



PROJETO TÉCNICO

2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JEROSIANE NUNES MARCHAUKOSKI

METODOLOGIA DE IMPLANTAÇÃO DO NASF EM PINHAIS - PR

CURITIBA

2011

JEROSIANE NUNES MARCHAUKOSKI

METODOLOGIA DE IMPLANTAÇÃO DO NASF EM PINHAIS - PR

Projeto Técnico apresentado à
Universidade Federal do Paraná para
obtenção do título de Especialista em
Gestão Pública em Saúde.
Orientador:
Prof.^a Dra. Suely Teresinha Schmidt.

Curitiba
2011

Sumário

1- Introdução:	5
1.1 Apresentação/Problemática:	5
1.2 Objetivo Geral do trabalho:	5
1.3 Justificativas do objetivo:	5
2-Revisão teórico-empírica:	6
2.1 Sistema de Saúde – Novas Estratégias	6
2.2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF	7
2.3 Trabalho em equipe interdisciplinar	9
2.4 Apoio Matricial e Equipe de Referencia	11
2.5 Projeto Terapêutico, Clínica Ampliada e Pactuação de Apoio	14
2.6. O Nutricionista no NASF	17
3. Metodologia:	17
4. A Organização Pública	18
4.1 - Descrição geral:	18
4.2 - Diagnóstico da situação-problema:	20
4.2.1. Análise do projeto de implantação do NASF em Pinhais	20
4.2.2 Análise dos Levantamentos	22
5. Proposta:	28
5.1 – Desenvolvimento da proposta:	28
5.2 - Plano de implantação:	32
5.3 - Recursos:	33
5.3.1 Humanos:	33
5.3.2 Materiais	33
5.3.3 Instalações	33
5.4 - Resultados esperados:	33
6. Conclusão	35
7. Referências Bibliográficas:	37
ANEXOS	39
Anexo 1	39
Anexo 2	60

1- Introdução:

1.1 Apresentação/Problemática:

O presente projeto técnico é uma proposta metodológica de implantação do Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família (NASF) no município de Pinhais. O assunto principal é o NASF, suas ferramentas de organização e desenvolvimento do processo de trabalho: Apoio Matricial, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde no Território (PST) e a Pactuação do Apoio. O projeto está sendo desenvolvido pela necessidade da criação de um desenho ou modelagem da implantação do NASF, pois a proposta de implantação já foi formulada e enviada ao Estado para aprovação (anexo 1).

1.2 Objetivo Geral do trabalho:

Desenvolver uma proposta metodológica para a implantação do NASF no município de Pinhais

Objetivos específicos do trabalho:

- Relacionar as ferramentas de organização do NASF com a realidade da saúde do município de Pinhais;
- Desenvolver um desenho ou modelagem de implantação do NASF explicitando a diferença do NASF e um Centro de Especialidades.
- Apresentar sugestões críticas para o desenvolvimento do processo de trabalho interdisciplinar.

1.3 Justificativas do objetivo:

A proposta do NASF para o município de Pinhais está embasada na existência da Estratégia de Saúde da Família e da necessidade e relevância do apoio por uma equipe interdisciplinar na complementaridade da atenção integral a saúde da população. O propósito de sua implantação é melhorar a resolubilidade da atenção primária a saúde, reduzindo o número de encaminhamentos para especialidades através da responsabilização da equipe de saúde pelo paciente, família, comunidade e todo contexto social que permeia o processo de saúde-doença.

A definição da metodologia de implantação ajudará o município para que seja traçado um plano consoante com a Portaria nº 154/GM de 24 de janeiro de 2008 de criação do NASF no que diz respeito a ampliação da abrangência e o escopo das ações da atenção básica, o compartilhamento das práticas de saúde e responsabilidade com o território de abrangência da Estratégia Saúde da Família.

2-Revisão teórico-empírica:

2.1 Sistema de Saúde – Novas Estratégias

No Brasil o Sistema Único de Saúde – SUS é universal e sua organização de serviços é baseada em redes, relacionadas com a população de abrangência que ocupa um dado território. No primeiro nível de atenção da rede, ou seja, na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou onde estão estabelecidos os Núcleos de Ações Territoriais, a Estratégia Saúde da Família (ESF), é que se estabelece o vínculo do usuário com o serviço de saúde, pois esta é a porta de entrada do SUS. Esse nível responde pela responsabilidade primária de atenção a saúde do paciente (KUSCHNIR, CHORNY, LIRA, 2010; DELFINI et al., 2009).

Neste sentido a Atenção Primária a Saúde (APS) deve ser o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, pois desenvolve um conjunto de ações, tanto na esfera individual como coletiva, abrangendo a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A APS é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (CAVALHEIRO, 2009; CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2008).

No nível da atenção primária todos que chegam devem ser atendidos, por isso o conceito trabalhado é de acolhimento e não de triagem. Uma das diretrizes desse modelo assistencial é a responsabilização pelo usuário e o vínculo, principalmente, de acolhida com este pela equipe de saúde. Essa proposta de reorientação do modelo, representada pela Estratégia da Saúde da Família, procura realizar um trabalho de envolvimento das equipes de saúde

com os usuários, em um processo de trabalho centrado na produção e não em procedimentos (CAMPOS, 1999; DELFINI et al., 2009).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) inova na prática da atenção à saúde mais eficiente e eficaz, com a aproximação dos serviços e dos profissionais de saúde da população da área de abrangência. Com a ampliação do processo saúde-doença, para uma dimensão de assistência integral e continuada às famílias de uma determinada área, substitui o modelo tradicional, centrado no médico e na doença, para um modelo centrado no usuário, na família e na comunidade, trabalhando com a lógica de prevenção e promoção da saúde além da prática curativa. Desse modo procura melhorar a qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 2010; ASSIS et al., 2002).

O compromisso do SUS com a integralidade e a gestão participativa é ressaltado através do estabelecimento de modos de atenção e gestão das políticas públicas em saúde que operem indissociáveis entre clínica, promoção da saúde - que é o compromisso ético do próprio Sistema Único de Saúde -, e entre as necessidades sociais e ações do Estado (CAMPOS et al., 2004; ALVES, 2005).

2.2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF

A portaria 154/GM de 2008 que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, representou um marco importante na consolidação da ESF, pois estabeleceu a constituição dos núcleos por equipes, compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família – ESF. Dentre as competências das equipes do NASF está o compartilhamento e o apoio às práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, com o objetivo de ampliar a abrangência das ações da atenção básica (BRASIL, 2008).

O NASF traz um novo modelo de trabalho em equipe multiprofissional, com a possibilidade de desenvolver práticas integrativas e complementares com a atenção a saúde. Essas práticas vão além do marco individualista e assistencialista, para as ações coletivas centradas na promoção da saúde e na revisão dos tratamentos baseados na medicalização das doenças (MÂNGIA, LANCMAN, 2008; MOLINI-AVEJONAS, MENDES, AMATO, 2010).

Os NASFs foram criados para atuar como apoio de forma integrada à rede a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes de Saúde da Família e não para servir de porta de entrada para o usuário dentro do sistema de saúde ou como referência para a Atenção Básica. Para tanto, a composição do NASF deve ser de uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de Saúde da Família, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais, estudos epidemiológicos, das peculiaridades de sua região e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações (MOLINI-AVEJONAS, MENDES, AMATO, 2010; BRASIL, 2010).

Conforme a Portaria 154 há duas modalidades de NASF: o NASF 1, composto por, no mínimo, cinco profissionais de nível superior, entre os quais: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. Deve estar vinculado a um mínimo de oito e ao máximo de 20 equipes de Saúde da Família, com exceção da Região Norte, onde o número mínimo passa a ser cinco. E o NASF 2 com no mínimo três profissionais, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional, vinculando-se a no mínimo três equipes de SF (BRASIL, 2010).

Os requisitos do NASF são: conhecimento técnico, responsabilidade por determinado número de equipes de Saúde da Família e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao modelo da Saúde da Família. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da Saúde da Família e entre sua própria equipe (NASF), incluindo na atuação algumas diretrizes relativas à Atenção Primária a Saúde como: ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, participação social, educação popular, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

Entre as responsabilidades atribuídas aos integrantes dos NASFs, pela Portaria 154, estão a integração às diversas políticas sociais, atenção humanizada, identificação, em conjunto com as ESF e a comunidade, das atividades, das ações, do público prioritário e das práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas; atuação de forma integrada e planejada nas atividades desenvolvidas pelas ESFs e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos. Além disso, é responsável pela elaboração de projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas ESF e os NASFs do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada (MOLINI-AVEJONAS, MENDES, AMATO, 2010; BRASIL, 2010).

Como exemplo de implantação do NASF segue o modelo da Secretaria Municipal da Saúde de Marília/SP. Esse município, em um primeiro momento, realizou um seminário para construção do projeto de implantação do NASF, com o objetivo de poder efetivar um avanço na co-gestão, operacionalizando uma gestão democrática, descentralizada e participativa. Considerou o fato de que os profissionais que estão diretamente envolvidos na assistência pudessem discutir sobre a sua necessidade de apoio, as peculiaridades e realidades locais e regionais, participando ativamente do projeto político institucional de implantação do NASF no município. Desse modo, foi possível gerar, inclusive, a definição da necessidade de apoio e a conformação dos profissionais que deveriam ser contratados para compor as equipes do NASF. Em um segundo momento, a secretaria realizou uma oficina para construção coletiva do planejamento de ações do NASF, contemplando discussões desde a concepção conceitual e definição do objetivo do NASF até a efetivação do processo de acompanhamento, monitoramento e avaliação (TAKANO et al.).

2.3 Trabalho em equipe interdisciplinar

O trabalho em equipe interdisciplinar consiste na possibilidade da atuação profissional conjunta, integrada e intersetorial, com a participação dos usuários numa concepção ampliada de saúde. Para a atuação do NASF é

imprescindível aprender e desenvolver novas técnicas de trabalho junto às equipes de Saúde da Família e à comunidade, como a clínica ampliada (com a consulta conjunta), o projeto terapêutico singular e o apoio matricial, porque maior parte do tempo de trabalho do NASF deve ser destinado nesse atendimento junto às equipes e não apenas aos pacientes. Porém para a maioria dos profissionais a atuação interdisciplinar deverá ser apropriada no cotidiano da produção das ações de saúde e no trabalho coletivo no território (MÂNGIA, LANCMAN, 2008; MOLINI-AVEJONAS, MENDES, AMATO, 2010).

A exigência da atuação de equipes interdisciplinares para o desenvolvimento das ações do NASF implica em inovação dos processos de trabalho transdisciplinares e na criação/invenção de processos terapêuticos, na produção dos saberes, das práticas e das relações no campo da saúde. Para que isso ocorra é necessário que gestores, profissionais e usuários estejam num mesmo processo humanizado de produção dos serviços e que o papel de cada instância, de cada profissional, esteja bem claro, inclusive com a definição do responsável que procure integrar a contribuição dos vários serviços, departamentos e profissionais (CAMPOS, DOMITTI, 2007; MOLINI-AVEJONAS, MENDES, AMATO, 2010).

Um dos meios mais adequados para a prática clínica interdisciplinar com qualidade é o fortalecimento de vínculos entre pacientes, famílias e comunidade com a equipe e com alguns profissionais de referência. A equipe de referência (equipe de saúde da família) compartilha alguns casos com a equipe que oferece o apoio matricial. As estratégias utilizadas para esse compartilhamento são reuniões e visitas domiciliares conjuntas onde os profissionais lidam ao mesmo tempo com o saber, o aprender e o fazer, ou seja, com teoria e prática, na busca de romper com a estrutura tradicional de serviços de saúde reforçada no isolamento profissional que reproduz a fragmentação dos processos de trabalho e mantém a hegemonia do poder médico (CAMPOS, 1999; DELFINI et al., 2009).

A extrema fragmentação do cuidado é denominada de obstáculo estrutural à prática de uma clínica ampliada e do trabalho interdisciplinar, pois a construção nos serviços de saúde de unidades de gestão corporativa e das profissões contribui para diluir a responsabilidade sob os casos acompanhados ocasionando uma dupla fragmentação, do processo de trabalho e da unidade

de gestão, o que dificulta a identificação clara do responsável clínico e a integração comunicativa das abordagens diagnósticas e terapêuticas (CAMPOS, DOMITTI, 2007).

Interdisciplinaridade também é uma questão de atitude, deve ser baseado em um saber interdisciplinar como uma nova forma de resposta aos problemas de saúde, orientada pelo modelo da produção social da saúde. O profissional para trabalhar interdisciplinarmente precisa desenvolver traços da personalidade, tais como: flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, sensibilidade em relação às demais pessoas, aceitação de riscos, a aprender a agir na diversidade e a aceitar novos papéis. A interdisciplinaridade na área da Saúde Coletiva coloca-se como requisito, uma vez que seu objeto de trabalho – a saúde e a doença – envolve simultaneamente: as relações sociais, as expressões emocionais e afetivas e a biologia, traduzindo, por meio da saúde e da doença, as condições e razões sócio-históricas e culturais dos indivíduos e grupos (VILELA, MENDES, 2003).

A atenção integral a saúde como preconizada pelo SUS, com destaque as atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais em todos os níveis de atenção, na compreensão do indivíduo singular e como parte de uma coletividade só se concretizará através da atuação de uma equipe multidisciplinar, com abordagem interdisciplinar frente a noção da realidade a que a população esta inserida (ASSIS et al., 2002).

2.4 Apoio Matricial e Equipe de Referência

O matriciamento pode ser definido como um arranjo organizacional que busca diminuir a fragmentação dos processos de trabalho decorrente da especialização crescente das áreas do cuidado, com a construção de momentos relacionais e com o estabelecimento de troca de saberes entre os profissionais de diferentes áreas. O apoio matricial pode ser relevante para racionalizar o acesso e o uso de recursos especializados, alterando o processo multidisciplinar do sistema para o interdisciplinar permitindo assim um uso racional de recursos e oportunidade para que um único especialista integre seu trabalho com o de várias equipes de referência (CAMPOS, DOMITTI, 2007; MOLINI-AVEJONAS, MENDES, AMATO, 2010).

A equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais para a condução de problemas de saúde dentro de certo campo de conhecimento; são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, com o objetivo de ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários (CAMPOS, DOMITTI, 2007).

O conceito de matriciamento tem por objetivo garantir que as equipes estabeleçam relações ou responsabilizem-se pelas ações desencadeadas, garantindo a integralidade da atenção em todo o sistema de saúde assegurando retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde. A composição da equipe de referência e a criação de especialidades em apoio matricial buscam possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral. Trata-se de uma metodologia complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação (CAMPOS, DOMITTI, 2007; MOLINI-AVEJONAS, MENDES, AMATO, 2010).

O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência, quanto dos apoiadores matriciais, ou seja, na dimensão assistencial vai produzir ação clínica direta com os usuários, e na ação técnico pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe, sendo que as duas dimensões podem e devem se misturar em vários momentos (CAMPOS, DOMITTI, 2007; BRASIL, 2010).

O apoiador matricial tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência e contribui na resolução dos problemas de saúde através dos recursos de saber e com intervenções que aumentem a capacidade da equipe primariamente responsável pelo caso. O apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e

apoiadores personalizando os sistemas de referência e contra-referência, ao estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio (CAMPOS, DOMITTI, 2007).

A articulação entre equipe de referência e apoiadores pode desenvolver-se em três planos fundamentais implicando sempre na construção de um projeto terapêutico integrado: 1) Atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência. 2) Atenção específica do apoiador, com programação de atendimentos ou de intervenções especializadas, com a manutenção do contato com a equipe de referência, na busca da redefinição de um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, ou à família ou à comunidade. Com a possibilidade da troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador. 3) Diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de referência (CAMPOS, DOMITTI, 2007).

A estratégia do Apoio Matricial leva a repensar a lógica do processo saúde/doença, pois contribuir com a clínica ampliada é pensar nas ações centradas no sujeito e na saúde e não mais na doença, uma vez que, o sujeito é um ser biológico, social, subjetivo e histórico, não podendo se reduzir à condição de objeto. O enfoque de clínica ampliada, ou clínica do sujeito, sugere maneiras para integrar essas perspectivas em um método de trabalho que reconheça a complexidade e variabilidade dos fatores e dos recursos envolvidos em cada caso específico, seja ele um problema individual ou coletivo. Pois bem, novamente o apoio matricial é um dispositivo importante para ampliação da clínica (CAMPOS, DOMITTI, 2007; GOMES, 2006).

Um dos obstáculos que o Apoio Matricial se propõe a superar é a ansiedade enorme na equipe de referência, na busca da rápida resolubilidade do caso 'a lógica do encaminhamento', da especialização e da fragmentação do trabalho da própria saúde, com a atitude de passar adiante o caso pelo sentimento de incapacidade e/ou paralisia. Uma observação relevante que altera a tradicional noção de referência e contrareferência vigente nos sistemas de saúde é que quando um paciente se utiliza de um serviço matricial, ele nunca deixa de ser cliente da Equipe de Referência. Não há encaminhamento, mas desenho de Projetos Terapêuticos executados por um conjunto amplo de

trabalhadores, mas de qualquer forma, a responsabilidade principal pela condução do caso continua com a Equipe de Referência (CAMPOS, 1999; GOMES, 2006).

A composição da equipe de referência e a criação de especialidades em apoio matricial pretendem assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, potencializando a integração interdisciplinar de conhecimentos e de experiências, procurando operar também com a perspectiva da construção de autonomia para os usuários (DOMITTI, 2006).

2.5 Projeto Terapêutico, Clínica Ampliada e Pactuação de Apoio

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. O nome Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de mostrar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (CAMPOS et al., 2004).

O projeto Terapêutico é um movimento de co-produção e co-gestão do cuidado de um Sujeito Singular. Pressupõem a discussão coletiva de caso clínico; realização de reunião de toda equipe para definição de propostas de ações; e considera que todas as opiniões são importantes para compreender o caso. São organizados em quatro momentos: 1) Diagnóstico, buscando uma avaliação que possibilite uma conclusão a respeito do risco e da vulnerabilidade do usuário; 2) Definição de Metas, visando construir propostas de curto médio e longo prazo; 3) Divisão de Responsabilidades, onde compartilha-se ou defini-se as tarefas de cada um com clareza, aumentando as possibilidades de identificação dos problemas e diminuindo as possibilidades das práticas meramente prescritivas; 4) Reavaliação, momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correção de rumo (MOLINI-AVEJONAS, MENDES, AMATO, 2010).

O objetivo da elaboração de um “projeto terapêutico singular” visa uma assistência ampliada, pautada em produção de cuidado e melhoria de qualidade de vida e não focada na clínica de especialidade, com enfoque prin-

principal na promoção da saúde, e não apenas a cura de doenças. A co-responsabilização dos casos entre as equipes dispõem-se a aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local, sem encaminhamentos tornando a equipe de referência mais capaz de resolver problemas que anteriormente considerava difíceis. Desse modo, não há encaminhamento para outros serviços, mas construção de projetos terapêuticos que são executados por um amplo conjunto de trabalhadores (CAMPOS, DOMITTI, 2007; MOLINI-AVEJONAS, MENDES, AMATO, 2010; DELFINI et al., 2009).

Uma das principais funções dos profissionais de referência é a elaboração e aplicação do Projeto Terapêutico que implica em diagnóstico, depende de uma aproximação entre cliente, família e profissionais de referência, na instituição de práticas, individuais, de grupo ou coletivas. Os técnicos de referência não devem executar tudo isolando-se dos demais ao contrário, a equipe aciona o apoio de outros profissionais e de outras equipes conforme o entendimento que se for adquirindo sobre o caso. No entanto, a iniciativa em relação a cada caso e a principal responsabilidade pelo desdobramento do Projeto é da Equipe de Referência (CAMPOS, 1999).

As discussões para construção e acompanhamento do PTS servem também como oportunidade para a valorização dos trabalhadores da equipe de saúde, pois há uma alternância entre os diferentes trabalhos, de forma que em cada momento alguns membros da equipe estarão mais protagonistas e criativos do que outros. O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde tem o compromisso de tratar o sujeito de forma singular e a equipe de forma criadora com iniciativa, não apenas seguindo a programação de maneira normalizada. No decorrer do tempo vai ficando evidente a interdependência entre todos na equipe. A percepção e o reconhecimento na equipe desta variação de importância é uma forma importante de reconhecer e valorizar a “obra” criativa e singular de cada um (BRASIL, 2007; OLIVEIRA, 2007).

Outra importante utilidade gerencial dos encontros de PTS é o matriciamento com (outros) especialistas, pois na medida em que a equipe consegue perceber seus limites e suas dificuldades, ela pode pedir ajuda. Quando existe um interesse sobre determinado tema, a capacidade de

aprendizado é maior, sendo este um potencial espaço de formação permanente. Por outro lado, é um espaço de troca e de aprendizado para os apoiadores matriciais, que também experimentarão aplicar seus saberes em uma condição complexa a partir do diálogo e intercâmbio de saberes técnico-científicos e populares, e assim profissionais e usuários podem construir de forma compartilhada um saber sobre o processo saúde-doença (BRASIL, 2007; ALVES, 2005).

Além das reuniões, as visitas domiciliares, têm como objetivo fortalecer o vínculo da equipe de saúde da família com a comunidade, principalmente do agente comunitário, já que é esse profissional que mais tem contato e envolvimento no cuidado cotidiano com as pessoas. Nas visitas, deve-se procurar mostrar ao agente de saúde que ele é o principal condutor do projeto terapêutico e que o saber técnico não é o dominante, e que seu trabalho tem muita importância no cuidado das famílias. A clínica ampliada exige dos profissionais de saúde um exame permanente dos próprios valores e dos valores na sociedade. Pode se dizer que a clínica ampliada é um compromisso com o sujeito doente, visto de modo singular, além de assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde, na busca de ajuda em outros setores, ao que se dá nome de intersectorialidade, procurando outros conhecimentos em diferentes setores (DELFINI et al., 2009; BRASIL, 2007).

Outro aspecto fundamental da clínica ampliada, além da busca de autonomia para os usuários, é a capacidade de equilibrar o combate à doença com a produção de vida. Portanto, a Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não impeça de viver outras coisas, principalmente nas doenças crônicas ou muito graves (BRASIL, 2007).

A Pactuação do Apoio pode ser delimitada em duas atividades – a avaliação conjunta da situação inicial do território entre os gestores, equipes de Saúde da Família e o Conselho de Saúde e a pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas, entre os gestores, a equipe do NASF, a equipe Saúde da Família e a participação social sendo que a pactuação deve abranger a definição dos objetivos a serem alcançados, os problemas prioritários a serem abordados, os critérios de encaminhamento ou

compartilhamento de casos, os critérios de avaliação do trabalho da equipe e dos apoiadores e as formas de explicitação e gerenciamento resolutivo de conflitos (BRASIL, 2010).

2.6. O Nutricionista no NASF

A inclusão do Nutricionista no NASF justifica-se na proposta de integrar uma equipe comprometida com o usuário e a saúde, uma vez que, há uma demanda crescente de problemas relacionados à má alimentação e nutrição e o Nutricionista é formado para atuar com qualidade no Sistema Único de Saúde – SUS. Porém, somente a partir do surgimento do NASF, que o profissional de nutrição foi incorporado nas equipes da unidade básicas (REIS; NELCY).

O profissional de nutrição pode compor as equipes do NASF tipo1 e tipo 2, devendo atuar nos âmbitos familiar e comunitário, em consonância com os demais profissionais do NASF e equipes da SF com a área ou setor responsável pela gestão das ações de alimentação e nutrição no município. Sua atuação visa qualificar a atenção à saúde e melhorar a sua resolubilidade, conforme recomenda o CFN (Conselho Federal de Nutricionistas) e contribuir ainda com atuação efetiva sobre os determinantes dos agravos e dos distúrbios alimentares e nutricionais e para a segurança alimentar e nutricional da população atendida (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2008).

Espera-se com a instituição dos NASF, a ampliação da abrangência e da resolubilidade das ações de alimentação e nutrição. Através do reconhecimento da situação de saúde alimentar e nutricional da população, com a inserção do Nutricionista na Atenção Básica a Saúde, efetivada como um todo e com a definição de uma agenda única para o diagnóstico e tomada de decisão, ampliando assim o potencial de intervenção frente a proporção dos problemas alimentares e nutricionais que atingem a população brasileira (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2008; COUTINHO et al., 2008).

3. Metodologia:

Etapa de levantamento de dados:

- Levantamento dos dados epidemiológicos do município de Pinhais através do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e do

relatório do IPARDES (Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social);

- Levantamento do número de encaminhamentos e especialidades com maior demanda no município, através da central de marcação de consultas do município;
- Levantamento sobre a opinião dos profissionais da Estratégia Saúde da Família quanto a composição profissional do NASF, através da aplicação de questionário.

Etapa de análise:

- Análise da proposta de implantação do NASF enviada pelo município ao Estado;
- Análise dos dados levantados:
 - a) Dados epidemiológicos;
 - b) Encaminhamentos para especialistas;
 - c) Opinião da composição do NASF pelos profissionais da ESF.

Etapa da elaboração da proposta:

- Definição do desenho de implantação em 4 (quatro) momentos:
 - NASF: balizamento do processo de trabalho
 - NASF e ESF: introdução do NASF na ESF
 - NASF e território: conhecimento da área, equipamentos, USF, equipes
 - NASF: definição das estratégias de trabalho

4. A Organização Pública (unidade de análise):

4.1 - Descrição geral:

O projeto será realizado no município de Pinhais, região metropolitana de Curitiba. A 8 km de distancia é o município mais próximo da capital, com

apenas 19 anos de emancipação política, ocupa atualmente a 12ª maior arrecadação do Paraná. Seu IDH elevado de 0,815 o coloca na 14ª posição dos municípios paranaenses. Conta com uma população aproximada de 118 mil habitantes. Pinhais tem um vasto pólo industrial, com aproximadamente 2.500 empresas, 1500 estabelecimentos comerciais, se destaca principalmente na indústria de metal mecânica, plásticos e prestação de serviços. Contando com 15 bairros e inúmeras vilas, faz divisa com Colombo, Curitiba, Quatro Barras, São José dos Pinhais e Piraquara.

A organização pública selecionada para a realização do trabalho é a Secretaria Municipal de Saúde do município que está estruturada da seguinte forma: departamento de vigilância em saúde, departamento de avaliação e auditoria, departamento de administração e logística, departamento de assistência a saúde, coordenadoria de gestão, ouvidoria e conselho municipal de saúde.

A implantação do projeto se dará no departamento de assistência a saúde na gerencia da rede básica, responsável pela seção de apoio aos programas estratégicos e pelas unidades de saúde. Atualmente o município dispõe de 9 unidades de saúde mistas, ou seja, básicas e Estratégia Saúde da Família (ESF), concomitantemente. A cobertura da ESF no município corresponde a 25%, são 14 equipes da ESF com 84 agentes comunitários de saúde, 12 médicos da família, 14 enfermeiras e 14 técnicos de enfermagem. O município não incluiu a odontologia nas equipes, mas possui na sua estrutura de atenção básica cinco clínicas odontológicas. Ainda na estrutura de atendimento possui três farmácias e seis dispensários de medicamentos.

A rede de serviços de referencia é formada pelos CAPS II e AD, Unidade de Saúde da Mulher, Centro de Especialidades (serviço social, fonoaudiologia, psicologia e clínica de fisioterapia), Pronto Atendimento 24horas e Hospital e Maternidade Municipal.

Conforme a proposta de implantação feita pelo município, o NASF irá funcionar na Unidade de Saúde da Família (USF) Eduardo Zielonka no bairro Maria Antonieta, e se responsabilizará pela cobertura territorial além da unidade de vínculo pelas USF Tarumã nos bairros Centro e Estância Pinhais, USF Alahor Artigas no bairro Weissópolis, USF Vargem Grande no bairro de mesmo nome e USF Vila Amélia nos bairros Jardim Karla, Vila Amélia e

Parque das Nascentes. A cobertura demográfica está estimada em 32.784 pessoas.

O NASF desenvolverá sua atuação vinculado a 9 equipes da Estratégia Saúde da Família inseridas nas 5 Unidades de Saúde da Família, acima relacionadas.

4.2 - Diagnóstico da situação-problema:

4.2.1. Análise do projeto de implantação do NASF em Pinhais

A proposta de implantação do NASF foi elaborada e enviada pelo município de Pinhais à Secretaria de Saúde do Estado para possível aprovação em abril/2011. A proposta descreve a estrutura de serviços de saúde do município e a caracterização do NASF a ser implantado com o nome de NASF – Centro, pois segundo o projeto o NASF fará a cobertura de apoio as Unidades de Saúde da Família localizadas mais próximas ao Centro de Pinhais.

O projeto especifica os objetivos da implantação do NASF no município, baseado na Portaria 154/2008. A atuação do NASF se dará em parceria com os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) no apoio as Unidades de Saúde referenciadas, na ampliação da abrangência e ações da atenção básica, na complementaridade a ESF para um atendimento integral ao usuário e na atuação compartilhada e pedagógica, desenvolvendo a autonomia e resolutividade da equipe.

A justificativa do projeto está baseada no fortalecimento da inserção da ESF no município, destacando como sendo um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde – SUS.

Conforme descrito no projeto, o NASF – Centro estará vinculado a 5 (cinco) Unidades de Saúde, que são cobertas por 9 equipes da Estratégia Saúde da Família. Uma das características dessas unidades é que são unidades de saúde mistas, ou seja, tem parte do território coberto pela ESF e outra área descoberta, funcionando concomitantemente a atenção básica e a ESF na mesma unidade de saúde. A atenção básica comporta em seu quadro de profissionais as seguintes especialidades médicas: pediatria, ginecologia e

clínica geral, além de técnicos e auxiliares de enfermagem e enfermeiro. A composição dos profissionais da ESF difere-se pela presença dos Agentes Comunitários de Saúde e pelo médico da família.

A população coberta na área de abrangência da ESF nessas unidades de saúde segundo o projeto é de 32.784 pessoas, porém a população total na área é de aproximadamente 90 mil pessoas. Esse fato é um dos indicativos de estrangulamento do sistema que escoar na forma de encaminhamentos para especialistas o que ultrapassa sua capacidade de atendimento.

Com relação as áreas e ocupações que irão compor a equipe do NASF, foram definidas pelo gestor as áreas de alimentação e nutrição, serviço social, saúde mental, reabilitação e assistência farmacêutica; os profissionais selecionados foram: psicólogo (1), nutricionista (1), farmacêutico (1), assistentes sociais (2) e fisioterapeutas (2), todos concursados, efetivos e trabalhando em regime estatutário. Entretanto, as cargas horárias de trabalho semanal são diferentes, pois enquanto o psicólogo, nutricionista e farmacêutico devem cumprir 40 horas/semanais, os assistentes sociais cumprem 30 horas/semanais e os fisioterapeutas 20 horas/semanais.

Na descrição das atividades a serem desenvolvidas, o projeto destaca a atuação do NASF e da ESF de forma conjunta, integrada e planejada, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

Na proposta do fluxo de atendimento aos usuários com a implantação do NASF o projeto define 3 possibilidades: 1) o atendimento compartilhado pelos profissionais do NASF e da ESF através de discussão de caso e desenvolvimento do projeto terapêutico singular; 2) o atendimento pelo profissional do NASF em situações extremamente necessárias com a redefinição de um padrão de seguimento complementar pela ESF e, 3) o desenvolvimento do projeto de saúde no território.

Como metas, o projeto propõe: um baixo número de encaminhamentos para os profissionais do NASF com a incorporação do saber pela ESF; número máximo de atendimentos pelos profissionais do NASF com indicadores de resultado; definição dos números de usuários de tratamento temporário ou para exclusão de hipótese diagnóstica; e ressalta a importância na revisão periódica dos indicadores e metas estabelecidas em conjunto com a ESF.

O projeto salienta que parte da agenda de trabalho deve ser reservada, com relevância, para atividades pedagógicas e parte, para atividades assistenciais, com disponibilidade de tempo para ações no território junto com a ESF, ou para contatos não programados via contato telefônico ou internet. Ressalta ainda a importância do trabalho em grupo, pois “a maior parte dos profissionais de saúde não tem formação básica que valorize o trabalho em equipe”. Segundo o projeto é necessário fomentar e incentivar os grupos a fazerem contratos de funcionamento em espaços coletivos (reuniões).

A respeito do monitoramento o projeto estabelece o sistema próprio do município que tem em funcionamento o prontuário eletrônico – sistema WIN SAÚDE e a coordenação de um enfermeiro para acompanhamento diário das ações desenvolvidas. A avaliação conforme o projeto será através de indicadores de saúde pactuados, relatório de produtividade, instrumentos de controle, avaliação e auditoria e reuniões periódicas.

4.2.2 Análise dos Levantamentos

a) Dados epidemiológicos

Para caracterização epidemiológica do município de Pinhais a escolha foi realizá-la através do relatório do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES) 2008 e do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) referente ao ano de 2010, pois foi neste ano que ocorreu a expansão da ESF para todas as Unidades de Saúde do município, expandindo-se de 5 equipes (incompletas) de ESF para 14 equipes, atingindo a atual cobertura de 25%.

Em 2010 a Atenção Primária realizou, conforme o SIAB, 2.427 atendimentos de pré-natal, 1.401 atendimentos de puericultura, 2.249 atendimentos a pacientes com Diabetes e 6.109 atendimentos a pacientes com Hipertensão Arterial. A alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis confirma o retrato de um grave problema de saúde pública no município; outro dado que chama a atenção, são os atendimentos de puericultura. De acordo com dados do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), em 2010, foram acompanhadas mais de 4.200 crianças menores de 5 anos pelo sistema, o que sinaliza para uma revisão das ações de saúde num ciclo de vida

preconizado pelo Ministério da Saúde como um dos eixos prioritários das ações de saúde.

Através do relatório do IPARDES, que apresenta dados da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, as maiores causas de óbitos em Pinhais em 2008, foram as doenças do aparelho circulatório, as causas externas e as neoplasias (tumores), seguidas pelas doenças do aparelho respiratório e digestivo e, em menor número, as doenças infecciosas e parasitárias, afecções originadas no período perinatal e as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Percebe-se, portanto, a existência concomitante das doenças crônicas não transmissíveis e infecciosas parasitárias no mesmo território.

Com a expansão da ESF em Pinhais e a atuação concreta das equipes, o primeiro impacto observado foi em relação ao acompanhamento de pacientes com Diabetes e Hipertensão Arterial, pois no primeiro trimestre de 2010 foi de 590 e 1.954, respectivamente e passou para 3.716 e 10.669 no último trimestre do ano, portanto um aumento de 629% e 546%, respectivamente.

Com relação a atuação dos profissionais de saúde o SIAB revela que em 2010, os atendimentos individuais realizados pela enfermagem foram de 13.255 e pelos demais profissionais de nível superior 4.442, sendo que o profissional médico efetuou 734 visitas domiciliares. Segundo a mesma fonte, foram realizadas um total de 66.448 visitas domiciliares pela ESF na área adscrita. Nas figuras abaixo, observa-se a evolução do acompanhamento de gestantes (figura 1) e crianças (figura 2) pela ESF.

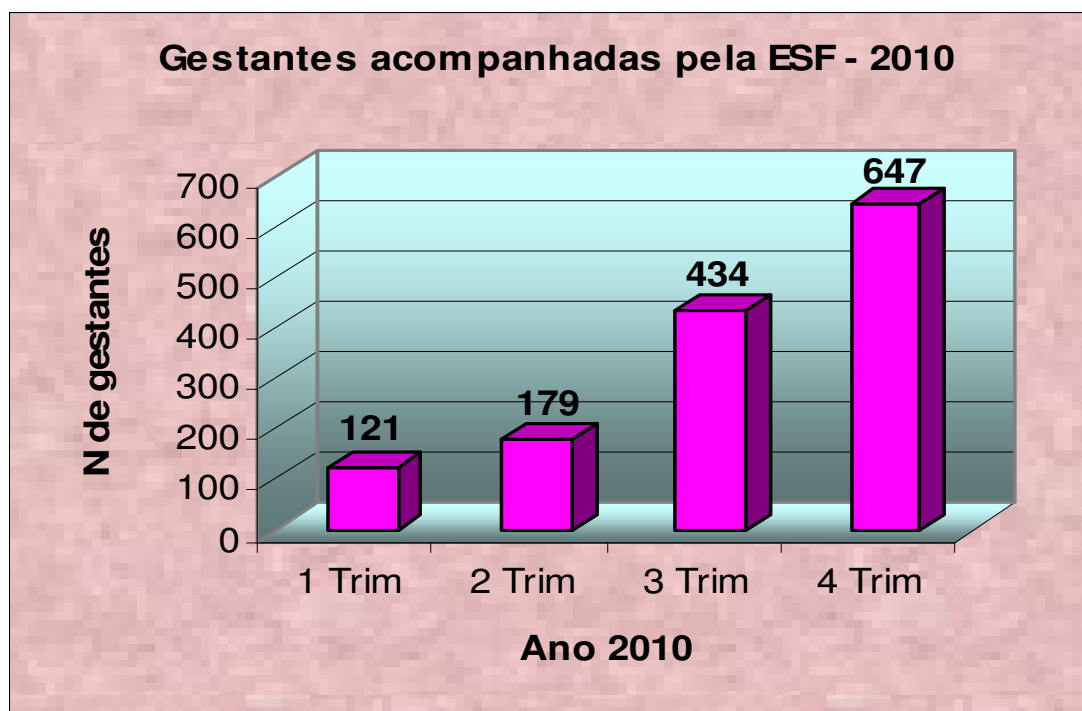


Figura 1 - Evolução do número de acompanhamentos trimestrais de gestantes pela ESF, no município de Pinhais, em 2010. Fonte: SIAB (tabnet.datasus.gov.br)

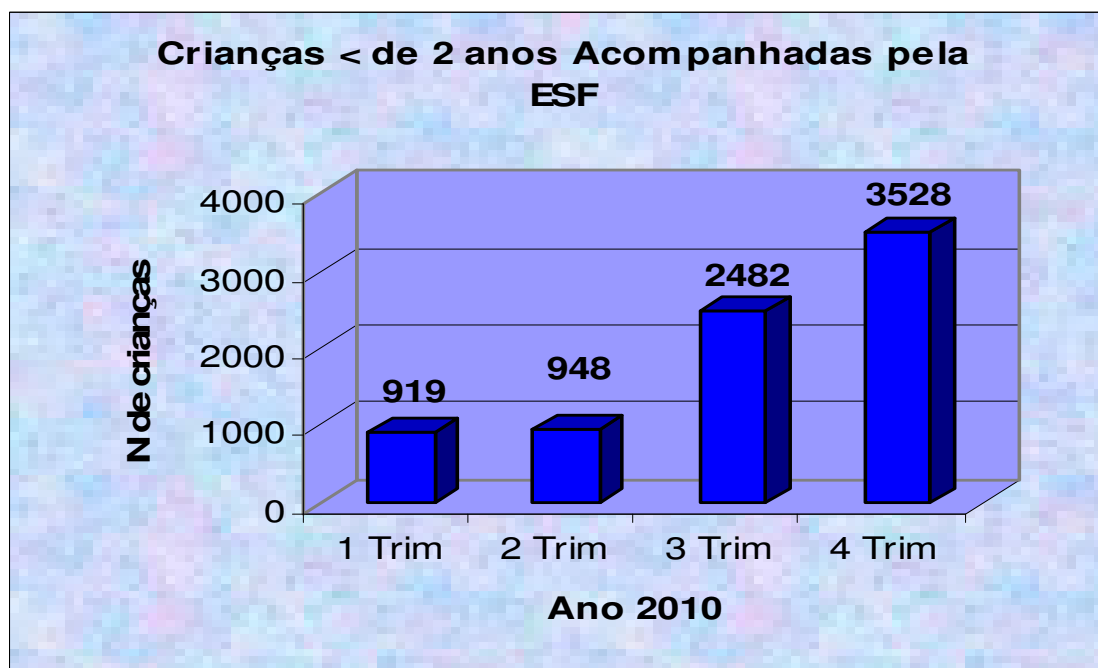


Figura 2 - Evolução do número de acompanhamentos trimestrais de crianças menores de 2 anos pela ESF, no município de Pinhais, em 2010. Fonte: SIAB (tabnet.datasus.gov.br)

b) Encaminhamentos para especialistas

Os dados do SIAB 2010, demonstram que os profissionais da Atenção Básica encaminharam cerca de 7.144 usuários para atendimento com especialistas.

Por meio de levantamento com a central de marcação de consultas do município verificou-se que as 10 especialidades com maior número de encaminhamentos são pela ordem: fisioterapia, psiquiatria, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, urologia, dermatologia, cardiologia, neurologia e psicologia.

No entanto, o maior problema é com a demanda reprimida que altera a ordem acima especificada, pois os encaminhamentos para as especialidades de fisioterapia e psiquiatria que são os maiores não apresentam fila de espera, ou seja, não possuem demanda reprimida. Em relação a fisioterapia, não há grandes dificuldades, pois o município dispõe de clínica própria e credenciamento com mais 3 clínicas e, quanto aos encaminhamentos para psiquiatria que também não tem fila de espera, normalmente são de pacientes que retornam pela necessidade de nova receita do medicamento.

Já nos casos de encaminhamento para oftalmologista, o problema é o alto índice de absenteísmo, que chega a 30%; o tempo médio de espera por consulta é de 2 meses ou nos casos mais complicados como cirúrgicos ou hospitalares chega a ser de 4 meses, porém ambos apresentam o mesmo índice de absenteísmo. Esse fato gera uma demanda reprimida de cerca de 950 pacientes. É provável que o absenteísmo deva-se a demora pela consulta, porém como não há confirmação ou desistência previa da consulta pelo paciente não há tempo hábil para substituição por alguém da fila de espera.

A demanda reprimida pelo especialista de ortopedia é de 1.300 pacientes, e conforme relato da responsável pela central de marcação de consultas: *“o número de encaminhamentos é muito grande, quase na mesma situação da fisioterapia, muitos casos crônicos e ou encaminhamentos a pedido do paciente para casos que poderiam ser atendidos pelo médico da unidade. Temos apenas uma clínica que atende ortopedia onde encaminhamos cerca de 250 pacientes / mês”*.

Com relação aos encaminhamentos para as especialidades de otorrinolaringologia, com demanda reprimida de 950 pacientes e cardiologia com demanda reprimida de 650 pacientes, a fila é devido a marcação ser realizada exclusivamente pela Central de Marcação de Curitiba.

Conforme expõe a responsável pela marcação de consultas em Pinhais, as especialidades de urologia e dermatologia, com demanda reprimida de 750 e 1.200 respectivamente, também são apenas marcadas pela Central de Marcação de Curitiba, porém notam-se casos de encaminhamentos que poderiam ser realizados na unidade de saúde, como exemplifica *“há muitos casos de encaminhamento para prevenção de câncer de próstata (toque retal), o que poderia ser realizado na unidade”*.

A demanda reprimida de encaminhamentos para psicologia de 1.150 pacientes é motivada pelo fato de que, atualmente, o município não tem convênio com prestador externo e a clínica do município atende apenas os casos de urgência.

Um dos nós críticos da marcação de consultas são os encaminhamentos para neurologia que tem a maior demanda reprimida, 1490 pacientes, devido as consultas serem marcadas apenas pela central de marcação de Curitiba e a oferta de vaga ser muito baixa, conforme relata a responsável *“temos problemas até em manter em dia os casos de urgência. Nota-se que a maioria dos encaminhamentos são por cefaléia ou enxaqueca e outros sintomas, que deveriam ser mais investigados pelos clínicos”*.

A demanda reprimida para a especialidade de nutrição atualmente é de 890 pacientes em fila de espera, sendo a demanda mensal de aproximadamente 50 pacientes/mês conforme explica a responsável pela central de marcação de consultas do município *“a fila está grande, pois a marcação é feita somente pela central de Curitiba e não conseguimos mais que 10 vagas no mês”*.

c) Opinião da composição do NASF pelos profissionais da ESF

Através do levantamento da opinião dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, a respeito de quais especialidades poderiam compor o NASF, os mesmos tiveram oportunidade de escolher 5 (cinco) opções das

treze (13) listadas referente ao NASF 2, segundo a Portaria 154. Além de assinalar os profissionais, foram solicitados a responder a questão: “*Em quais ações e/ou solução de problemas os profissionais selecionados seriam importantes?*”.

A pesquisa foi respondida por 100 (cem) profissionais no total, sendo 86 da ESF e 14 da Atenção Básica (AB). Porém, como os formulários foram enviados através de comunicação, explicitando a coleta das respostas apenas das equipes da ESF, foram considerados apenas os 86 formulários.

Os formulários foram respondidos por 64 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 12 Técnicos de Enfermagem, 5 Médicos e 5 Enfermeiros. Na opinião dos profissionais da ESF a composição do NASF em Pinhais seria, pela ordem, composto conforme a tabela abaixo por:

Tabela 1 - Composição do NASF na opinião dos profissionais da ESF de Pinhais

Profissional	Percentual de escolha
psicólogo	84%
nutricionista	73%
assistente social	69%
profissional de educação física	59%
fisioterapeuta	52%

Fonte: Formulários de pesquisa da opinião dos profissionais da ESF de Pinhais

Na proposta enviada pelo município de implantação do NASF, não há inclusão do profissional de educação física, enquanto na opinião dos profissionais da ESF é o quarto mais recomendado. Já o farmacêutico indicado na proposta do município, como um profissional a compor a equipe do NASF, na opinião da equipe ESF, obteve apenas 22% de escolha.

Com relação a questão “*Em quais ações e/ou solução de problemas os profissionais selecionados seriam importantes?*” os profissionais pontuaram, ações em grupos, ações e programas de prevenção e promoção a saúde,

citando ainda a diminuição do fluxo de usuários na unidade e apoio nas visitas domiciliares.

Conforme resposta de um ACS sobre o apoio *“os profissionais contribuiriam para dar maior qualidade ao usuário visando fortalecimento do ‘programa’ (ESF) e da rede”*. O psicólogo foi relacionado principalmente ao problema das drogas, o nutricionista aos problemas de obesidade e aos pacientes do hiperdia (hipertensos e diabéticos) e o profissional de educação física foi relacionado ao apoio na promoção dos exercícios físicos e no combate ao sedentarismo.

Uma outra resposta colocada pelos profissionais foi *“para lidar com os problemas sem medicação há outras formas. Para ensinar a população, colocar o paciente como centro e não a medicina”*.

A contribuição das equipes no levantamento das opiniões foi realmente imprescindível neste trabalho, pois permitiu considerar e conhecer o conceito que a ESF tem a respeito do NASF no apoio das ações na comunidade.

5. Proposta:

5.1 – Desenvolvimento da proposta:

O projeto prevê a implantação do NASF em 4 (quatro) momentos, possibilitando a todos os envolvidos o empoderamento dessa “nova” estratégia de sustentação do sistema de saúde baseado na responsabilização e na integralidade da atenção à saúde.

Como **primeiro momento** o projeto de implantação do NASF propõe encontros entre os profissionais que irão compor a equipe para balizamento de saberes e conhecimentos a respeito da metodologia do NASF e da Estratégia Saúde da Família (ESF) abordando os temas: organização e desenvolvimento do processo de trabalho do NASF, ferramentas do NASF (Apoio Matricial, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular, Projeto de Saúde no Território e Pactuação de Apoio), Diretrizes do NASF e Aspectos Normativos (Portaria 154/2008).

Os encontros são importantes para uma primeira interação entre os profissionais da equipe e estes com a proposta do NASF. Sugere-se que os

materiais utilizados para a discussão sejam o Caderno de Atenção Básica número 27 do Ministério da Saúde – 2010, a Portaria 154/2008 que estabelece o NASF e a Série B - Textos Básicos da Saúde (Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular) do Ministério da Saúde - 2007.

Os encontros devem ter um facilitador que poderá ser o coordenador do NASF. Propõe-se que esses encontros sejam sistematizados em: 1) apresentação, com o objetivo de introduzir o tema através de exposição, leitura e reflexão com perguntas dirigidas objetivando a sua incorporação; 2) discussão e construção da primeira experiência interdisciplinar de trabalho em equipe e 3) explanação da discussão pela equipe, motivando desta forma a comunicação.

A avaliação do encontro pode ser efetuada através de diferentes procedimentos, porém sugere-se a construção de um painel com os itens:

O que aprendi:

Minha dificuldade é:

O desafio é:

Com essa dinâmica, os profissionais poderão compor o retrato do NASF de forma coletiva e crítica.

No último encontro, cada profissional deverá montar sua estratégia de atuação no NASF, a partir do que foi estudado e discutido, apresentando as propostas de atividades, intervenções, tipo de apoio e estratégias para o desenvolvimento do trabalho com as equipes da ESF. Além dessa tarefa, os profissionais, exercendo uma atividade correlata de educação permanente em saúde, através de acordo, deverão escolher temas do NASF e preparar um seminário para as equipes da ESF.

Seguindo a proposta de implantação, **o segundo momento** será a elaboração de um seminário para as equipes da ESF que serão apoiadas pelo NASF. O seminário deverá ter como princípio, a constituição da rede de cuidado à saúde de forma corresponsabilizada entre a equipe do NASF e as equipes da ESF.

No seminário serão abordados temas como: a Atenção Primária a Saúde (APS), suas características e atributos, com discussão da prática atual, a construção da rede de cuidados à saúde, um paralelo do processo de trabalho

das equipes da ESF e do processo de trabalho do NASF, o conceito de Apoio Matricial. As ferramentas tecnológicas para o NASF poderão ser trabalhadas em forma de oficina (Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular, Projeto de Saúde no Território e Pactuação de Apoio).

A proposta do seminário é que seja um espaço de discussão e construção de maneira que todos possam participar e contribuir com o levantamento de problemas e soluções, com estratégias de trabalho e exercício de comunicação em equipe. Além disso, o seminário possibilitará a interdisciplinaridade, o primeiro contato das equipes de referência de saúde da família com a equipe de apoio do NASF, a compreensão de uma “nova” estratégia para a quebra do modelo fragmentado de atenção a saúde, da lógica do encaminhamento para o especialista pela lógica da corresponsabilização pela situação de saúde do indivíduo, da família e do território.

Os procedimentos didáticos a serem empregados no seminário são: trabalho em grupos, exposições, reuniões (com momentos de leitura e reflexão), estudos de caso para exercício do PTS e dramatizações. Para avaliação do seminário poderá ser elaborado um quadro com as situações reais encontradas na prática das equipes de ESF, onde e como deverá ser o apoio do NASF. Essa estratégia possibilitará visualizar até que ponto as ações e atividades pré definidas nos encontros da equipe do NASF, estarão de acordo com a expectativa e a realidade nos territórios das unidades de saúde.

No **terceiro momento** da proposta a equipe do NASF irá para o campo de trabalho nas unidades de saúde. Esse momento poderá ser sistematizado da seguinte forma: no primeiro dia, cada profissional da equipe do NASF, ficará em uma unidade de saúde, com o compromisso de fazer uma representação, um desenho do funcionamento da unidade, das equipes de saúde, das características do território, da população, das atividades desenvolvidas, da rotina, dos tipos de relacionamento, enfim uma caracterização geral na busca para visualizar a inserção do NASF.

No segundo e terceiro dias, a equipe do NASF será dividida em duplas e voltará às unidades, participando das visitas domiciliares e dos atendimentos aos usuários, com revezamento nas duplas. No quarto dia, cada profissional do NASF (psicólogo, nutricionista, farmacêutico, assistente social, fisioterapeuta) acompanhará uma equipe da ESF. No quinto e último dia de exercício, os

profissionais do NASF participarão de reuniões nas unidades de saúde, com objetivo de discutir casos e conhecer mais as equipes e a rotina do trabalho.

O **quarto momento** da proposta de implantação será a realização de um novo encontro da equipe do NASF para apresentação das experiências vivenciadas nas unidades de saúde, do retrato de cada unidade, dos desafios e dificuldades, para discussão das possibilidades de ações e atividades e para revisar o planejamento feito no primeiro momento com a realidade encontrada.

Nesse momento, a equipe do NASF de maneira coletiva e participativa deverá organizar um cronograma de trabalho e em conjunto com representantes das equipes da ESF definir o planejamento das atividades e ações. O modelo de cronograma poderá ser o seguinte:

	Unidade de Saúde Vila Amélia (3 equipes de ESF)		Unidade de Saúde Tarumã (1 equipe de ESF)		Unidade de Saúde Maria Antonieta (2 equipes de ESF)		Unidade de Saúde Weissopolis (2 equipes de ESF)		Unidade de Saúde Vargem Grande (1 equipe de ESF)	
	Profissional	Atividade								
Segunda (manhã)										
Segunda (tarde)										
Terça (manhã)										
Terça (tarde)										
Quarta (manhã)										
Quarta (tarde)										
Quinta (manhã)										
Quinta (tarde)										
Sexta (manhã)										
Sexta (tarde)										

Com o modelo sugerido todas as unidades de saúde e equipes da ESF estarão cobertas pelo apoio do NASF. O planejamento poderá ser trimestral, o que possibilita uma avaliação periódica das ações e atividades desenvolvidas e o monitoramento dos resultados estipulados.

No modelo proposto, um período por semana deverá ser reservado para reunião da equipe do NASF, para avaliação e monitoramento sistemático da estratégia e do uso das ferramentas: clínica ampliada, projeto terapêutico singular, projeto de saúde do território, apoio técnico-pedagógico, dificuldades, desafios e processo de trabalho.

5.2 - Plano de implantação:

A estratégia de implantação do NASF em 4 (quatro) momentos é uma tentativa de suprir a deficiência na formação dos profissionais de saúde, que não tem na formação acadêmica, ênfase no sistema de saúde vigente no país, a técnica de trabalho em equipe e o planejamento.

O primeiro passo para a implantação será a definição de uma equipe organizadora que ficará responsável pela seleção e preparação do material de apoio para os encontros, a definição do local e o planejamento das atividades. A equipe organizadora poderá ser composta pelo coordenador do NASF, o gestor da APS e um profissional da saúde capacitado em ESF e NASF.

A etapa de elaboração do primeiro momento – os encontros da equipe do NASF – poderá ser executada em um mês com reuniões semanais da equipe organizadora. Os encontros poderão ser concentrados no período de uma semana.

A etapa da elaboração do seminário para os profissionais da ESF também deverá ter o prazo de um mês para elaboração, porém a equipe organizadora será ampliada com os profissionais da equipe do NASF. A proposta é de duas reuniões por semana para discussão e organização do seminário que também terá a duração de uma semana.

Subseqüente às etapas dos encontros e seminários, após dois meses, a equipe do NASF passará para a **etapa de reconhecimento de campo** nas Unidades de Saúde, antes, porém a equipe organizadora e a equipe do NASF farão o planejamento com a definição de datas, das unidades, das duplas, das equipes e atividades a serem desenvolvidas na semana de trabalho em campo.

Na semana seguinte, a equipe do NASF finalizará a etapa de implantação com 5 encontros: o primeiro entre a própria equipe do NASF; o segundo com a equipe organizadora; terceiro e quarto encontros com as equipes da ESF, e o último encontro para a apresentação ao gestor de saúde do planejamento construído durante as etapas de implantação.

5.3 - Recursos:

5.3.1 Humanos:

Para a implantação do NASF em Pinhais são necessários 7 (sete) profissionais (um psicólogo, um farmacêutico, um nutricionista, dois assistentes sociais e dois fisioterapeutas), o coordenador do NASF, o gestor da APS e o profissional capacitado em ESF e NASF, profissionais que já atuam na rede contratados por concurso público.

5.3.2 Materiais

Os materiais necessários são multimídia, apostilas com material de apoio, cartazes, painel, quadro, canetas, pincel piloto, materiais para dinâmicas e dramatizações, e outros a serem levantados pela equipe organizadora.

5.3.3 Instalações

Para a metodologia de implantação do NASF nos primeiro, terceiro e quarto momentos, será necessário uma sala de reuniões com capacidade para comportar até 20 pessoas. Para o segundo momento – o seminário- e a apresentação final - será necessário um espaço para 90 pessoas, com auditório e salas para as oficinas de trabalho.

5.4 - Resultados esperados:

Espera-se com a proposta de implantação do NASF atingir as seguintes metas:

- Redução do número de encaminhamentos para especialistas e conseqüentemente a fila de espera por atendimento, melhorando o fluxo de atendimento na APS;
- Ampliação das ações de prevenção e promoção a saúde através do apoio matricial às equipes de referencia;
- Realização de ações intersetoriais objetivando a melhora da qualidade de vida da população atendida;
- Aumento da eficiência e da eficácia da assistência ao usuário, com diagnóstico e continuidade no tratamento de forma multidisciplinar, com o foco no indivíduo e não na doença, diminuindo o número de casos que necessitam de internamento;

- Permanente capacitação em saúde das equipes de referência e da equipe do NASF, através de ciclos de estudos estabelecidos;
- Baixo número de casos encaminhados aos especialistas do NASF;
- Cumprimento do prazo de implantação com o desenho estipulado (encontros, reuniões, seminário, apresentação, experiência de campo).

Os indicadores quantitativos a serem utilizados para medir o sucesso da implantação do NASF poderão ser dados trimestrais como percentual de aleitamento materno, número de encaminhamentos para especialistas, número de consultas por alterações / complicações no grupo prioritário de intervenção hipertensos e diabéticos, número de grupos e ações de promoção e prevenção a saúde, número de atendimentos compartilhados, número de PTS desenvolvidos, número de apoios técnico-pedagógicos, número de nascidos vivos com peso > 2500g; redução dos casos de doenças infecto – parasitárias; redução da utilização de medicamentos, principalmente, os psicotrópicos; pesquisa a respeito da melhora da qualidade de vida, com monitoramento do peso, frequência cardíaca, frequência da prática de atividade física e do acesso ao lazer; número de pacientes com triagem e diagnóstico de transtorno mental para o CAPS II e AD.

5.5 - Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas:

Um problema esperado com a implantação do NASF é a perpetuação da lógica do encaminhamento para o especialista, que estaria mais acessível. Com o objetivo de evitar essa prática fragmentada de intervenção no processo saúde-doença, a agenda dos profissionais do NASF deve ser bem limitada no atendimento individual, apenas para os casos extremamente necessários, e a disponibilidade para o atendimento compartilhado deve ser bem planejada assim como o apoio técnico pedagógico, sendo que as duas últimas atividades devem ocupar cerca de 80% do tempo disponibilizado, caracterizando o apoio matricial.

Outro risco é a não realização de encontros de planejamento. Para evitar esse risco, o espaço para reuniões e discussão do projeto terapêutico singular deve estar na programação das unidades de saúde, das equipes de referência e da equipe do NASF, tanto de forma coletiva (unidade de saúde) como em

grupos (equipe da ESF) e individual (profissional de referencia e profissional de apoio). Esses encontros devem estar sistematizados nas atividades rotineiras.

Um outro problema é a dificuldade na abordagem e repasse de informações para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular. Na tentativa de evitar ou melhorar a coleta de dados relevantes para o planejamento poderão ser elaborados questionários e fichas com perguntas importantes para o posterior apoio dos profissionais da equipe do NASF.

Outra dificuldade é a capacidade de trabalhar em equipe e de comunicação. Na busca de minimizar esse problema nas reuniões da unidade poderão ser realizadas dinâmicas de comunicação e de trabalho em equipe, brincadeiras para descontração das equipes, construção de um livro de histórias com o relato das vivencias em saúde pública pelos profissionais, comemorações de datas e/ou conquistas no trabalho.

Uma outra questão que pode interferir negativamente no trabalho do NASF é a não vinculação das equipes de referencia à equipe de apoio, pois os profissionais da equipe de referencia tem uma convivência diária, enquanto a equipe de apoio não terá uma presença tão constante. Para evitar esse distanciamento é importante que a equipe de apoio se interesse pelos casos da unidade, chame os profissionais pelo nome, converse com a equipe de referencia, e se mostre aberta e integrante da equipe. Para isso é importante uma agenda, caderneta, com anotações que devem sempre ser revisadas antes do início das atividades com esta ou aquela equipe.

6. Conclusão:

A partir das análises para elaboração do projeto de implantação do NASF em Pinhais com apoio as equipes de ESF, do perfil epidemiológico do município caracterizado por um volume grande de casos de doenças crônico não transmissíveis, do expressivo número de encaminhamentos feitos para especialistas, da avaliação da composição do NASF pelos profissionais da ESF, pela dificuldade na inovação e incorporação de novas tecnologias e metodologias de trabalho pelos profissionais de saúde, pela escassez de rotinas de planejamento, argumenta-se na modelagem de implantação do NASF em 4 momentos.

O primeiro momento será importante para o balizamento dos saberes dos profissionais e o reconhecimento da estratégia do NASF. O segundo momento, do seminário, será o encontro entre a referência e o apoio com discussões das técnicas de trabalho e as ferramentas do NASF. No terceiro momento, o NASF começa a despontar no território, na área de abrangência tem início a tarefa de comunicação integradora entre equipes e entre os usuários do sistema de saúde. No quarto momento, o fechamento da proposta, é o planejamento participativo com as definições das estratégias e ações de saúde.

A implantação do NASF é um desafio, pois propõe-se a romper com antigas estruturas de saúde, com a lógica dos encaminhamentos, a fragmentação do cuidado, a supremacia do médico em detrimento dos demais saberes. Traz a inovação com o trabalho em equipe interdisciplinar, participativo e planejado, através das ferramentas do apoio matricial, dos projetos terapêuticos, da clínica ampliada e da pactuação de apoio.

Assim, o projeto metodológico de implantação do NASF, é uma possibilidade para os profissionais que atuam na Atenção Primária a Saúde, de consolidação da Estratégia Saúde da Família através da responsabilização e da atenção integral a saúde. Apresenta-se como estratégia para minimizar alguns nós como os encaminhamentos para especialistas e as longas filas de espera.

7. Referências Bibliográficas:

1. MÂNGIA, E. F.; LANCMAN, S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, v. 19, n. 2, p. i, maio/ago. 2008.
2. KUSCHNIR, R.C.; CHORNY, A.H.; LIRA, A.M.L. **Gestão de sistemas** - Gestão dos sistemas e serviços de saúde. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES : UAB, 2010. 180p.
3. REIS, E. **Mostra de Experiências Bem-sucedidas em Nutrição NASF** - A Atuação do Nutricionista na Atenção Básica no Município de Olinda/PE. Disponível em: http://nutricao.saude.gov.br/evento/2mostra/mostra_trabalho_rel.php?cod=4764. Acesso em: 20 junho 2011.
4. CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007.
5. MOLINI-AVEJONAS, D.R.; MENDES, V.L.F.; AMATO, C.A.H. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. **Rev Soc Bras Fonoaudiologia**.15(3):465-74, 2010.
6. CAMPOS, G.W.S. Equipes de Referência e Apoio Especializado Matricial: Um Ensaio Sobre a Reorganização do Trabalho em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**; volume 4, número 2, páginas 393-403. 1999
7. DELFINI, P.S.S. et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1483-1492, 2009
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família** . – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 152 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).
9. ASSIS, A.M.O. et al. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Rev. Nutr.**, Campinas, 15(3):255-266, set./dez., 2002
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
11. CAMPOS, G.W. et al. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(3):745-749, 2004.
12. ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.
13. CAVALHEIRO, M.T.P. Fonoaudiologia e Saúde da Família. **Rev. CEFAC**. 11(2):179-368, Abr-Jun, 2009.

14. VILELA, E.M.; MENDES, I.J.M. Interdisciplinaridade e Saúde: Estudo Bibliográfico. **Rev Latino-am Enfermagem**; 11(4):525-31. Jul-Ago, 2003.
15. CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **O Papel do Nutricionista na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, 2008.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n.154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília; 2008. **Diário Oficial da União** 25 Jan 2008.
17. TAKANO, L; FARIA, E.T.; GAROZI, D.E.; SILVA, A.P.P.; SANTOS, U.G.; PIRES, A.C.T.; ALBERTO, F.A.; ZORZETTO, J.C. NASF – Experiência de Marília/SP na Implantação do Núcleo de Apoio à saúde da Família. **2 Mostra Municipal de Produção em Atenção Básica / Saúde da Família – Integrada a Mostra PET Saúde**
18. DOMITTI, A.C.P. **Um Possível Diálogo com a Teoria a partir das Práticas de Apoio Especializado Matricial na Atenção Básica de Saúde**. 2006. Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2006.
19. GOMES, V.G. Apoio Matricial: **estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP**. 2006. Trabalho de conclusão do curso de Aprimoramento em Saúde Mental - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2006.
20. OLIVEIRA, G.N. **O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. 2007. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2007.
21. NELCY, F.S. **O Nutricionista na Atenção Básica**. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/eficiente/repositorio/Artigos/51.pdf>. Acesso em: 10 abril 2011.
22. COUTINHO, J.G. et al. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 2:S332-S340, 2008 .
23. BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSpr.def>. Acesso em 20 junho 2011.
24. PINHAIS. **Projeto de Implantação do NASF Centro**. Secretaria Municipal de Saúde de Pinhais. Pinhais/PR. Abr 2011.
25. IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cademos/Montapdf.php?Municipio=83320&btOk=ok>. Acesso em: 30 junho de 2011.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Disponível em: http://nutricao.saude.gov.br/sisvan/relatorios/gera_relatorio.php. Acesso em: 15 julho 2011.

ANEXOS*Anexo 1***PROJETO DE IMPLANTAÇÃO****NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
NASF - CENTRO****LUIZ GOULARTE ALVES****PREFEITO MUNICIPAL****VILMA MARTINS SERRA****SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE****IVANILDE GONÇALVES DO NASCIMENTO****DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE****ADRIANE DA SILVA JORGE*****Elaboração*****MUNICÍPIO DE PINHAIS / PR****ABRIL/2011**

SUMÁRIO

Identificação do Município.....	03
Caracterização Geral.....	08
Objetivo.....	08
Justificativa.....	08
Área Geográfica a ser coberta.....	09
Definição das áreas e ocupações que irão compor a equipe do NASF.....	10
Atividades a serem desenvolvidas.....	10
Alimentação e Nutrição.....	11
Saúde Mental.....	12
Serviço Social da Saúde.....	13
Reabilitação.....	15
Assistência Farmacêutica.....	17
Descrição da Unidade de Saúde em que será implantado o NASF.....	19
Proposta de Fluxo dos Usuários.....	19
Monitoramento e avaliação.....	22
Formas de seleção e contratação dos recursos humanos.....	23
Anexo - Ata do Conselho Municipal de Saúde.....	24

1. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

Município Proponente: Pinhais - Paraná

Código IBGE: 411915

Endereço: Rua Primeiro de Maio, 428 - Centro

Fone: (41) 3912-5300

e-mail: saúde@pinhais.pr.gov.br

1.1 HISTÓRICO

Da incipiente população e dos esparsos domicílios, foi surgindo ao longo de um século, o Município de Pinhais - hoje um dos mais povoados do estado do Paraná. Aqueles tempos de difícil acesso, da morosidade do trem e da escassez de infra-estrutura não faz mais parte da realidade da população pinhaiense; todavia, essas imagens ainda povoam a memória dos moradores mais antigos. Da mesma forma a Cerâmica Weiss, fator aglutinador e gerador de riquezas, passou do âmbito da realidade para se tornar um dos elementos de identidade do município de Pinhais.

A Estação Ferroviária é outro fator muito importante na formação da cidade - da gradual redução do seu nome (inicialmente "Estação São José dos Pinhais"), depois "Estação Pinhais" que surgiu o nome do então povoado.

Foi justamente da conjunção desses dois fatores - cerâmica e estação - que iniciou-se uma povoação mais densa. Dessa forma a região em torno da Estação de trem constitui o Marco Zero da atual cidade.

Em 120 anos de existência, a localidade veio a abrigar populações provenientes das mais diferentes regiões. Migrantes e imigrantes que aqui se fixaram estabeleceram forte elo de ligação com a cidade não somente com a sua situação geográfica, mas principalmente com o ethos cultural que emoldura e impulsiona a vivência da cidade.

Mas não é unicamente da qualidade de sua gente que se faz uma cidade; é o cotidiano das relações, na intensidade dos menores gestos, no dia a dia das atitudes e dos afetos para com a cidade e os cidadãos, que se constitui a trama

da vida social e cultural. Nesse exercício cotidiano da cidadania, a história desempenha um papel fundamental.

O homem necessita da história, porque lembrar-se do passado é condição necessária para todas as construções humanas.

1.2. Perfil Sócio-Econômico

Em termos econômicos, o município de Pinhais representa atualmente a 12ª economia do estado do Paraná. Conta com elevado número de empresas que atuam nos mais variados setores, dinamizando cada vez mais o perfil sócio-econômico do município e regiões circunvizinhas.

1.3. Perfil Demográfico

Sendo o menor Município do Paraná em área territorial, com 60,92Km² (quilômetros quadrados), com uma população de 118.321 habitantes, Pinhais destaca-se no cenário nacional.

- População Estimada pelo Censo do IBGE para o ano de 2009;
- Densidade demográfica 2009: 1.935,31%
- Taxa de crescimento geométrico: 3,55%

1.4. Aspectos Urbanos:

Ligações de Energia Elétrica : 33.818

Ligações de Água: 27.802

Ligações de Esgoto : 11.889

1.5. Aspectos Econômicos :

Agropecuária: 1.158

Indústria: 469,37

Serviços: 806.001

PIB per capita: 12.514

Indústrias Dominantes: Comércio Varejista, Adm. De Imóveis, Metalúrgica, Construção Civil.

1.6. Estrutura dos Serviços de Saúde:

U.S.F Eduardo Zielonka (Maria Antonieta) e Clínica Odontológica

Rua Jerônimo Mendes dos Santos nº 506 - Vila Maria Antonieta

Fone: 3912-5354

U.S.F Perdizes

Rua Crescêncio Batista nº 514 - Jardim Perdizes

Fone: 3912-5359

U.S.F Esplanada

Rua Gana nº 126 - Vila Esplanada

Fone: 3912-5356

U.S.F Alaor Artigas (Weissópolis) e Clínica Odontológica

Rua Rio Solimões nº 159 - Weissópolis

Fone: 3912-5352

U.S.F Primo Vicentine (Tebas) e Clínica Odontológica

Avenida Juriti nº 132 - Jardim Claudia

Fone: 3912-5358

U.S.F Vila Amélia e Clínica Odontológica

Rua Arthur Bernardes nº 342 - Vila Amélia

Fone: 3912-5355

U.S.F Tarumã e Clínica Odontológica

Rua Guilherme Weiss nº 500 - Vila Tarumã

Fone: 3912-5351

U.S.F Vargem Grande

Rua Guilherme Ceolin nº 551 - Vargem Grande

Fone: 3912-5353

U.S.F Perneta

Rua Maximiliano Rosenvelt nº 983 - Emiliano Perneta

Fone: 3912-5357

Unidade de Saúde da Mulher

Rua Sete de Setembro nº 205 - Centro

Fone: 3912-5384

Unidade de Emergência - 24 horas

Rua Wanda dos Santos Mallmann, 710 - Centro

Fone: 3959-9280

Centro de Atendimento Psicossocial - CAPS II

Rua Sete de Setembro nº 228 - Centro

Fone: 3912-5730

Centro de Atenção Psicossocial - CAPS ad

Rua Antonio Andrade nº 153 – Vila Maria Antonieta

Fone: 3912-5361

Clínica de Fisioterapia

Rua Primeiro de Maio nº 442 - Centro

Fone: 3912-5385

Serviço de Fonoaudiologia, Psicologia e Serviço Social da Saúde

Rua Sete de Setembro, 205 - Centro

Fone: 3912-5386

Centro de Testagem e Aconselhamento – DST/AIDS

Rua Onze de Junho nº 277 – Centro

Fone: 3912-5399

Hospital Municipal Nossa Senhora da Luz dos Pinhais

Rua Quinze de Outubro nº 190 - Centro

Fone: 3059-9292

2. CARACTERIZAÇÃO GERAL

Nome do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Centro

Nº CNES: 0018341 - UNIDADE DE SAÚDE EDUARDO ZIELONKA - MARIA ANTONIETA

3. OBJETIVO

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.

Atuar em parceria com os profissionais de Saúde da Família compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e nas unidades referenciadas.

Instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários SUS através da qualificação e complementariedade do trabalho das Equipes Saúde da Família (ESF).

Atender usuários juntamente com (modalidade inter-consulta) ou referenciados pelas ESF buscando sempre atuar de maneira pedagógica para ampliar a autonomia e resolutividade daquela equipe para situações semelhantes;

4. JUSTIFICATIVA

Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família, a qual se caracteriza como a porta de entrada prioritária de um sistema hierarquizado, regionalizado

de saúde e o importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS, a Secretaria Municipal de Saúde de Pinhais, visando apoiar a inserção desta Política propõe a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, nos parâmetros da Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008.

5. ÁREA GEOGRÁFICA A SER COBERTA

Caracterização territorial e demográfica do NASF

Área geográfica de atuação (município/bairro/comunidade)	Equipes de Saúde da Família vinculadas (nº das ESF)	População coberta estimada (nº de pessoas)
Unidade de Saúde da Família Tarumã Bairro: Centro Bairro: Estância Pinhais	01	3.911
Unidade de Saúde da Família Alahor Artigas - Weissópolis Bairro: Weissópolis	02	7.905
Unidade de Saúde da Família Vargem Grande Bairro: Vargem Grande	01	4.000
Unidade de Saúde da Família Eduardo Zielonka - Maria Antonieta Bairro: Maria Antonieta	02	7.489
Unidade de Saúde da Família Vila Amélia Bairro: Vila Amélia Bairro: Jardim Karla Bairro: Parque das Nascentes	03	9.479
TOTAL	09	32.784

6. DEFINIÇÃO DAS ÁREAS E OCUPAÇÕES QUE IRÃO COMPOR A EQUIPE DO NASF

Áreas	Ocupações	Nome do(s) profissional(is) presente no NASF a ser implantado	Carga horária semanal
Alimentação e Nutrição	Nutricionista	Jerosiane Nunes Marchaukoski	40
Serviço Social	Assistente Social	Valeria Hahne	30
Serviço Social	Assistente Social	Marcia Andréia Tasca Dulícia	30
Saúde Mental	Psicólogo	Adriana Perotoni	40
Reabilitação	Fisioterapeuta	Rita de Cássia de Oliveira Munhoz Miranda	20
Reabilitação	Fisioterapeuta	José Geraldo Igrezias	20
Assistência Farmacêutica	Farmacêutico	Nicolle Cristina Rodrigues Mansilla	40

7. ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS

São ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem os NASF, a serem desenvolvidas em conjunto com as Equipes de Saúde da Família - ESF:

- identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, as atividades, as ações e as 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 a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos;
- acolher os usuários e humanizar a atenção;

- desenvolver coletivamente, com vistas à intersectorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre 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 dos NASF por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, folders e outros veículos de informação;
- avaliar, em conjunto com as ESF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação 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 dos NASF; e
- elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas ESF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

7.1 - ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

As ações de Alimentação e Nutrição integram o compromisso do setor saúde com relação aos componentes do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional criado pela Lei. nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, com vistas ao direito humano à alimentação adequada.

Detalhamento das ações:

- conhecer e estimular a produção e o consumo dos alimentos saudáveis produzidos regionalmente;
- promover a articulação intersectorial para viabilizar o cultivo de hortas e pomares comunitários;
- capacitar ESF e participar de ações vinculadas aos programas de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais como carências por micronutrientes, sobrepeso, obesidade, doenças crônicas não transmissíveis e desnutrição; e

- elaborar em conjunto com as ESF, rotinas de atenção nutricional e atendimento para doenças relacionadas à Alimentação e Nutrição, de acordo com protocolos de atenção básica, organizando a referência e a contra-referência do atendimento.

7.2 - SAÚDE MENTAL

As ações de Saúde Mental - Atenção aos usuários e a familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental que propicie o acesso ao sistema de saúde e à reinserção social. As ações de combate ao sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença e a questões subjetivas de entrave à adesão a práticas preventivas ou a incorporação de hábitos de vida saudáveis, as ações de enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas e as ações de redução de danos e combate à discriminação.

O NASF deve integrar-se a rede, organizando suas atividades a partir das demandas articuladas junto às equipes de Saúde da Família, devendo contribuir para propiciar condições à reinserção social dos usuários e a uma melhor utilização das potencialidades dos recursos comunitários na busca de melhores práticas em saúde, de promoção da equidade, da integralidade e da construção da cidadania.

Detalhamento das ações:

- realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional;
- apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, situações de violência intrafamiliar;
- discutir com as ESF os casos identificados que necessitam de ampliação da clínica em relação a questões subjetivas;
- criar, em conjunto com as ESF, estratégias para abordar problemas vinculados à violência e ao abuso de álcool, tabaco e outras drogas, visando à redução de danos e à melhoria da qualidade do cuidado dos grupos de maior vulnerabilidade;

- evitar práticas que levem aos procedimentos psiquiátricos e medicamentos à psiquiatrização e à medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;
- fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de atenção não-manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação em relação à loucura;
- desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando constituir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial - conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de auto-ajuda etc;
- priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção em saúde mental se desenvolva nas unidades de saúde e em outros espaços na comunidade;
- possibilitar a integração dos agentes redutores de danos aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; e
- ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração.

7.3 - SERVIÇO SOCIAL DA SAÚDE

As ações de Serviço Social - Ações de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social e maior integração entre serviços de saúde, seu território e outros equipamentos sociais, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais para realização efetiva do cuidado.

Considerando-se o contexto brasileiro, suas graves desigualdades sociais e a grande desinformação acerca dos direitos, as ações de Serviço Social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social propiciando uma maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adstritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania.

Detalhamento das ações:

- coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às ESF;

- estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as ESF;
- discutir e refletir permanentemente com as ESF a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades;
- atender as famílias de forma integral, em conjunto com as ESF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais;
- identificar no território, junto com as ESF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento;
- discutir e realizar visitas domiciliares com as ESF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde;
- possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade, ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as ESF e a comunidade;
- identificar, articular e disponibilizar com as ESF uma rede de proteção social;
- apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde;
- desenvolver junto com os profissionais das ESF estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas;
- estimular e acompanhar as ações de Controle Social em conjunto com as ESF;
- capacitar, orientar e organizar, junto com as ESF, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda; e
- identificar as necessidades e realizar as ações de Oxigenioterapia, capacitando as ESF no acompanhamento dessa ação de atenção à saúde.

7.4 - REABILITAÇÃO

Ações de Reabilitação - Ações que propiciem a redução de incapacidades e deficiências com vistas à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos,

favorecendo sua reinserção social, combatendo a discriminação e ampliando o acesso ao sistema de saúde.

A Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência - Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 - compreende que as “deficiências podem ser parte ou expressão de uma condição de saúde, mas não indicam necessariamente a presença de uma doença ou que o indivíduo deva ser considerado doente” (CIF, 2003).

O processo de reabilitação, tendo em vista seu compromisso com a Inclusão Social, deve ocorrer o mais próximo possível da moradia, de modo a facilitar o acesso, a valorizar o saber da comunidade e a integrar-se a outros equipamentos presentes no território. Assim, é fundamental que os serviços de atenção básica sejam fortalecidos para o cuidado da população com deficiência e suas equipes tenham os conhecimentos necessários à realização de uma atenção resolutiva e de qualidade, encaminhando adequadamente os usuários para os outros níveis de complexidade quando se fizer necessário.

As ações de reabilitação devem ser multiprofissionais e transdisciplinares, provendo o desenvolvimento de responsabilidades compartilhadas no qual, por meio do entrosamento constante entre os diferentes profissionais, se formulem projetos terapêuticos únicos que considerem a pessoa, suas necessidades e o significado da deficiência no contexto familiar e social. Os resultados das ações deverão ser constantemente avaliados na busca por ações mais adequadas e prover o melhor cuidado longitudinal aos usuários.

Detalhamento das ações:

- realizar diagnóstico, com levantamento dos problemas de saúde que requeiram ações de prevenção de deficiências e das necessidades em termos de reabilitação, na área adstrita às ESF;
- desenvolver ações de promoção e proteção à saúde em conjunto com as ESF incluindo aspectos físicos e da comunicação, como consciência e cuidados com o corpo, postura, saúde auditiva e vocal, hábitos orais, amamentação, controle do ruído, com vistas ao autocuidado;
- desenvolver ações para subsidiar o trabalho das ESF no que diz respeito ao desenvolvimento infantil;

- desenvolver ações conjuntas com as ESF visando ao acompanhamento das crianças que apresentam risco para alterações no desenvolvimento;
- realizar ações para a prevenção de deficiências em todas as fases do ciclo de vida dos indivíduos;
- acolher os usuários que requeiram cuidados de reabilitação, realizando orientações, atendimento, acompanhamento, de acordo com a necessidade dos usuários e a capacidade instalada das ESF;
- desenvolver ações de reabilitação, priorizando atendimentos coletivos;
- desenvolver ações integradas aos equipamentos sociais existentes, como escolas, creches, pastorais, entre outros;
- realizar visitas domiciliares para orientações, adaptações e acompanhamentos;
- capacitar, orientar e dar suporte às ações dos ACS;
- realizar, em conjunto com as ESF, discussões e condutas terapêuticas conjuntas e complementares;
- desenvolver projetos e ações intersetoriais, para a inclusão e a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência;
- orientar e informar as pessoas com deficiência, cuidadores e ACS sobre manuseio, posicionamento, atividades de vida diária, recursos e tecnologias de atenção para o desempenho funcional frente às características específicas de cada indivíduo;
- desenvolver ações de Reabilitação Baseada na Comunidade - RBC que pressuponham valorização do potencial da comunidade, concebendo todas as pessoas como agentes do processo de reabilitação e inclusão;
- acolher, apoiar e orientar as famílias, principalmente no momento do diagnóstico, para o manejo das situações oriundas da deficiência de um de seus componentes;
- acompanhar o uso de equipamentos auxiliares e encaminhamentos quando necessário;
- realizar encaminhamento e acompanhamento das indicações e concessões de órteses, próteses e atendimentos específicos realizados por outro nível de atenção à saúde; e
- realizar ações que facilitem a inclusão escolar, no trabalho ou social de pessoas com deficiência.

7.5 - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

As ações de Assistência Farmacêutica - Ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, no âmbito individual e coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional.

Fortalecer a inserção da atividade farmacêutica e do farmacêutico de forma integrada às equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, cujo trabalho buscará garantir à população o efetivo acesso e a promoção do uso racional de medicamentos, contribuindo com a resolubilidade das ações de promoção, de prevenção e de recuperação da saúde, conforme estabelecem as diretrizes da Estratégia da Saúde da Família e da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Detalhamento das ações:

- coordenar e executar as atividades de Assistência Farmacêutica no âmbito da Atenção Básica/Saúde da Família;
- auxiliar os gestores e a equipe de saúde no planejamento das ações e serviços de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica/ Saúde da Família, assegurando a integralidade e a intersetorialidade das ações de saúde;
- promover o acesso e o uso racional de medicamentos junto à população e aos profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o uso;
- assegurar a dispensação adequada dos medicamentos e viabilizar a implementação da Atenção Farmacêutica na Atenção Básica/ Saúde da Família;
- selecionar, programar, distribuir e dispensar medicamentos e insumos, com garantia da qualidade dos produtos e serviços;
- receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos na Atenção Básica/ Saúde da Família;
- acompanhar e avaliar a utilização de medicamentos e insumos, inclusive os medicamentos fitoterápicos, homeopáticos, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população;
- subsidiar o gestor, os profissionais de saúde e as ESF com informações relacionadas à morbimortalidade associados aos medicamentos;

- elaborar, em conformidade com as diretrizes municipais, estaduais e nacionais, e de acordo com o perfil epidemiológico, projetos na área da Atenção/Assistência Farmacêutica a serem desenvolvidos dentro de seu território de responsabilidade;
- intervir diretamente com os usuários nos casos específicos necessários, em conformidade com a equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, visando uma farmacoterapia racional e à obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados à melhoria da qualidade de vida;
- estimular, apoiar, propor e garantir a educação permanente de profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família envolvidos em atividades de Atenção/Assistência Farmacêutica; e
- treinar e capacitar os recursos humanos da Atenção Básica/ Saúde da Família para o cumprimento das atividades referentes à Assistência Farmacêutica.

8 - DESCRIÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE EM QUE SERÁ IMPLANTADO O NASF

Informações Gerais	UNIDADE DE SAUDE EDUARDO ZIELONKA		
Instalações Físicas para Assistência			
AMBULATORIAL			
Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:	
CLINICAS BASICAS	4	0	
CLINICAS INDIFERENCIADO	2	0	
ODONTOLOGIA	1	0	
SALA DE CURATIVO	1	0	
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0	
SALA DE IMUNIZACAO	1	0	
SALA DE NEBULIZACAO	1	0	
SALA DE REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	1	0	
Serviços de Apoio			
Serviço:	Característica:		
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO		
FARMACIA	PROPRIO		
S.A.M.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUARIO DE PACIENTE)	PROPRIO		

9 - PROPOSTA DE FLUXO DOS USUÁRIOS PARA GARANTIA DE REFERÊNCIA AOS SERVIÇOS PRESTADOS PELO NASF

- Atendimento compartilhado, para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. Com ênfase em estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico singular, orientações, espaços de reuniões, bem como consultas e intervenções conjuntas, apoio por telefone, e-mail entre outros.
- Intervenções específicas do profissional do Nasf com os usuários e/ou famílias, com discussão e negociação a priori com os profissionais da equipe de SF responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo Nasf se dê apenas em situações extremamente necessárias e, quando ocorrer, continuar mantendo contato com a equipe de SF, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo Nasf diretamente ao usuário, ou à família ou à comunidade.
- Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF. Como o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais etc.

DEFINIÇÃO DE INDICADORES E METAS
Critérios para a definição de resultados e impacto: referência na população geral; foco na qualidade da atenção da equipe de referência – equipe de SF (exemplo: incorporação de conhecimentos e diminuição de pedidos de consultas “desnecessárias” aos profissionais do Nasf, capacidade de reconhecer e utilizar critérios de risco e prioridade adequados aos encaminhamentos).
Definição de metas de atendimento de cada profissional do Nasf: número máximo de usuários de tratamento prolongado e definição de indicadores de resultado para esses grupos específicos (adesão, internação, capacidade de compartilhamento do cuidado por parte da equipe de SF).

Definição dos números de usuários de tratamento temporário ou para exclusão de hipótese diagnóstica (essa categoria não pode ser acompanhada por longo prazo e o apoiador deve se empenhar na redução dela junto às equipes de SF, mediante apoio pedagógico).
Estimativas e revisões de indicadores e metas devem ser constantemente revistas em conjunto com os profissionais.
AGENDAS DE TRABALHO
Parte deve ser reservada para atividades pedagógicas (exemplo: participação em reuniões de equipes de SF; discussões e construção de projetos terapêuticos e temas teóricos; atendimento compartilhado; visitas domiciliares, quando necessário).
Outra parte: atividades assistenciais diretas, quando for o caso.
Disponibilidade de tempo reservado para as ações no território junto às equipes de SF.
Disponibilidade para acessos diretos não programados ou contatos telefônicos, via internet, pela equipe de SF.
Estimativas e revisões da agenda de atividades devem ser constantemente revistas em conjunto com os profissionais.
ATIVIDADES PEDAGÓGICAS
Importante: confronto de saber recortado por olhar disciplinar com a realidade da atenção integral faz aumentar número de variáveis e complexidade dos problemas. Buscar apoios (gestor, academia, outros especialistas) uma vez que essa atividade não costuma fazer parte da formação profissional.
TRABALHO EM GRUPOS/EQUIPE
Importante: a maior parte dos profissionais de saúde não tem formação básica que valorize o trabalho em equipe. Fomentar e incentivar os grupos a fazerem contratos de funcionamento em espaços coletivos (reuniões). Devem ser objetos de atenção especial processos que devem ser estimulados pelos gestores: (a) sigilo relativo às reuniões de equipe; (b) disposição para crítica com maturidade, em dupla via: fazer crítica e receber crítica de forma adequada é um aprendizado coletivo que deve ser estimulado; (c) reconhecimento e lida com conflitos de forma positiva, considerando que grupalidade idealizada e sem conflitos não existe e impede a riqueza da explicitação das diferenças e empobre-

ce o espaço coletivo; (d) reconhecimento de que o amadurecimento do grupo depende da capacidade de tomar as diferenças e conflitos na sua dimensão positiva e produtora.

Espaço coletivo: cultivado e valorizado como momento extremamente importante, no qual ocorrem decisões e aprendizados.

Interrupções devem ser negociadas no grupo (exemplo: uso de celulares, evasão dos profissionais durante o tempo da reunião de equipe para atender à agenda de usuários).

Decisões devem ser tomadas e executadas; evitar que se termine uma discussão sem as decisões possíveis; zelar pelo cumprimento do que for decidido. E também reavaliar constantemente o que foi decidido.

10. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

10.1 - Monitoramento:

Será através do Sistema de Informação próprio - WIN SAÚDE.

As equipes da ESF e a equipe do NASF terão um enfermeiro coordenador para acompanhamento diário das ações desenvolvidas.

10.2 - Avaliação:

Através de indicadores de saúde pactuada com a Equipe do Núcleo de Saúde da Família;

Relatório de Produtividade;

Através de instrumentos de Controle, Avaliação e Auditoria a ser realizada pelo Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria – DECAU.

Reuniões periódicas para discussão dos casos e trocas de experiência, o que vem a contribuir para o monitoramento e desenvolvimento das ações do NASF.

11. FORMAS DE SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS E REGIME DE TRABALHO

Ocupação	Forma de seleção ¹	Forma de Contratação ²	Regime de Trabalho ³	Carga Horária ⁴
Nutricionista	Concurso	Efetivo	Estatutário	40 horas
Assistente Social	Concurso	Efetivo	Estatutário	30 horas
Psicólogo	Concurso	Efetivo	Estatutário	40 horas
Fisioterapeuta	Concurso	Efetivo	Estatutário	20 horas
Farmacêutico	Concurso	Efetivo	Estatutário	40 horas

¹ Forma de seleção = concurso, seleção pública; outros

² Forma de contratação: contrato temporário, efetivo;

³ Regime de trabalho: Estatutário, Celetista, outros;

⁴ Carga horária: 40h, 30h, 20h

Pinhais, em 01 de Abril de 2011.

Assinatura com carimbo do Gestor Municipal de Saúde

Anexo 2

Questionário de pesquisa da composição do NASF na opinião dos profissionais da ESF

Em sua opinião quais profissionais poderiam contribuir no apoio das ações da Estratégia Saúde da Família?

Dos profissionais relacionados abaixo selecione 5 (cinco):

Assistente Social ()

Farmacêutico ()

Fisioterapeuta ()

Fonoaudiólogo ()

Médico Acupunturista ()

Médico Ginecologista ()

Médico Homeopata ()

Médico Pediatra ()

Médico Psiquiatra ()

Nutricionista ()

Profissional de Educação Física ()

Psicólogo ()

Terapeuta Ocupacional ()

Em quais ações e/ou solução de problemas os profissionais selecionados seriam importantes?
