções, carências e relacionamento no contexto da família, comunidade e trabalho;
- Disponibilidade para coordenar, participar e organizar grupos de educação para a saúde.

Os profissionais selecionados foram contratados obedecendo aos mesmos critérios dos contratos do Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), de acordo com as Leis Municipais nº. 5323/2002 (OLINDA, 2002), que disciplina a contratação por necessidade temporária de excepcional interesse público, e a Lei nº. 5414/2004 (OLINDA, 2004), que dispõe sobre a remuneração do pessoal contratado temporariamente por excepcional interesse público para execução do PACS e do PSF. Consoante com essas normas administrativas, os profissionais foram contratados para o NASF percebendo remuneração de igual valor ao dos profissionais de nível superior não médico que compõe o PSF do município.



No Quadro 3, observa-se a composição das equipes de profissionais dos NASF.

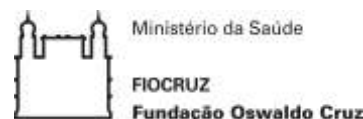
Áreas contempladas	Ocupação profissional	Carga horária diária (horas)	Carga horária semanal (horas)
Distrito Sanitário I			
NASF Peixinhos CNES: 234530			
Reabilitação	Fisioterapeuta	08	40
Alimentação e nutrição	Nutricionista	08	40
Serviço social	Assistente social	08	40
Saúde mental	Psicólogo	08	40
Assistência farmacêutica	Farmacêutico	08	40
NASF São Benedito CNES: 2345064			
Reabilitação	Fisioterapeuta	08	40
Atividade física	Educador físico	08	40
Serviço social	Assistente social	08	40
Saúde mental	Psicólogo	08	40
Assistência farmacêutica	Farmacêutico	08	40
Distrito Sanitário II			
NASF João de Barros Barreto CNES: 2344653			
Reabilitação	Fisioterapeuta	08	40
Atividade física	Educador físico	08	40
Serviço social	Assistente social	08	40
Saúde mental	Psicólogo	08	40
Assistência farmacêutica	Farmacêutico	08	40
NASF Rio Doce CNES: 2344998			
Reabilitação	Fisioterapeuta	08	40
Alimentação e nutrição	Nutricionista	08	40
Serviço social	Assistente social	08	40
Saúde mental	Psicólogo	08	40
Assistência farmacêutica	Farmacêutico	08	40

Quadro 3 – Distribuição das áreas profissionais contempladas nos quatro NASF da primeira etapa, segundo Distrito Sanitário

Fonte: Olinda (2008)

Além desses profissionais, em cada equipe do NASF foi incluído um técnico de nível médio, com vínculo empregatício com a Prefeitura de Olinda, para desenvolver funções administrativas e de apoio às equipes dos NASF e do PSF.

Todos os profissionais selecionados foram capacitados, com noções gerais de atenção básica à saúde, enfocando cada área específica de atuação junto ao PSF, com duração de duas semanas, cuja programação está apresentada no Quadro 4.



Duração e Método	Atividades desenvolvidas
1ª semana – Oficina de Trabalho	Apresentação da situação de saúde do município de Olinda Rede de Saúde Instalada Principais agravos à saúde Pactuação dos indicadores de saúde Apresentação das Políticas Estratégicas de Saúde do Município
2ª semana Construção do plano de ação	Reconhecimento do Território Reunião ESF/NASF para identificação do público prioritário para realização das ações Planejamento conjunto de atividades e elaboração de agenda de trabalho de acordo com a realidade local Divulgação das ações da equipe para a comunidade

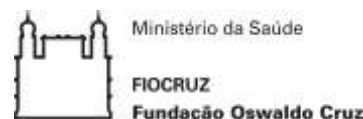
Quadro 4 – Atividades desenvolvidas na capacitação dos profissionais para atuação nos quatro NASF da primeira etapa

5.2.1.3 Ações estratégicas, atividades e metas da primeira etapa

À época da capacitação dos profissionais para trabalho nos NASF, foram definidas ações estratégicas, atividades e metas, conforme demonstrado no Quadro 5, com o objetivo de nortear as primeiras ações, mesmo sabendo que deveriam ser modificadas com base nas experiências vivenciadas ao longo do processo, como exporemos ao longo desta monografia.

Ação estratégica	Atividades	Metas
Realizar atividades de promoção da saúde	Levantamento dos grupos prioritários para intervenção junto às equipes de saúde da família cobertas	01 levantamento
	Grupos específicos de educação em saúde interdisciplinares e para cada profissional	Indefinida
	Divulgação das ações do NASF para a comunidade e junto aos profissionais das ESF, em rádios comunitárias e por cartazes	02 divulgações
Realizar atividades de assistência à saúde	Assistência farmacêutica aos grupos prioritários cobertos pelas ESF	Indefinida
	Atendimentos domiciliares para pacientes com necessidades especiais	Mínimo de 01 atendimento mensal por pessoa
	Atendimentos em grupo	Mínimo de 01 atendimento semanal por ESF
	Atendimentos individuais em casos de necessidade da área coberta	Indefinida
Integrar as ações do NASF com as UFS e o Distrito Sanitário	Reuniões mensais entre a equipe do NASF e as ESF cobertas, com participação de representante da Gerência do Distrito Sanitário, visando a resolver questões gerenciais e proporcionar espaço de educação permanente com discussão de casos clínicos	01 reunião mensal
	Emissão de relatório mensal de atividades ao Distrito Sanitário com a utilização de indicadores de saúde e de impacto sobre a situação de saúde da população coberta	01 relatório mensal
	Reuniões quinzenais com os cinco profissionais integrantes do NASF para direcionamento e avaliação das ações, encaminhamentos e programação de ações conjuntas	02 reuniões mensais
Promover a intersetorialidade nas ações de saúde	Desenvolvimento de ações de promoção da saúde em articulação com os setores de educação (escolas públicas e caiques), atividade física e lazer (vila olímpica, praças e caiques) e cultura (projeto cine saúde, associações de moradores, grupos culturais das comunidades)	01 ação mensal por ESF
Integrar as ações do NASF às ações da rede de assistência à saúde	Atendimento ambulatorial pelos profissionais do NASF de acordo com as necessidades da área coberta	Indefinida
	Direcionamento a referência e contra-referência dos profissionais do NASF por meio da central de regulação	Indefinida

Quadro 5 – Demonstrativo de ações estratégicas, atividades e metas estabelecidas para a primeira etapa da implantação dos NASF



5.2.2 Segunda etapa de implantação dos NASF em Olinda

A segunda etapa da implantação dos NASF, em Olinda, revestiu-se de características distintas daquelas da primeira etapa, em decorrência da experiência amalhada ao longo do processo de trabalho das quatro equipes, como também em virtude do desenvolvimento do programa Rostos, Vozes e Lugares na Ilha do Maruim.

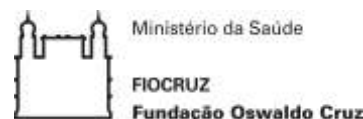
5.2.2.1 O Programa “Rostos, Vozes e Lugares” e a implantação dos NASF

A iniciativa “Rostos, Vozes e Lugares” (RVL) foi lançada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), no 47º Conselho Diretivo, com o propósito de acelerar o progresso para realização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, por meio de esforços desenvolvidos em comunidades mais vulneráveis. Segundo a OPAS, o programa RVL:

(...) é um esforço para construir a vontade política em seu nível mais alto e ao mesmo tempo providenciar uma assistência técnica para tratar dos determinantes sociais e econômicos da saúde, em nível local. Defende os mais vulneráveis e ajuda a criar cidadania com foco nos direitos e responsabilidades compartilhados. Isso é alcançado através da colaboração intersetorial e interagencial que une esforços e compromisso para a realização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (OPAS, 2006, p. 1).

O programa RVL, na região das Américas, tem cinco áreas prioritárias, a saber:

- 1) redução da iniquidade, a qual responde pelas desigualdades específicas dos grupos e dos municípios mais vulneráveis;
- 2) trabalho em nível local, tratando do impacto dos determinantes sociais e econômicos da saúde, particularmente em comunidades com os maiores riscos e níveis de negligência;
- 3) promoção da atenção primária à saúde, fomentando a participação social, de modo que os membros das comunidades possam identificar e reconhecer seus problemas, assim como participar diretamente da gestão de



soluções para todos; 4) trabalho intersetorial, com coordenação das várias instituições e setores, na integração de políticas e programas, para vincular as autoridades nacionais e locais; 5) promoção da cooperação externa e interagencial, envolvendo a OPAS e os sistemas interamericanos para trabalho em conjunto, priorizando os mais vulneráveis, no sentido de alcançar os objetivos de desenvolvimento do milênio (OPAS, 2008).

Para cumprir seus objetivos, a OPAS estabeleceu cinco passos na metodologia de trabalho do programa RVL, os quais envolvem desde a seleção das comunidades a partir de diagnóstico situacional, até as atualizações periódicas do programa. São eles (OPAS, 2008):

- Seleção das comunidades e diagnóstico inicial – as comunidades são selecionadas pelos Ministérios da Saúde em colaboração com os representantes da OPAS/Organização Mundial de Saúde, entre outros, com base nos níveis de pobreza e vulnerabilidade em saúde.
- Diagnósticos participativos – a partir dos resultados do diagnóstico inicial, tomado como linha de base para desenvolvimento do processo, e do processo de organização comunitária, emprega-se a metodologia de pesquisa-ação para que a comunidade faça diagnósticos participativos comunitários, os quais confirmam a construção da linha de base;
- Definição das intervenções-chave – com base nos diagnósticos participativos e com auxílio de especialistas, os membros da comunidade criam comissões para cada um dos objetivos do Milênio e trabalham para definir, planejar e programar as intervenções-chave;
- Monitoramento e acompanhamento – o progresso e o impacto das intervenções-chave vai sendo paulatinamente avaliado, possibilitando apoiar o acompanhamento;
- Disseminação – com base nas iniciativas, oportunidades e desafios remanescentes para alcançar os objetivos do milênio em nível local, nacional, sub-regional e regional, processam-se atualizações que vão sendo disseminadas entre os participantes.



Assim posto, o Projeto RVL age como fio condutor capaz de promover credibilidade e motivação na população que está pretendendo transformar sua realidade local, com base na integralidade das ações, na intersetorialidade, na participação efetiva e no empoderamento. As ações desenvolvidas permitem visualizar a complexidade que encerra o desenvolvimento sustentável, considerando a multiplicidade de atores sociais e as instituições que devem ser envolvidas na viabilização das intervenções-chave, reforçando a necessidade de democracia e de participação popular (AGUIAR, 2010).

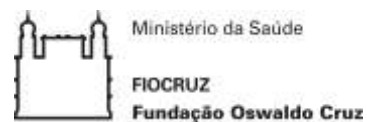
A partir de diagnóstico preliminar, a OPAS selecionou 30 comunidades de 16 países das Américas, incluindo Uruguai, Peru, Paraguai, Panamá, Nicarágua, México, Honduras, Guatemala, El Salvador, Equador, Cuba, Chile, Costa Rica, Colômbia, Bolívia e Brasil.

No Brasil, Olinda recebeu o convite da OPAS para participar do Programa, em outubro de 2007, tornando-se assim o primeiro Município de Pernambuco e o quarto brasileiro a desenvolver tais atividades. O convite foi motivado pelas características socioculturais e ambientais do Município, aliadas à experiência em projetos de desenvolvimento local.

A Ilha do Maruim foi escolhida pela OPAS e pela Secretaria de Saúde de Olinda como área piloto principalmente por sua clara delimitação geográfica e pela execução de obras de urbanização integrada, com a construção de casas populares e de redes de drenagem, saneamento básico e abastecimento d'água, melhoramentos que poderiam contribuir para o envolvimento dos membros da comunidade no Programa RVL (OPAS, 2008).

A experiência de trabalho do Comitê de moradores da Ilha do Maruim mostrou claramente a possibilidade de modificar o quadro de saúde da comunidade, de modo a alcançar nova situação de melhor qualidade de vida, maiores níveis de saúde e de bem-estar, bem como de apoio ao desenvolvimento social da população.

O resultado alcançado no período de outubro de 2008 a dezembro de 2009 permitiu perceber a possibilidade de aliar a metodologia de trabalho do Programa RVL à dos NASF, expandindo essa experiência a todo o Município, para melhor enfrentamento dos desafios de construir saúde, tomada em seu sentido mais amplo.



Dessa forma, a segunda etapa da implantação dos NASF esteve intimamente relacionada ao Programa RVL.

5.2.2.2 Áreas de abrangência e adequação das instalações físicas

A segunda etapa caracterizou-se pela implantação de outros três NASF (Ilha do Maruim, Vila Manchete e Águas Compridas), tendo sido o projeto encaminhado em março de 2009 e efetivado em julho do mesmo ano. Nessa ocasião, foi implantada também mais uma ESF, totalizando 56 equipes, o que possibilitou a divisão equânime de oito ESF para cada NASF. Nessa nova configuração, o NASF João de Barros Barreto foi substituído pelo NASF Ouro Preto, no mesmo Distrito Sanitário II, em função da criação do NASF Ilha do Maruim, que geograficamente fica próximo ao NASF João de Barros Barreto.

A distribuição geográfica de cada NASF e as áreas de atuação estão representadas nas Figuras 3 a 10 e nos Quadros 6 a 12.



Figura 3 – Distribuição geográfica das áreas de abrangência dos sete NASF implantados no do Município de Olinda na segunda etapa

Fonte: Olinda (2010)

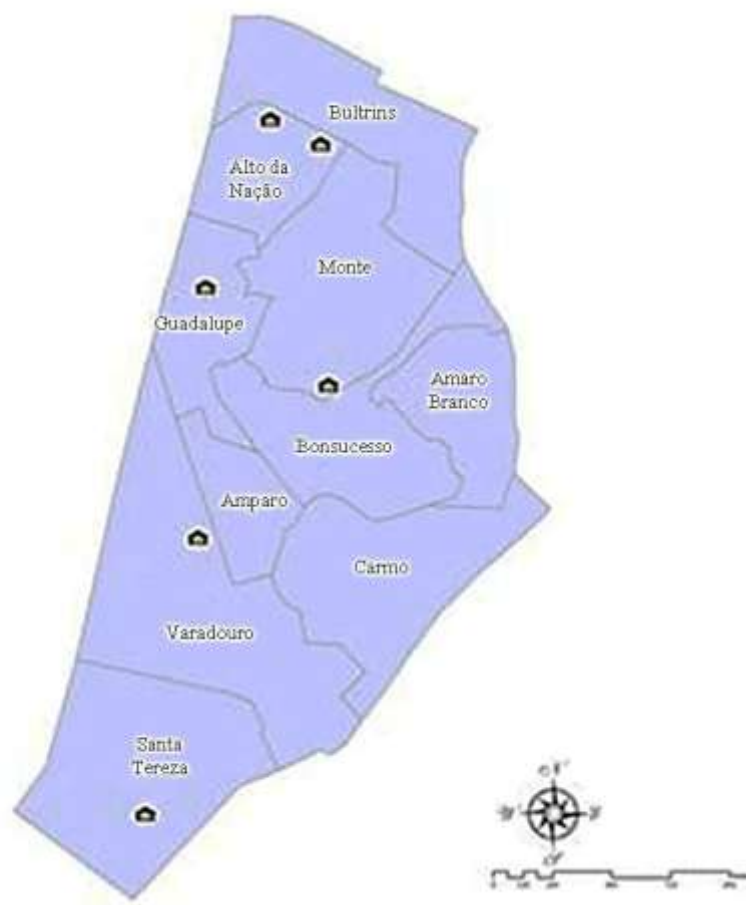


Figura 4 – Distribuição da área de atuação do NASF Ilha do Maruim - CNES 2345129

Bairros de Atuação do NASF Ilha do Maruim	Equipe de Saúde da Família vinculada	População estimada (habitantes)
Ilha do Maruim	Ilha do Maruim	3.484
Varadouro	Varadouro I	3.708
	Varadouro II	3.724
Amaro Branco	Amaro Branco	5.208
Bonsucesso	Bonsucesso I	5.603
	Bonsucesso II	5.509
Guadalupe	Bultrins	5.597
Bultrins	Bultrins Monte II	5.577
Totais	08	38.410

Quadro 6 – Distribuição dos bairros de atuação dos NASF Ilha do Maruim, segundo ESF e população estimada

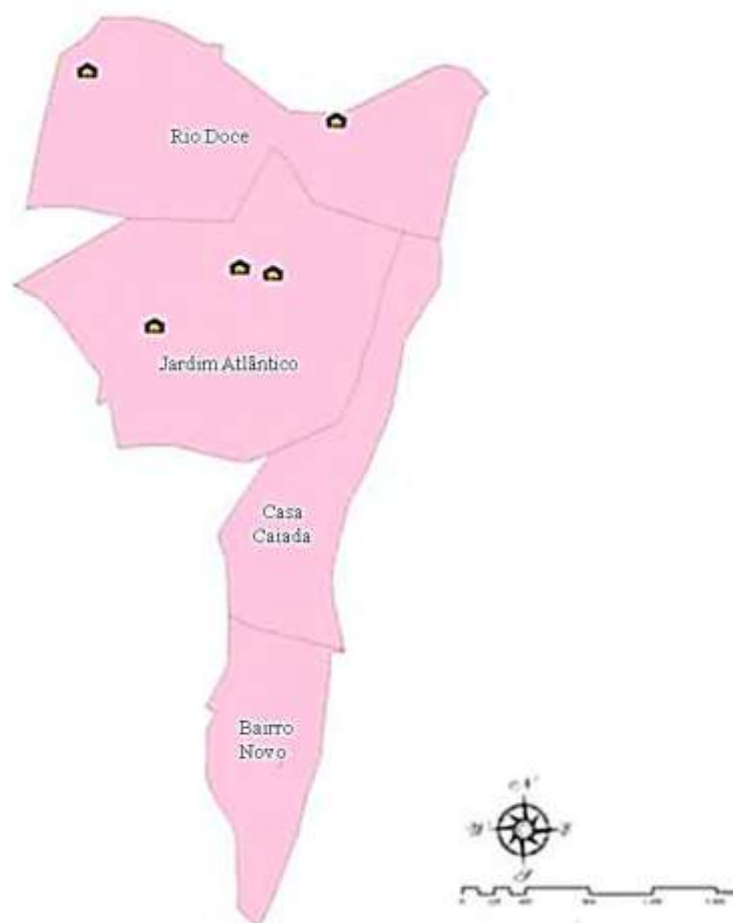


Figura 5 – Distribuição da área de atuação do NASF Rio Doce - CNES 2344998

Bairros de Atuação do NASF Rio Doce	Equipe de Saúde da Família vinculada	População estimada (habitantes)
Beira Mangue	Beira Mangue I	5.028
	Beira Mangue II	5.257
Rio Doce	5ª Etapa Rio Doce I	3.974
	5ª Etapa Rio Doce II	3.671
	Ilha de Santana I	6.026
Jardim Atlântico	Jardim Atlântico	5.052
	Jardim Fragoso I	6.416
	Jardim Fragoso II	5.052
Totais	08	40.476

Quadro 7 – Distribuição dos bairros de atuação dos NASF Rio Doce, segundo ESF e população estimada

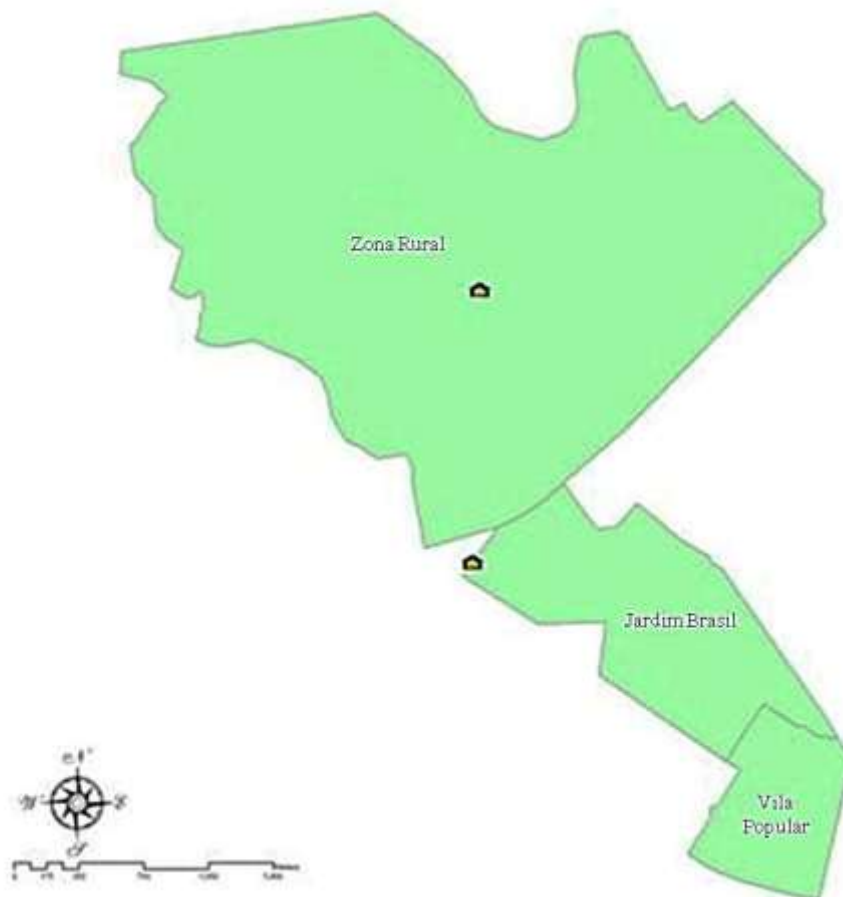


Figura 6 – Distribuição da área de atuação do NASF Ouro Preto - CNES 3224732

Bairros de Atuação do NASF Ouro Preto	Equipe de Saúde da Família vinculada	População estimada (habitantes)
Alto da Mina	Alto da Mina	5.287
Ouro Preto	Jatobá	4.139
	Ouro Preto I	4.970
Jardim Fragoso	7º RO	5.698
	Ilha de Santana II	5.123
Guadalupe	Vila São Bento	3.900
Cidade Tabajara	Tabajara I	3.548
	Tabajara II	3.988
Totais	08	36.653

Quadro 8 – Distribuição dos bairros de atuação dos NASF Ouro Preto, segundo ESF e população estimada

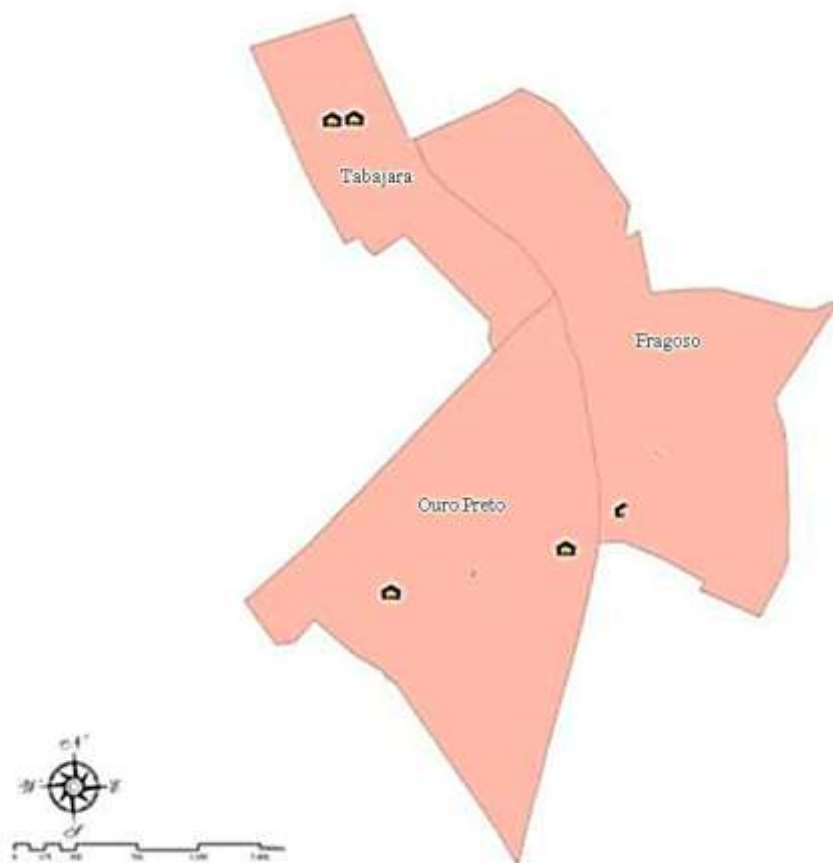


Figura 7 – Distribuição da área de atuação do NASF Vila Manchete - CNES

Bairros de Atuação do NASF Vila Manchete	Equipe de Saúde da Família vinculada	População estimada (habitantes)
Jardim Brasil	Jardim Brasil II – eq. I	3.128
	Jardim Brasil II – eq. II	5.000
	Vila Tamandaré	4.000
Ouro Preto	Vila Manchete	4.000
	Nova Olinda	5.583
Base Rural	Base Rural	5.692
Vila Popular	Jardim Brasil V – eq. I	4.074
	Jardim Brasil V – eq. II	4.467
Totais	08	35.994

Quadro 9 – Distribuição dos bairros de atuação dos NASF Vila Manchete, segundo ESF e população estimada

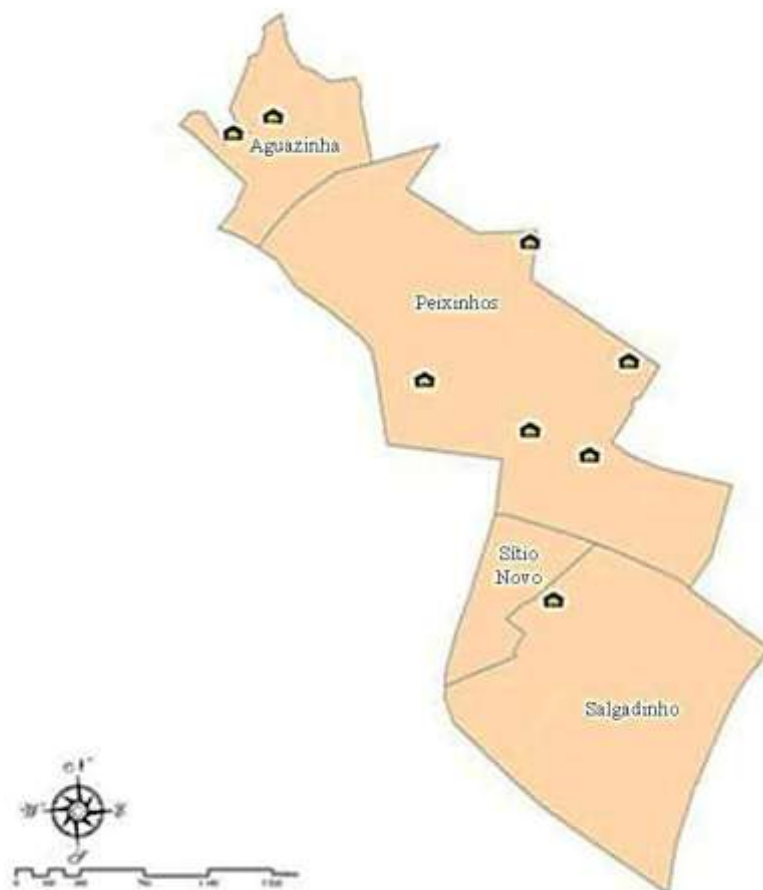


Figura 8 – Distribuição da área de atuação do NASF Peixinhos - CNES 2345307

Bairros de Atuação do NASF Peixinhos	Equipe de Saúde da Família vinculada	População estimada (habitantes)
Salgadinho/Sítio Novo	Salgadinho/Sítio Novo I	4.053
	Salgadinho/Sítio Novo II	4.077
Azeitona	Azeitona I	4.685
	Azeitona II	4.373
Cohab/Peixinhos	COHAB/Peixinhos I	6.141
	COHAB/Peixinhos II	6.249
	COHAB/Peixinhos III	5.693
Vila Popular	Vila Popular	5.063
Totais	08	40.334

Quadro 10 – Distribuição dos bairros de atuação dos NASF Peixinhos, segundo ESF e população estimada

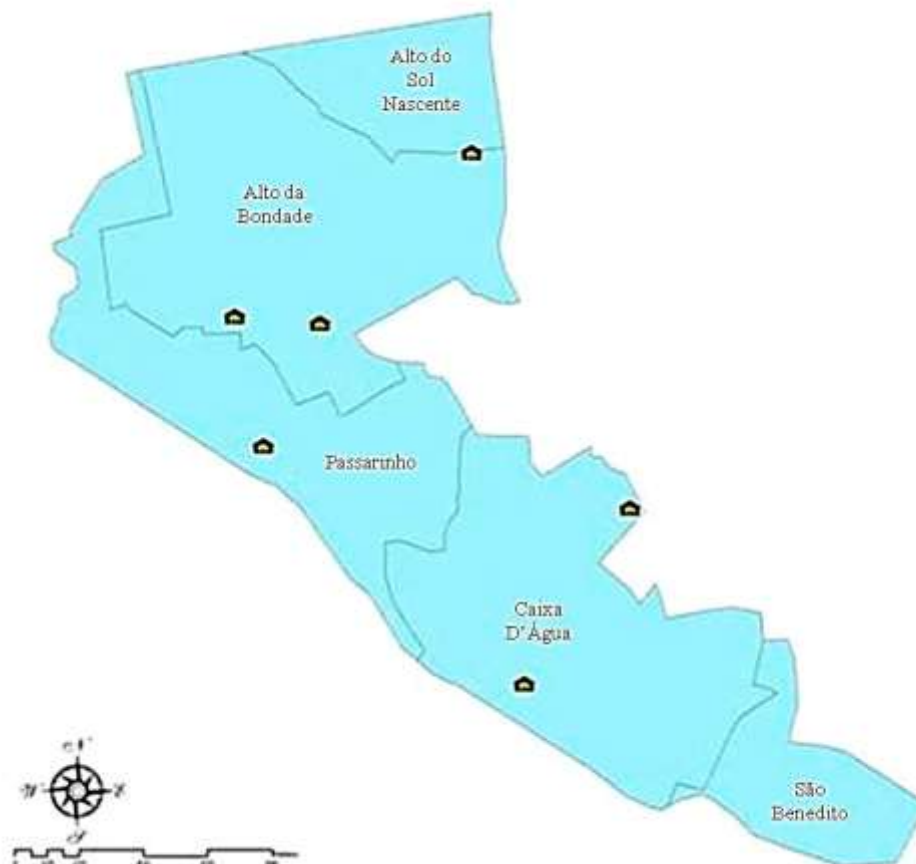


Figura 9 – Distribuição da área de atuação do NASF São Benedito - CNES 2345064

Bairros de Atuação do NASF São Benedito	Equipe de Saúde da Família vinculada	População estimada (habitantes)
Caixa D' Água	Caixa D' Água I	5.225
	Caixa D' Água II	5.083
	Torres Galvão	5.000
Alto do Cajueiro	Alto do cajueiro	4.125
Passarinho	Passarinho	6.938
Alto Sol Nascente	Alto Sol Nascente	4.398
Alto da Bondade	Alto da Bondade I	5.362
	Alto da bondade II	4.381
Totais	08	40.512

Quadro 11 – Distribuição dos bairros de atuação dos NASF São Benedito, segundo ESF e população estimada

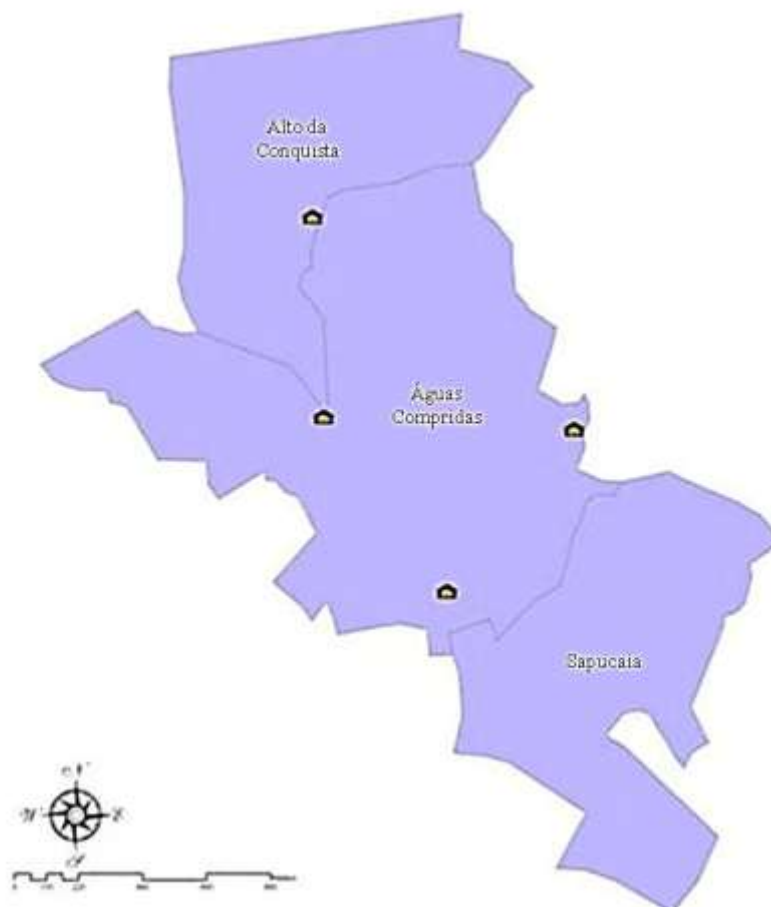


Figura 10 – Distribuição da área de atuação do NASF Águas Compridas - CNES 2345048

Bairros de Atuação do NASF Águas Compridas	Equipe de Saúde da Família vinculada	População estimada (habitantes)
Sapucaia	Sapucaia I	4.907
	Sapucaia II	6.684
	Sapucaia III	5.795
Águas compridas	Águas Compridas I	5.111
	Águas Compridas II	5.055
	Águas Compridas III	3.647
Alto da conquista	Alto da Conquista I	5.693
	Alto da Conquista III	4.573
	Totais	08

Quadro 12 – Distribuição dos bairros de atuação dos NASF Águas Compridas, segundo ESF e população estimada



5.2.2.3 Composição das equipes

Tal como ocorrera na primeira etapa da implantação, na segunda etapa, o recrutamento de recursos humanos para os três NASF criados se deu pela publicação do edital nos quadros de avisos da Secretaria de Saúde do Município. O processo de seleção também foi realizado pela análise de currículo e entrevista, na qual foram observados os mesmos critérios obedecidos na primeira etapa, já que se mostraram adequados ao trabalho em NASF.

Todos os profissionais foram contratados obedecendo aos mesmos critérios dos contratos do Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, de acordo com as Leis Municipais nº. 5323/2002 (OLINDA, 2002), que disciplina a contratação por necessidade temporária de excepcional interesse público, e a Lei nº. 5414/2004 (OLINDA, 2004), que dispõe sobre a remuneração do pessoal contratado temporariamente por excepcional interesse público para execução do PACS e do PSF.

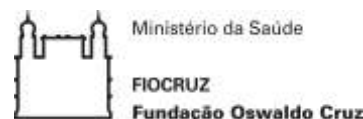
Diferindo do que ocorrera na primeira etapa da implantação, percebeu-se a necessidade de aumentar o pessoal de apoio às equipes do NASF, para que os profissionais pudessem ficar mais livres para o desempenho de suas funções. Por esse motivo, cada NASF passou a contar com um Coordenador, além do apoio de técnico da Vigilância Epidemiológica e Sanitária e de auxiliares administrativos.

No Quadro 13, pode ser observada a composição das equipes dos sete NASF.

Áreas profissionais	Ocupação profissional	Carga horária diária (horas)	Carga horária semanal (horas)
NASF Ilha do Maruim			
Reabilitação	Fisioterapeuta	04	20
Atividade física	Educador físico	08	40
Serviço Social	Assistente social	08	40
Saúde mental	Psicólogo	08	40
Assistência Farmacêutica	Farmacêutico	08	40
NASF Rio Doce			
Reabilitação	Fisioterapeuta	04	20
Alimentação e nutrição	Nutricionista	08	40
Serviço Social	Assistente social	08	40
Saúde mental	Psicólogo	08	40
Assistência Farmacêutica	Farmacêutico	08	40
NASF Ouro Preto			
Reabilitação	Fisioterapeuta	04	20
Serviço Social	Assistente social	08	40
Saúde mental	Psicólogo	08	40
Assistência Farmacêutica	Farmacêutico	08	40
Atividade física	Educador físico	08	40
NASF Vila Manchete			
Reabilitação	Fisioterapeuta	04	20
Serviço Social	Assistente social	08	40
Saúde mental	Psicólogo	08	40
Assistência Farmacêutica	Farmacêutico	08	40
Atividade física	Educador físico	08	40
NASF Peixinhos			
Reabilitação	Fisioterapeuta	04	20
Alimentação e nutrição	Nutricionista	08	40
Serviço Social	Assistente social	08	40
Saúde mental	Psicólogo	08	40
Assistência Farmacêutica	Farmacêutico	08	40
NASF São Benedito			
Reabilitação	Fisioterapeuta	04	20
Atividade física	Educador físico	08	40
Serviço Social	Assistente social	08	40
Saúde mental	Psicólogo	08	40
Assistência Farmacêutica	Farmacêutico	08	40
NASF Águas Compridas			
Reabilitação	Fisioterapeuta	04	20
Serviço Social	Assistente Social	08	40
Alimentação e Nutrição	Nutricionista	08	40
Saúde Mental	Psicólogo	08	40
Assistência Farmacêutica	Farmacêutico	08	40

Quadro 13 – Distribuição das áreas profissionais contempladas nos sete NASF

Fonte: Olinda (2010)



Todos os profissionais contratados participaram de capacitação para o trabalho a qual, diferindo do que ocorrera na primeira etapa, esteve mais bem estruturada e permitiu o debate dos desafios entre os membros antigos e os novatos, para busca de soluções e exposição dos aspectos aprendidos ao longo do desenvolvimento do NASF.

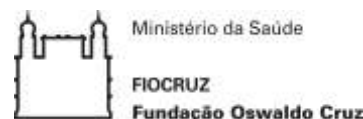
Outra diferença marcante da capacitação dos profissionais na segunda etapa em relação à primeira consistiu na possibilidade de apresentar-lhes as atribuições compartilhadas pelas categorias profissionais, construídas a partir da experiência adquirida no período de julho de 2008 a dezembro de 2009.

No Quadro 14, merece menção o fato de as atribuições estarem voltadas especificamente para o trabalho nos NASF. Considerando a escassez de dados de definição de atribuições comuns às categorias profissionais, essa construção foi relevante, ainda que se considere que ainda hoje este quadro não seja definitivo. Sua construção e os debates a esse respeito prosseguem, porque não se pode considerar que o conhecimento sobre a dinâmica dos NASF está fechado.

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

Quadro 14 - Atribuições compartilhadas pelos profissionais, atendendo ao trabalho nos NASF de Olinda após implantação da segunda etapa

Fonte: Olinda (2010)



5.2.2.4 Definição de metas, atividades e ações estratégicas

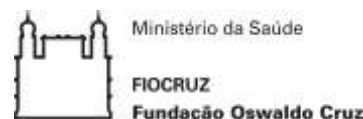
Quanto à definição de metas, atividades e ações estratégicas na segunda etapa de implantação dos NASF, é importante ressaltar a contribuição dada pelo Programa Rostos, Vozes e Lugares, o qual passou a trabalhar em consonância com os NASF. O Programa RVL não apenas auxiliou traçar normas e definir metodologia de trabalho nos NASF, como reforçou a aceitação dos NASF nas comunidades, como se expõe a seguir.

O Programa RVL, por meio da integração entre as Secretarias Municipais e a participação de diversos segmentos sociais, obteve grandes ganhos em relação à saúde da família, à redução de danos, à saúde bucal, potencializando as ações do PSF. Adicionalmente, teve êxito na execução de ações empregando a saúde como tema transversal em escolas, creches, centros comunitários e grupos culturais, fazendo com que os membros da comunidade, membros ou não do Conselho de RVL, se apropriassem de novos conhecimentos e se empoderassem, exigindo e trabalhando em conjunto para a melhoria da qualidade de vida na comunidade.

A reflexão dos resultados alcançados no Programa RVL serviu de motivação para que a Secretaria de Saúde de Olinda decidisse ampliar as ações do Programa para todo o Município. Com essa decisão, a Secretaria de Saúde reconhecia que o Programa RVL era uma experiência rica em conhecimentos, estimulante no processo de construção de políticas públicas e farta em modos de fazer valer os direitos dos comúnes.

Diferente do que se observava no Sistema de Saúde, no RVL, as ações nasciam do desejo de acertar e de aceitar especificidades, anseios e vontades das comunidades. Essas características da metodologia de trabalho do Programa RVL, fazendo valer os direitos que as comunidades têm à saúde, educação, igualdade, proteção, de modo a atingir as metas dos Objetivos do Milênio, pareceram possibilitar o enfrentamento de construção de uma metodologia de trabalho nos NASF.

Para tanto, a Secretaria de Saúde do Município optou por ampliar os Comitês do Programa Rostos, Vozes e Lugares, promovendo inicialmente a catalogação do maior número de elementos constitutivos do processo nas diversas localidades, com o



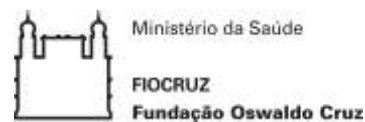
objetivo de planejar os processos de seu envolvimento no Programa. A partir desse diagnóstico inicial, foi formulada uma agenda de trabalho no primeiro semestre de 2010, com a participação dos membros dos NASF. O propósito foi colher subsídios sobre a estrutura para formação de cada Comitê do RVL nas localidades onde os NASF estavam instalados.

A Coordenação do Programa RVL passou a participar das reuniões dos NASF, para escuta dos diferentes atores e segmentos que poderiam ser incluídos no Programa, imprimindo a cada Comitê suas particularidades relacionadas com as ações e serviços dos NASF. Assim, foram formados sete Comitês do RVL em cada localidade em que os NASF estavam implantados, incentivando a comunidade a participar dos processos decisórios, por meio do incentivo à comunidade para o exercício democrático na formulação das políticas do SUS, pelo diálogo que busca o consenso.

Como os Comitês do RVL já contavam com parcerias de lideranças comunitárias, componentes de agremiações, associações de bairro, associações culturais, além de Secretaria de Turismo, Obras, Desenvolvimento Social, Cidadania e Direitos Humanos, Educação, Orçamento Participativo, além da Polícia Militar de Pernambuco, a inovação da pesquisa-ação que caracteriza o RVL esteve na inclusão de membros dos Comitês e da Coordenação do RVL nos NASF.

Dessa forma, numa relação biunívoca, a inclusão dos membros do NASF nos Comitês do RVL trouxe suporte técnico nas questões de saúde, como transversalidade dos problemas sociais, econômicos e culturais de cada comunidade, auxiliando-os a compreender que a promoção à saúde independe do sistema médico. A escuta dos membros da comunidade permitiu aos membros dos NASF ampliar seu conhecimento sobre as lideranças e os anseios comunitários, auxiliando o aprendizado de um novo olhar para a saúde, possibilitando intervenções individuais, coletivas, institucionais, ambientais e subjetivas, no que concerne ao imaginário social.

Pelo fato de os sete Comitês do RVL poderem pactuar as mesmas ações, obedecendo às particularidades de cada localidade, os consensos puderam ser úteis na definição das estratégias de ação dos NASF, possibilitando melhor adequação do planejamento para atender às necessidades. Além desse benefício, o emprego dos



consensos nascidos nos Comitês do RVL tornou o planejamento dos NASF mais participativo, mais flexível e mais coerente com as reais necessidades dos cidadãos.

Considerando o objetivo dos NASF, que é o apoio com maior resolutividade à estratégia do Programa de Saúde na Família, destacando o processo de territorialização, compreendido não apenas como *locus* geográfico, mas como território-processo, onde a sociedade se estrutura e reproduz a vida, a aproximação das equipes dos NASF aos Comitês do Projeto RVL contribuiu para consolidar e aperfeiçoar as metas propostas pelo NASF.

Embora as ações estratégicas, as atividades e as metas estabelecidas a partir da segunda etapa da implantação dos NASF, apresentadas no Quadro 15, sejam semelhantes àquelas estabelecidas na primeira etapa, diferem quanto à construção, posto que na primeira etapa ainda não se contava com a conjunção de forças com o Programa Rosto, Vozes e Lugares.

Ação estratégica	Atividades	Metas
Realizar atividades de promoção da saúde	Realização de levantamento dos grupos prioritários cobertos para intervenção junto às Equipes de Saúde da Família	01 levantamento
	Realização de grupos de educação em saúde específicos para cada profissional e interdisciplinares Realização de divulgação das ações do NASF para a comunidade por rádios comunitárias, cartazes e divulgação junto aos profissionais das ESF	Indefinidas 02 divulgações
Realizar atividades de assistência à saúde	Realização de assistência farmacêutica aos grupos prioritários cobertos pelas ESF	Indefinidas
	Realização de atendimentos domiciliares para pacientes com necessidades especiais	Mínimo de 01 atendimento mensal por pessoa
	Realização de atendimentos em grupo	Mínimo de 01 atendimento semanal por ESF
	Realização de atendimentos individuais em casos de necessidade da área coberta	Indefinidas
Integrar as ações do NASF com as USF e o Distrito Sanitário	Realização de reuniões mensais entre a equipe do NASF e as Equipes de Saúde da Família cobertas, com participação de representante da Gerencia do Distrito Sanitário com o objetivo de resolver questões gerenciais e proporcionar espaço de educação permanente com discussão de casos clínicos	01 reunião mensal
	Emissão de relatórios mensais de atividades ao Distrito Sanitário com a utilização de indicadores de saúde e impacto sobre a situação de saúde da população coberta	01 relatório mensal
	Realização de reuniões quinzenais com os cinco profissionais integrantes do NASF para direcionamento e avaliação das ações, encaminhamentos e programação de ações conjuntas	02 reuniões mensais
Promover a intersetorialidade nas ações de saúde	Desenvolvimento de ações de promoção da saúde em articulação com setores de educação (escolas públicas e caíques), atividade física e lazer (vila olímpica, praças e caíques) e cultura (projeto cine saúde, associações de moradores, grupos culturais presentes nas comunidades)	01 ação mensal por ESF
Integrar as ações do NASF às ações da rede de assistência à saúde	Atendimento ambulatorial dos profissionais do NASF de acordo com as necessidades da área coberta	Indefinidas
	Direcionamento a referência e contra-referência dos profissionais do NASF por meio da central de regulação	Indefinidas

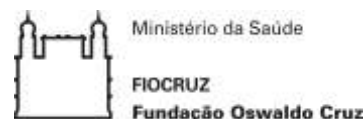
Quadro 15 – Demonstrativo de ações estratégicas, atividades e metas estabelecidas a partir da segunda etapa da implantação dos NASF

5.3 Implantação do processo de trabalho nos NASF

Vencidas as duas etapas de implantação dos sete NASF, a partir de agosto de 2009, esses núcleos passaram a se reunir sistematicamente, com o propósito de discutir e criar seu processo de trabalho, conforme apresentado no Quadro 16.

Período	Atividades desenvolvidas
27 e 28 de outubro/2009	Reunião das equipes do NASF com uma técnica da área de planejamento para construção da proposta de trabalho, sistematização das ideias e definição dos indicadores para avaliação das atividades
09 de janeiro de 2010	Palestra coordenada pela equipe de Planejamento da Secretaria de Saúde de Olinda e ministrada por Adriano Lucas Abucater de Santana, para relato da experiência da implantação do NASF no município de Cabedelo/Paraíba
14 de janeiro de 2010	Realização de dois encontros, nos quais foram constituídos grupos de trabalho por categoria funcional para apresentação dos resultados e discussão no grande grupo, foi concluído o Planejamento do NASF Olinda para 2010 e definidas as diretrizes para a construção do “Modelo Lógico”
Março de 2010	Integrando a rotina de trabalho, por ocasião da Oficina de Planejamento da Secretaria de Saúde, o Planejamento foi apresentado e aprovado, passando a compor o Plano Anual de Saúde para 2010
Março de 2010	Apresentação de projetos específicos desenvolvidos pelos NASF para solucionar problemas estratégicos dos territórios, nas áreas de saúde da mulher, hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase
Maio de 2010	“Oficina de qualificação do NASF para intensificação das ações de redução da mortalidade infantil”, promovida pelo Ministério da Saúde, com duração de três dias, a qual contou com a presença de profissionais de NASF de vários municípios pernambucanos
Maio de 2010	Como resultado da participação da Oficina de qualificação, os integrantes dos NASF de Olinda elaboraram projeto de intervenção para a redução da mortalidade infantil, utilizando-se o “Marco Lógico”, com base nos dados epidemiológicos de suas áreas de cobertura, tal como o fizeram os demais participantes
25 de agosto/2010	Participação dos integrantes dos NASF na Oficina de Monitoramento do Planejamento Anual da Secretaria de Saúde de Olinda, realizada no Hotel 7 Colinas
Novembro de 2010	Elaboração do Planejamento Estratégico para 2011, dividido em dois blocos, sendo um da vigilância em saúde e o outro da assistência, com base na articulação com os eixos e prioridades da gestão e com outros projetos nos quais a saúde era tema transversal

Quadro 16 – Cronologia das atividades desenvolvidas na construção do processo de trabalho nos NASF de Olinda



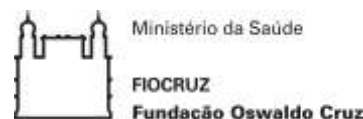
Os modelos de atividades foram definidos com base na articulação dos eixos de gestão com as prioridades, como também com outros projetos, dentre os quais estiveram:

- ✓ Ampliação do acesso à rede de saúde para a população;
- ✓ Aprimoramento do atendimento com vistas à qualidade total;
- ✓ Implantação da gestão democrática obedecendo à metodologia adotada no Programa Rostos, Vozes e Lugares;
- ✓ Melhoria da promoção à saúde com a criação do Núcleo de Educação Popular em Saúde (NEPS);
- ✓ Incorporação tecnológica, representada pela ampliação do processo de informatização das ações de saúde e de sua avaliação;
- ✓ Enfoque das ações com vistas a alcançar os Objetivos do Milênio, integrando as ações do Programa RVL, para possibilitar:
 - Redução da mortalidade infantil;
 - Melhoria da saúde materna e
 - Combate às endemias de HIV/Aids, tuberculose, hanseníase, filariose e dengue.

Note-se que esses três últimos enfoques integram os oito Objetivos do Milênio e foram priorizados respeitando a possibilidade de cumprimento de metas.

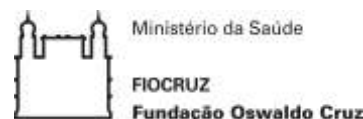
A experiência acumulada desde o início dos NASF, em Olinda, bem como a experiência de ação conjunta com o Programa Rostos, Vozes e Lugares fizeram com que outros projetos pudessem ser construídos, pautados na ênfase do trabalho comunitário e da promoção da saúde, priorizando comunidades mais vulneráveis, para que os NASF fossem também catalisadores de mudanças. Dentre esses projetos merecem menção:

- As Escolas promotoras de saúde – projeto implantado em 10 de julho de 2009, para promoção do autocuidado e do conhecimento do corpo, como também para criar e fortalecer a cultura de paz e a redução de danos, que se concretiza pela prevenção da violência, do uso de álcool, do tabaco e de



outras drogas; pela educação sexual e reprodutiva, prevenindo DST/Aids e a gravidez precoce; promoção da segurança alimentar por meio da avaliação nutricional associada a orientações para alimentação saudável, assim como ações de saúde bucal, dentre outros temas concernentes ao autocuidado. O propósito último dessas escolas promotoras de saúde era despertar, provocar e contribuir para o debate de questões que envolvessem direta ou indiretamente o autocuidado, para empoderamento dos cidadãos, fazendo-os canais de comunicação e multiplicação de condutas saudáveis e conscientes;

- O Projeto Municípios Saudáveis, com o qual se busca empoderar e envolver todos os atores sociais para transformarem a cidade em um espaço de produção social de saúde, admitindo que a saúde deve ser entendida como qualidade de vida e considerada como objeto de todas as políticas públicas, incluindo as políticas de saúde. Sem dúvida, embora seja um projeto consoante com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde, é um desafio, porque envolve mudanças na forma de perceber o ambiente, de entendê-lo e de agir para promover benefícios a toda a sociedade (OPAS, 2006).
- Projeto Observatório de violência – o qual consiste em dar ao conhecimento das pessoas as formas de violência, propiciando-lhes condições mais favoráveis para quebrar o ciclo do medo e alcançar a notificação de violência em 100% das USF.
- Projeto de prevenção de gravidez na adolescência – o qual tem como principal desafio vencer o obstáculo construído pela mídia, o qual favorece o envolvimento afetivo precoce, do qual deriva a gravidez na adolescência. Este projeto traz consigo também o empoderamento da sociedade na medida em que suscita discussões que permitem perceber essa gravidez não apenas como fruto da ignorância dos adolescentes, mas, sobretudo como produto de todo um contexto social, permeado também pela violência.
- Projeto Sala de Situação – o qual busca o diagnóstico da situação epidemiológica de cada área, de forma a nortear ações gerenciais preventivas



e corretivas, bem como dar ao conhecimento das comunidades os problemas que as colocam em risco, para que cooperem com as ações gerenciais.

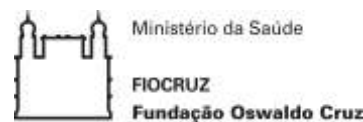
Dois aspectos devem ser ressaltados com relação aos projetos enunciados. Em primeiro lugar está o fato de terem se originado da convivência e da escuta dos profissionais dos NASF, em Olinda, aos reclames e aos problemas trazidos pelos munícipes, o que valida ainda mais sua construção, principalmente quando se consideram os objetivos dos NASF.

Em segundo lugar, mas não menos importante, está lembrar que essa construção foi fortalecida pela junção dos NASF com os Comitês do Programa RVL, da Organização Pan-Americana de Saúde, com quem foi possível exercitar a metodologia dos quatro passos: a) diagnóstico inicial como linha de base para identificação de determinantes sociais, econômicos e ambientais; b) definição de intervenções-chave, originada das discussões nos Comitês que contemplam os Objetivos do Milênio; c) criação de instrumentos de monitoramento para avaliar o progresso das intervenções e, finalmente, d) atualizações periódicas do processo para avaliação do progresso da iniciativa.

5.4 Implantação do processo de avaliação e monitoramento

A implantação do processo de avaliação e monitoramento foi construída nas reuniões ocorridas entre 27 de outubro de 2009 e novembro de 2010, conforme apresentado no Quadro 16.

Na reunião ocorrida em 27 e 28 de outubro de 2009, os Gerentes e os profissionais dos NASF definiram as metas que deveriam ser atingidas, tomando por base a oferta de serviços que lhes parecia adequada às necessidades dos habitantes, porque ainda não se tinha a ideia clara de matriciamento. De comum acordo, construíram o primeiro instrumento indicativo das atividades desenvolvidas nos NASF.

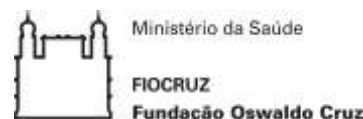


O Relatório Mensal de Produção do NASF foi o primeiro instrumento de monitoramento e avaliação criado pelos profissionais do NASF e buscou a quantificação dos atendimentos individuais, domiciliares e educativos, bem como o controle de medicação e a capacitação de equipes do PSF pelos membros dos NASF, contemplando também a análise qualitativa, destinada à discriminação das ações realizadas, bem como dos principais problemas identificados no período, para os quais o profissional não houvera encontrado solução viável, necessitando do apoio direto da Secretaria de Saúde ou de atuação intersetorial ou intergerencial (Anexo A).

Nestes relatórios mensais de produção, em sua análise qualitativa, observou-se irregularidade quanto à periodicidade a qual variou de bimensal a semestral. Por considerar que a implantação dos NASF era uma construção completamente nova para todos os integrantes, a periodicidade não foi priorizada, mas a descrição das atividades desenvolvidas e o detalhamento de problemas identificados pelos profissionais no exercício de suas atividades nos NASF, o foram.

Dentre esses problemas ou pontos negativos que foram considerados pontos fracos ou mesmo desafios para a implantação dos NASF, estiveram:

- Inadequação dos espaços físicos nas USF, dificultando a realização de palestras e de atividades em grupo;
- Resistência dos membros das ESF para com as orientações dos membros dos NASF, sob a alegação de se sentirem “vigiados”;
- Constatação da não realização de atividades em grupo pelos componentes das ESF, gerando indisposição e clima de desconforto com os profissionais dos NASF;
- Dificuldade de encaminhamento de pacientes para referência de especialidades, sob a alegação de falta de disponibilidade na pauta de consultas;
- Deficiência do matriciamento na área de saúde mental, por insuficiência de psiquiatras na rede de referência;
- Carência de material educativo para a realização das atividades coletivas junto às comunidades;



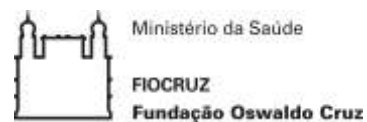
- Falta de transparência das atividades das ESF, representada pela inobservância da exposição do cronograma de atividades, dificultando o trabalho interdisciplinar dos NASF;
- Identificação de demanda reprimida para referência a algumas especialidades;
- Extensão excessiva da área de cobertura dos NASF com prejuízo para o cumprimento das visitas às ESF;
- Deficiência da disponibilidade de transporte para o desenvolvimento das atividades dos NASF, que exigiam deslocamento.

Os Relatórios Mensais de Produção dos NASF, uma vez consolidados, foram comparados às metas anteriormente definidas (Anexo B), sendo a análise desses dados empregada nas reuniões de janeiro de 2010, para auxiliar na construção do Instrumento de Planejamento das Ações dos NASF (Modelo Lógico, Anexo C) e do Plano Anual de Saúde (PAS) do NASF para 2010 (Anexo D). O Instrumento de Planejamento dos NASF, constante do Anexo C, esteve composto por:

- Modelo Lógico, contemplando seis problemas identificados na comunidade, dentre os quais altas prevalências de obesidade, de hipertensão arterial sistêmica e de diabetes mellitus, além da baixa adesão ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, dificuldades de acompanhamento de pacientes acamados e com sequelas físicas e alta incidência de transtornos mentais e consumo de drogas lícitas e ilícitas;
- Plano de Metas com definição de indicadores e dos responsáveis pelas informações;
- Plano de monitoramento mensal.

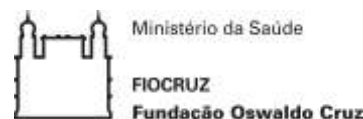
O Planejamento Anual de Saúde do NASF 2010 (Anexo D) foi composto por dois objetivos:

- Gerenciar o território de abrangência no setor saúde e em suas interfaces;
- Possibilitar apoio multiprofissional às ESF.



Estes dois objetivos foram cumpridos satisfatoriamente ao longo do ano e se fazem registrados, integrando o Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2010.

Todos os aspectos aqui abordados, em última análise, relacionam-se direta ou indiretamente, à agenda de compromissos e à construção de um novo processo de trabalho pactuado, o qual merece discussão.



6 DISCUSSÃO

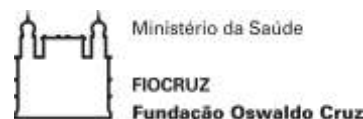
Para discutir a construção, desconstrução e reconstrução que os Núcleos de Atenção à Saúde da Família representaram, é primordial não perder de vista a razão de sua criação, os aspectos essenciais à inserção dos profissionais do NASF no matriciamento e o próprio conceito de NASF.

Os NASF foram criados para apoiar as equipes de saúde da família na rede de serviços, ampliando a abrangência e o escopo da atenção primária, além de qualificar o trabalho das equipes (BRASIL, 2008).

Desde a criação do Sistema Único de Saúde e, posteriormente do Programa de Saúde da Família, toda hierarquização da atenção à saúde centrava-se no médico dentro do hospital. Com a criação das ESF, a essas equipes atribuiu-se o valor social de grande monta, em virtude da quebra do paradigma hospitalocêntrico e medicocêntrico, o que foi interpretado pelos membros das equipes como valor pessoal. Assim sendo, parece pertinente o surgimento de uma resistência por parte desses profissionais em relação à aparente maior valia dos membros dos NASF, posto que lhes cabiam apoiar e qualificar aqueles que, até recentemente, gozavam de certa hegemonia na relação com a população.

Considerando o que preconiza o Ministério da Saúde, a inserção dos profissionais dos NASF na rede de saúde tem como pré-requisitos o reconhecimento do perfil epidemiológico da população e da prevalência de problemas relacionados a cada área de atuação, bem como a capacidade de mobilização dos profissionais de saúde que compõem as ESF. A observação desse aspecto permitiu ponderar a possibilidade de ter havido certa inabilidade dos membros dos NASF em relação a essa mobilização.

Essa hipótese originou-se da análise dos Relatórios Mensais dos Profissionais dos NASF, nos quais se identificou priorização do número de atendimentos individuais, em detrimento dos atendimentos domiciliares, educativos e das capacitações para membros das ESF. Essa constatação levou os gestores a considerar que não se tinha domínio do matriciamento, o que apontou para a necessidade de manter as reuniões para



discussão das atividades desenvolvidas e construção do planejamento estratégico do NASF no final de 2010 para ser aplicado em 2011.

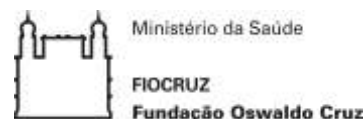
Com maior ou menor intensidade, os profissionais que compõem as ESF e os NASF foram criados em um regime acadêmico medicocêntrico e hospitalocêntrico. Significa dizer que ambos estão diante do desafio de mudança de paradigma, de trabalho interdisciplinar, da construção do valor da equipe na qual a valia é equânime e não se mede pelo cargo, pela função, pela formação acadêmica ou pelo nível ocupado pelo profissional na rede matricial.

Por fim, resgatemos o conceito de NASF, para compreender os demais aspectos identificados durante a implantação desses núcleos no município de Olinda. O Ministério da Saúde afirma que *“o NASF constitui-se em uma equipe formada por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que irá atuar em parceria com as ESF, compartilhando práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio dessas equipes”* (BRASIL, 2008, p. 11). Leiamos este conceito cuidadosamente e busquemos na implantação dos NASF uma segunda leitura, agora real.

Profissionais de diferentes áreas de conhecimento não foram treinados para atuar em parceria – o que se evidencia da leitura real dos pontos fracos identificados pelos profissionais dos NASF e registrados nos relatórios. Queixaram-se da resistência dos membros das ESF frente a sua atuação, *“por se sentirem vigiados”*. Esta vigilância deve existir dos NASF para com as ESF, bem como das ESF para com os usuários do sistema de saúde, admitindo-se o significado de vigilância como zelo, empenho, compromisso. O sentimento de *“estar vigiado”* pode ter um cunho pessoal, o qual foge dos objetivos do presente trabalho, mas pode também se revestir de outro significado.

Pode denotar cansaço ou mesmo esgotamento da esperança de modificar a condição de saúde, especialmente da população mais vulnerável, porque esta modificação além de ser lenta, requer empoderamento, ou seja, uma tomada de consciência da desigualdade social. Isto leva tempo e este tempo é incompatível com a experiência e a vivência hospitalocêntrica imediatista.

Sigamos revendo o conceito para contemplar o compartilhamento de práticas de saúde com atuação direta no apoio, o que implicitamente corresponde a afirmar e



reconhecer que a complexidade do processo saúde é de tal ordem que nenhum profissional isoladamente poderá dar conta de todos esses aspectos, necessitando compartilhar conhecimento, prática, vivência, conceitos e construir novos olhares.

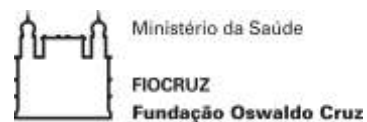
Nesse sentido, a parceria estabelecida entre os membros do NASF e o Programa Rostos, Vozes e Lugares foi extremamente benéfica, porque se deu entre profissionais de saúde e cidadãos da comunidade, uma relação pouco conflituosa quando comparada àquela entre profissionais de saúde dos NASF e das ESF.

A falta de compartilhamento das práticas de saúde esteve patente no registro dos profissionais dos NASF ao relatarem a inobservância da exposição do cronograma de atividades das ESF “*dificultando o trabalho interdisciplinar do NASF*”. A interdisciplinaridade existe quando profissionais de diversas áreas do saber compreendem que o seu fazer depende do seu saber e do saber do outro, mas não tanto do fazer do outro. É a esta relação que parece pertinente denominar apoio e foi esta relação que se constituiu em um dos maiores desafios da implantação dos NASF.

Consideremos então o teor dos Relatórios dos Profissionais dos NASF para nos depararmos com outro desafio, complementar, mas de igual importância. Os NASF não se caracterizam como ambulatórios especializados, equipes de referência para encaminhamento ou mesmo centros de especialistas. Objetivam a qualificação da atenção básica e a promoção da autonomia, o que requer criatividade, em primeiro lugar.

Se estamos diante de deficiência de transporte ou de falta de material educativo ou da necessidade de cobertura de áreas extensas, é preciso criar estratégias que permitam contornar o problema, minimizá-lo, sem perder de vista o objetivo do NASF.

As perguntas que são despertadas por essas constatações e foram vivenciadas na implantação dos NASF são: como desconstruir o hospitalocentrismo e ajudar o profissional a se perceber como ser social dotado de saber específico voltado para o bem-estar da sociedade? Como reconstruir dialogicamente a responsabilização compartilhada sem se perceber como porta de entrada do sistema de saúde? Como fortalecer nesses profissionais o sentimento de pactuação de apoio ampliando a equidade e o acesso, bem como uma nova visão de mundo?



Os profissionais dos NASF de Olinda, durante os dois anos de trabalho, se mostraram responsáveis, comprometidos, mas ainda vinculados fortemente ao processo histórico e social vivenciado durante a formação acadêmica. Observou-se nos relatórios quantitativos que os atendimentos individuais foram priorizados em detrimento dos atendimentos educativos, das capacitações das ESF e mesmo dos atendimentos domiciliares. O que aprendemos frente a esses números é que o processo de reconstrução é lento, envolve sofrimento, mas tem como recompensa a construção de cidadãos.

Não se deve interpretar a priorização do atendimento individual como erro, mas como resquício histórico, cabendo aos órgãos gestores dedicar atenção especial à formação de profissionais para o NASF. Tome-se como exemplo o modelo lógico concebido pelos profissionais de Olinda. Um olhar mais crítico pode julgar este modelo como inadequado, mas ele compôs o aprendizado da implantação do NASF, experiência que se constitui na construção de um novo modelo de trabalho, na qual devem estar equilibradas intervenções específicas, atendimento compartilhado e ações comuns.

Analisando criticamente a evolução dos profissionais na construção do matriciamento, identificou-se que o Instrumento de Planejamento das Ações dos NASF (Anexo C) constituiu-se em diagnóstico situacional, no primeiro exercício teórico para busca do matriciamento. As metas definidas não foram alcançadas entre 2009 e 2010, mas esse exercício motivou os profissionais para a busca do matriciamento, fato que verificou a partir da análise do Planejamento Anual de Saúde dos NASF (Anexo D).

Observe-se que o Planejamento Anual de Saúde dos NASF (Anexo D) está composto por dois objetivos. O primeiro, voltado para o gerenciamento do território de abrangência, sob a responsabilidade do Distrito Sanitário e dos NASF, derivou de uma imprecisão de atribuições. Os Gerentes de NASF, em ambas as etapas de implantação, tinham experiência na gerência de território das ESF a que pertenciam quando da primeira etapa de implantação. Considerando sua vivência e o conhecimento da área, foram convidados a assumir o cargo de Coordenadores de NASF. Pelo fato de não dominarem o matriciamento, permaneceram exercendo funções administrativas e as associando ao Distrito Sanitário.

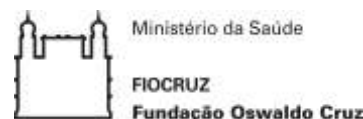


7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da vivência do processo, observou-se ainda grande resistência por parte dos profissionais em relação à aparente maior valia dos membros dos NASF, priorização do número de atendimentos individuais, em detrimento do atendimento domiciliar, educativo e das capacitações para membros dos ESF, segundo os relatórios mensais quantitativos apresentados.

Ficou também evidente a falta de domínio do matriciamento e, conseqüentemente, a falta de preparo para atuar em parceria, o que apontou para a necessidade de manter as reuniões para discussão das atividades desenvolvidas e construção do planejamento anual de saúde próprio do NASF.

Registrar a experiência de implantação dos NASF em Olinda foi uma atividade extremamente gratificante, posto que, nesta contribuição, também nosso olhar foi se modificando. Tal modificação contribui diretamente para a necessidade da divulgação da experiência que poderá atuar como agente facilitador para outros municípios e, em Olinda, como agente de aprendizagem de uma nova maneira de gerenciar saúde.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, E. L. Um ensaio sobre as principais barreiras para a disseminação de ações do governo móvel no Brasil. In: **Conferência Web W3C**, 1., 2010, São Paulo [Anais].

ALMEIDA, R. F. et al. The territorialization processed realized by the medicine students of the State University of Southwest of Bahia between August, 2004 and January, 2005. **Rev. Saude.Com.**, Vitória da Conquista, v. 3, n. 1, p. 64-74, 2007.

BARCELLOS, C.; ROJAS, L. I. **O território e a Vigilância da Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV: Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – Proformar – Unidade de Aprendizagem I, Módulo III, 2004.

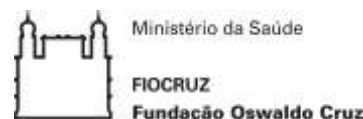
BRASIL. **Lei nº. 8080/90**. Brasília: Diário Oficial da União, n. 182, p. 18055-18059, 20 set. 1990a, seção I.

BRASIL. **Lei nº. 8142/90**. Brasília: Diário Oficial da União, p. 25694, 31 dez. 1990b, seção I.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família**. A implantação da unidade de saúde da família, Caderno I. Brasília: Ministério da Saúde. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 154 de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/nasf.php>>. Acesso em: 30 jan. 2009b.



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, 2009a. 160p.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Matrix support and reference team: a methodology for interdisciplinary health work management. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 113-126.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saude Soc São Paulo**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.

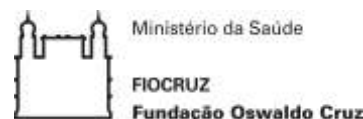
FLEURY-TEIXEIRA, P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. **Saude em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 380-387, 2009.

FLORINDO, A. A. Núcleos de Apoio a Saúde da Família e a promoção das atividades físicas no Brasil: de onde viemos, onde estamos e para onde vamos. **Rev Bras Ativ Fis Saude**, Pelotas, v. 14, n. 1, p. 72-73, 2009.

GONDIM, G. M. M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: BARCELLOS, C. et al. (Org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. (no prelo).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População residente por faixa etária segundo o Município de Olinda – PE**. 2010. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/popdescr.htm>>. Acesso em: 30 jan. 2009.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago. 1976.



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. 47º Conselho Diretor. 58ª Sessão do Comitê Regional. **Tema 2.5 da agenda provisória**. CD47/1, Rev. 3. Washington, D.C., EUA, 25-29 de setembro de 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Prefeitura Municipal de Guarulhos. Secretaria da Saúde. **Rostos, Vozes e Lugares**, Maio/2008. Disponível em: <www.guarulhos.sp.gov.br/images/.../rostos,_vozes_e_lugares.ppt>. Acesso em: 30 jan. 2009.

PEREIRA, A. C. et al. **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Cárie dentária: uma doença multifatorial. São Paulo: Artmed. 2003. 440p.

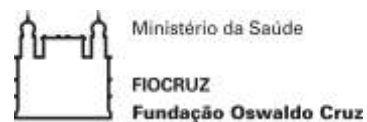
OLINDA. Câmara Municipal de Olinda. **Lei nº. 5323/2002**. Disciplina a contratação por necessidade temporária de excepcional interesse público de que trata o Art. 74, inciso VII da Lei Orgânica do Município. D.O. da Cidade de Olinda, 14 de maio de 2002.

OLINDA. Câmara Municipal de Olinda. **Lei nº. 5414/2004**. Dispõe sobre a remuneração pessoal contratado temporariamente por excepcional interesse público para execução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e do Programa de Saúde da Família – PSF e dá outras providências. D.O. da Cidade de Olinda, novembro de 2004, nº 38.

OLINDA. Organização Pan-Americana da Saúde. Rostos, vozes e lugares. A experiência de Olinda. **RVL**, Ano I, n. 1, 2008. 60p.

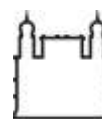
OLINDA. Secretaria de Saúde. Distribuição do Território de Olinda segundo Regiões Político-Administrativas e Distritos Sanitários. 2010.

RIBEIRO, P. T. The right to healthcare: integrity, diversity, and territoriality. **Ciencia Saude Col**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1525-1532, 2007.



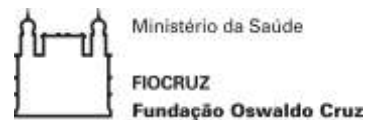
SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **Arq Catarinenses Med**, Santa Catarina, v. 33, n. 3, p. 31-40, 2004.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C; CORBO, A. A. (Org.) **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz. 2007. p. 27-41.



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ANEXOS



ANEXO A - Relatório mensal de produção do NASF

Análise Quantitativa						
Procedimentos	Meses					
Atendimento Individual						
Atendimento Domiciliar						
Controle Medicação (Farmácia)						
Atendimento Educativo						
Capacitação Equipe PSF						

Análise Qualitativa
A) Ações realizadas
B) Principais problemas

ANEXO C - Instrumento de planejamento das ações dos NASF

I - Modelo Lógico - NASF

Problema: Alta prevalência da obesidade

Insumos	Atividades	Produtos	Resultados	Impactos
Recursos Humanos Nutricionista Farmacêutico Profissional de educação física Fisioterapeuta Assistente Social Psicólogo Médico Enfermeiro Técnico de Enfermagem ACS	Capacitação das ESF	Nº de profissionais capacitados	Melhorar a qualificação dos profissionais	Redução da morbimortalidade das doenças cardiovasculares e do diabetes
	Atendimento individual segundo o protocolo do MS	Nº de consultas		
	Atendimento coletivo	Nº de palestras	Melhorar o acesso	
	Visita domiciliar	Nº de visitas		
	Avaliação nutricional, e psicossocial de grupos	Nº de pessoas avaliadas Nº de pacientes HAS e DM que recebem medicamentos Nº de exames realizados	Aumentar a adesão dos pacientes a hábitos saudáveis	
Acompanhamento nutricional e psicossocial de grupos Dispensação de medicamentos	Reduzir o sedentarismo			
	Aumentar a adesão ao tratamento			
Equipamentos Esfigmomanômetro Glicosímetro Antropômetro Balança Colchonetes Bastões Garrafas Pet	Realização de exames laboratoriais para diagnóstico e acompanhamento		Aumentar a qualidade de vida	
			Melhorar os cuidados paliativos de morbidades físicas	
Material educativo Recursos audiovisuais			Aumentar a resolutividade dos serviços	
			Melhorar a qualificação dos encaminhamentos à rede assistencial pública	

I - Modelo Lógico - NASF

Problema: Alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica

Insumos	Atividades	Produtos	Resultados	Impactos
Recursos Humanos Nutricionista Farmacêutico Profissional de Educação Física Fisioterapeuta Assistente Social Psicólogo Médico Enfermeiro Técnico de Enfermagem ACS Equipamentos Esfigmomanômetro Glicosímetro Antropômetro Balança Colchonetes Bastões Garrafas Pet	Capacitação da ESF	Nº de profissionais capacitados	Redução da demanda para atenção secundária Redução das morbidades: AVC, doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica Adesão a hábitos saudáveis: atividade física, alimentação Redução do consumo de bebidas alcoólicas Abandono do tabagismo Qualidade dos encaminhamentos a rede assistencial pública Melhoria da qualidade de vida Melhoraria da rede de assistência farmacêutica	Redução da morbimortalidade das doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica
	Atendimento individual	Nº de consultas		
	Atendimento coletivo	Nº de palestras		
	Visita domiciliar	Nº de visitas		
	Atendimento coletivo especial (crianças, idosos e gestantes)	Nº de grupos especiais (crianças, idosos e gestantes) acompanhados		
	Monitorar estado nutricional	Nº de pessoas com estado nutricional monitorados		
Material educativo Recursos audiovisuais	Orientação, avaliação e monitoramento de prescrição, uso, armazenamento e dispensação de medicamentos	Nº de farmácias de unidades de saúde acompanhadas		

I - Modelo Lógico - NASF

Problema: Alta Prevalência de Diabetes

Insumos	Atividades	Produtos	RESULTADOS	IMPACTOS
Recursos humanos Nutricionista Psicólogo Fisioterapeuta assistente social Farmacêutico Profissional de Educação Física Médicos Enfermeiros Odontólogo Técnico de enfermagem ACS Recursos audiovisuais	Capacitação da ESF	Nº capacitações de ACS	Redução das morbidades: Doenças Cardiovasculares (AVCI) Retinopatias Nefropatias Dislipidemias Neuropatias Pé diabético Saúde Bucal (D. periodontal) Melhoria da qualidade de vida Adesão a hábitos saudáveis Adesão ao tratamento farmacoterapêutico eficaz	Redução da morbimortalidade por diabetes
	Atendimento individual	Nº de atendimento individual		
	Atendimento coletivo	Nº atendimento coletivo		
	Visita domiciliar	Nº de visita domiciliar		
	Avaliação nutricional	Nº de pessoas avaliadas		
Equipamentos Esfigmomanômetro Glicosímetro Antropômetro Balança Colchonetes Bastões Garrafas Pet	Monitoramento do perfil lipídico e níveis de glicemia e P.A	Nº de pessoas monitoradas		
	Monitorar o armazenamento, dispensação e uso de medicamentos	Nº de unidades de saúde monitoradas		

I - Modelo Lógico - NASF

Problema: Baixa adesão ao aleitamento exclusivo até os seis meses

Insumos	Atividades	Produtos	Resultados	Impactos
Recursos humanos Nutricionista Assistente Social Psicólogo Fisioterapeuta Médicos Enfermeiros Farmacêutico Técnico de Enfermagem ACS	Capacitação de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS	Nº de capacitações	Redução de casos de diarreias e infecções em infantes	Atendimento do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês
	Atendimento individual	Nº de consultas		
	Atendimento coletivo	Nº de palestras		
	Visita domiciliar	Nº de visita domiciliar	Ganho de peso adequado	
	Criar grupos de gestantes e puérperas ou inserir-se nos existentes	Nº de grupos de gestantes e puérperas acompanhados	Diminuição de mortalidade e comorbidade no período perinatal	
Recursos audiovisuais Material Educativo	Monitorar o aleitamento na puericultura	Nº de crianças em aleitamento materno exclusivo	Fortalecimento do vínculo mãe-bebê	

I - Modelo Lógico - NASF

Problema: Dificuldades de acompanhamento de acamados e sequelas físicas

Insumos	Atividades	Produtos	Resultados	Impactos
Recursos humanos Fisioterapeuta Psicólogo Farmacêutico Assistente social Nutricionista Médicos Enfermeiros Odontólogo Técnico de enfermagem ACS Material educativo Recursos audiovisuais	Capacitação de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS	Nº de profissionais capacitados	Diminuição da demanda reprimida na atenção especializada	Aumento da mobilidade funcional
	Atendimento individual	Nº de pessoas acompanhadas	Diminuição do Nº de internamentos	
	Atendimento coletivo para usuários com sequelas físicas	Nº de grupos	Redução da demanda de pessoas afastadas da atividade laborativa	
		Nº de pessoas acompanhadas	Reduzir as Incapacidades funcionais e psíquicas do grupo	
	Visita domiciliar	Nº de visitas	Reduzir as úlceras de pressão/morbidades	
	Promover oficinas de cuidadores de idosos	Nº de cuidadores capacitados	Diminuir a probabilidade de quedas em idosos	

I - Modelo Lógico

Problema: Alta incidência de transtorno mental e consumo de drogas lícitas e ilícitas

Insumos	Atividades	Produtos	Resultados	Impactos
Recursos humanos Psicólogo Farmacêutico Assistente social Profissional de Educação Física Fisioterapeuta Nutricionista Médico Enfermeiro Odontólogo Técnico de Enfermagem ACS Recursos Audiovisuais Material Educativo	Atendimento individual	Nº de consultas	Redução de uso de Medicamentos	Redução da incapacidade emocional
	Atendimento coletivo	Nº de palestras		
	Visita domiciliar	Nº de visitas	Mudanças de Hábitos Prejudiciais à Saúde	
	Capacitação da ESF	Nº de capacitações		
	Promover oficinas de saúde mental para familiares, cuidadores e escolares	Nº de oficinas	Redução da Incapacidade Emocional	
	Promover oficinas sobre o efeito das drogas lícitas e ilícitas	Nº de pessoas acompanhadas	Aceitação na mudança de vida (pessoal, familiar e profissional)	

II - Plano de Metas para o desenvolvimento do NASF - Ano 2010

METAS	INDICADORES	RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO
Até dezembro de 2010, fazer a capacitação de ACS e ESF sobre abordagem do NASF e ESF em obesidade, hipertensão, diabetes, sequelas físicas, transtornos mentais e consumos de drogas	Nº de ACS e ESF capacitados sobre abordagem do NASF e ESF em obesidade, hipertensão, diabetes, sequelas físicas, transtornos mentais e consumos de drogas	Coordenação do NASF
Até o final de 2010, fazer a capacitação das ESF (Aux. Enf., ACD, enfermeiro, médico, odontólogo e ACS) sobre adesão ao aleitamento materno exclusivo como abordagem multidisciplinar	Nº de profissionais e ESF capacitados em abordagem ao aleitamento materno exclusivo	Coordenação do NASF
Até dezembro de 2010, promover a formação de grupos com mais de 10 pessoas obesas por área de NASF	Nº de grupos com mais de 10 pessoas obesas acompanhadas	Coordenação do NASF
Até o final de 2010, favorecer 01 ou mais grupo de mães por área de NASF	Nº de grupos de gestantes formados por USF	Coordenação do NASF
Até dezembro de 2010, promover 01 ou mais grupos de mães/puérperas por território de NASF	Nº de grupos de mães/puérperas por área de NASF	Coordenação do NASF
Até dezembro de 2010, promover oficinas para mães e cuidadores de idosos por território de NASF	Nº de oficinas para mães e cuidadores de idosos e participantes	Coordenação do NASF
Até final de 2010, realizar oficinas de saúde mental para estudantes de 100% das escolas acompanhadas pelo programa saúde na escola	Nº de oficinas e de escolas acompanhadas no Programa de Saúde na Escola	Coordenação do NASF
Até o final de 2010 fazer 01 ou mais oficina anual com os familiares de usuários de drogas lícitas e ilícitas de cada área do NASF	Nº de oficinas para familiares de usuários de drogas lícitas e ilícitas de cada área do NASF	Coordenação do NASF
Até o final de 2010, favorecer formação de grupos terapêuticos de usuários de drogas em cada território do NASF	Nº de grupos terapêuticos por área de NASF	Coordenação do NASF
Até o final de 2010, promover oficinas de saúde mental para familiares, cuidadores de usuários do CAPS	Nº de oficinas de saúde mental e participantes	Coordenação do NASF

ANEXO D - Planejamento Anual de Saúde do NASF -2010

Objetivos	Metas programadas	Ações que serão desenvolvidas para o cumprimento das metas	Prazo de execução	Responsável pela execução	Parceria
Ob1 – Gerenciar o território de abrangência (setor saúde e suas interfaces)	M1 - Acompanhar, avaliar e adequar processos de trabalho conforme a realidade local bem como as prioridades de gestão, em 100% das equipes de saúde do território	A 1 - Realizar semanalmente reuniões técnicas e administrativas envolvendo ESF, coordenações de políticas de saúde e representantes da comunidade.	dez/10	Distritos Sanitários e NASF	Representantes da comunidade, coordenações de políticas e Projeto RVL
	M2- Planejar e desenvolver ações de saúde segundo o perfil epidemiológico de 100% dos territórios	A1- Realizar monitoramento mensal dos indicadores de situação de saúde e de produção dos serviços nos territórios; A2- Articular com representantes da comunidade do território com vistas à realização das ações de saúde; A 3- Estabelecer interfaces com as coordenações de políticas estratégicas.	dez/10	Distritos Sanitários e NASF	Representantes da comunidade, coordenações de políticas e Projeto RVL
	M3-Identificar e acompanhar o atendimento das necessidades infraestruturais em 100% das unidades de saúde do território	A 1- Criar um instrumento de verificação da infraestrutura física e de materiais nas unidades de saúde; A2- Requisitar aos setores operacionais competentes o atendimento das necessidades das unidades de saúde.	dez/10	Distritos Sanitários e NASF	Representantes da comunidade, coordenações de políticas e Projeto RVL
	M4-Acompanhar administrativamente os recursos humanos em 100% das unidades de saúde do território	A-1- Solicitar à GGP fluxo referente a todas as questões administrativas relacionadas aos servidores do território (férias, transferências, licenças etc.); A-2 Acompanhar a atuação dos gerentes das unidades de saúde no que se refere às necessidades e problemáticas relacionadas aos servidores do território; A3- Mediar conflitos relacionados com funcionamento das unidades de saúde.	dez/10	Distritos Sanitários e NASF	Representantes da comunidade, coordenações de políticas e Projeto RVL
	M5- Realizar relatório mensal com aspectos quantitativos e qualitativos em relação às ações realizadas.	A1- Recolher da equipe técnica dos NASF os dados referentes às ações no mês e consolidá-lo, repassando-o às áreas competentes até o dia 10 do mês	abril a dez/10	Coord. NASF	Técnicos do NASF

Objetivos	Metas programadas	Ações que serão desenvolvidas para o cumprimento das metas	Prazo de execução	Responsável pela execução	Parceria
Ob2 – Possibilitar apoio multiprofissional às ESF	M1- Oferecer capacitação em farmácia para 100% dos auxiliares administrativos das ESF	A1- Realização de oficinas com os auxiliares administrativos	jun/10	Farmacêuticos	ESF/Coord. NASF
	M2- Realizar a padronização logística em 100% das farmácias das USF e Policlínicas que não disponham de farmacêutico.	A1- Uniformizar a organização das farmácias segundo as normas vigentes; A2- Incluir a escala de cores para a identificação dos medicamentos.	dez/10	Farmacêuticos	ESF/Coord. NASF
	M3- Criar espaços de discussão com 100% das ESF sobre o uso racional de medicamentos	A1- A cada 15 dias definir uma ESF para reunião de discussão no serviço, acerca do uso racional de medicamentos.	dez/10	Farmacêuticos	ESF/Coord. NASF
	M4- Formar grupos com pacientes que apresentem patologias osteomuscular de acordo com o perfil epidemiológico de 100% do território coberto.	A1- Identificar as patologias osteomuscular mais prevalentes no território; A2- Compor grupos de patologias específicas (pelo menos um por USF) e realizar encontros regulares para realização das atividades.	dez/10	Fisioterapeutas	ESF/Coord. NASF
	M5- Realizar atendimento domiciliar fisioterápico a 100% dos casos identificados como de extrema necessidade, possibilitando a autonomia do tratamento pelo usuário e sua família.	A1- Identificar os casos mais necessários no território; A2- Treinar o cuidador para o tratamento; A3- realizar visita quinzenal de avaliação.	dez/10	Fisioterapeutas	ESF/Coord. NASF
	M6- Desenvolver ações de compartilhamento de saberes e práticas da fisioterapia para 100% das ESF em relação à promoção da saúde osteomuscular nos diferentes ciclos da vida.	A1- Realizar treinamento em serviço para as ESF acerca da saúde osteomuscular dos grupos prioritários (criança, adolescente, gestantes e idosos), sensibilizando-os para a identificação de sinais e sintomas e a correta orientação dos mesmos. A prevenção da fratura de fêmur em idosos deverá ser uma prioridade.	dez/10	Fisioterapeutas	ESF/Coord. NASF
	M7-Realizar grupos de pacientes e também de profissionais acerca dos determinantes sociais da saúde em 100% das ESF	A1- Identificar os problemas sociais mais prevalentes na área de cada USF; A2- Desenvolver palestras e/ou campanhas educativas com os profissionais da equipe, escolas, grupos comunitários e outros, tentando minimizar os efeitos de tais problemas.	dez/10	Assistentes Sociais	ESF/Coord. NASF
	M8- Atuar no resgate de pacientes para o tratamento em patologias e situações específicas junto a 100% das ESF.	A1-Realizar com a busca-ativa de casos excepcionais quando esgotadas as possibilidades de atuação dos membros das ESF	dez/10	Assistentes Sociais	ESF/Coord. NASF
	M9- Buscar a intersectorialidade em 100% do território coberto de modo a favorecer o processo de tratamento e melhoria da qualidade de vida.	A1- De acordo com a necessidade de cada área, estabelecer parcerias com escolas, Centro de Referência de Assistência Social, instituições religiosas e outros, de modo a constituir redes de apoio aos pacientes que necessitem.	-	Assistentes Sociais	ESF/Coord. NASF
	M10- Realizar ações de ouvidoria, pelo assistente social, em 100% das USF.	A1- Atender individualmente às demandas dos usuários e encaminhá-las seguindo o fluxo estabelecido.	dez/10	Assistentes Sociais	ESF/Coord. NASF, Proj. RVL

Objetivos	Metas programadas	Ações que serão desenvolvidas para o cumprimento das metas	Prazo de execução	Responsável pela execução	Parceria
Ob2 – Possibilitar apoio multiprofissional às ESF	M11- Desenvolver ações de apoio psicológico dirigidas a cuidadores e cuidados, em 100% das unidades que necessitem.		dez/10	Psicóloga	ESF/Coord. NASF
	M12- Realizar atendimento ambulatorial clínico em 100% das USF que necessitem.	A1- Atender individualmente, a cada 15 dias, pacientes que apresentam necessidade extrema desse tipo de abordagem e que não conseguiram ser atendidos por serviços especializados nessa modalidade de atendimento. Não exceder a três em cada USF	dez/10	Psicóloga	ESF
	M13- Realizar grupos operativos voltados ao apoio psicoemocional em 100% das USF.	A1 – Identificar a necessidade de apoio psicoemocional e determinar a formação de grupos; A2 - Realizar encontros desses grupos quinzenalmente.	dez/10	Psicóloga	ESF/Coord. NASF
	M14- Qualificar 100% das ESF em relação à escuta adequada e encaminhamentos necessários quando da manifestação de sinais e sintomas relacionados à doenças/distúrbios mentais.	A1- Desenvolver oficinas de sensibilização com as ESF, bem como informá-los sobre os encaminhamentos adequados quando dos sintomas mais comuns.	dez/10	Psicóloga	ESF/Coord. NASF
	M15- Focar a questão nutricional em 100% das USF, nas diferentes fases da vida dos grupos existentes	A1- Identificar e incentivar a participação dos indivíduos com patologias prioritárias para a abordagem nutricional.	dez/10	Nutricionistas	ESF/Coord. NASF
	M16- Capacitar 100% das ESF sobre a abordagem nutricional.	A1- Definir o perfil dos casos que devem ser encaminhados para o atendimento individual em nutrição A2- Repassar aos médicos e enfermeiros as orientações básicas de nutrição que podem ser generalizadas e compartilhadas por todos os membros da equipe.	jun/10	Nutricionistas	ESF/Coord. NASF
	M17- Realizar atendimento individual a 100% dos casos excepcionais que necessitem de atendimento nutricional individualizado.	A1- Atendimento ambulatorial, sem que exceda ao número de três em cada USF	dez/10	Nutricionistas	ESF/Coord. NASF