

O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E ALGUNS DOS SEUS DESAFIOS

HEALTH FAMILY SUPPORT NUCLEUS AND SOME OF ITS CHALLENGES

Freeda Lee Corso de Lima

Fisioterapeuta pela UNIARA/SP. Especialista em Intervenção em Neuropediatria pela UFSCar/SP.
Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família pelo Centro Universitário Internacional Uninter.
freedalee@gmail.com

RESUMO

O presente estudo foi realizado por meio de uma pesquisa bibliográfica explicativa, conceituando o recente programa implantado no sistema de saúde brasileira, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Sua base é o Apoio Matricial, por meio do trabalho compartilhado com a Equipe Saúde da Família (ESF), cujas ferramentas são Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular, Projeto de Saúde no Território e Pactuação de Apoio. Ao conhecer o NASF e suas ferramentas assim como a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), alguns obstáculos e desafios que acompanham o NASF puderam ser identificados. Com isso, foi possível justificá-los e explicá-los e, conseqüentemente, sugerir possíveis soluções. Entre os desafios, destacam-se: a comunicação frequente entre equipes do NASF e do ESF e o trabalho conjunto; a intersetorialidade; a divulgação do NASF e suas atividades; o atendimento plural ou coletivo; a competências dos profissionais da equipe, sua formação acadêmica e capacitação, entre outros. Conhecer a essência do NASF e seus desafios só trarão maior qualidade e resolubilidade ao serviço de saúde. Sendo assim, torna-se necessário a produção de estudos baseado nos resultados do NASF, com suas dificuldades vencidas, assim como o perfil regional nos municípios nos quais o programa foi implantado.

Palavras-Chave: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. NASF. Desafio. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The present study was carried out by means of an explanatory bibliographic research, in which the recent implemented program in the Brazilian health system, the Health Family Support Nucleus (or NASF), was conceptualized. Its basis is the Matrix Support, by means of shared work with the Family Health Team, whose tools are Expanded Clinic, Singular Therapeutic Project, Health in the Territory Project and Support Agreement. By knowing NASF and its tools as well as the reality of the Unified Health System (SUS), some obstacles and challenges that accompany NASF were identified. As a result, it was possible to justify and explain them and, consequently, suggest possible solutions. Among the challenges, some can be highlighted: the frequent communication between NASF and ESF teams and their joint working; the intersectoriality; the dissemination of NASF and its activities; plural or collective attendance; the skills of the professionals, their academic formation and training, and others. Understanding the essence of NASF and its challenges will provide greater quality and solvability to the health service. Thus, it becomes necessary the production of studies based on NASF results, with its difficulties overcome, as well as the regional profile of municipalities in which the program was implemented.

Key words: Health Family Support Nucleus. NASF. Challenge. Family health strategy.

INTRODUÇÃO

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) foi criado em 2008, mediante a Portaria nº 154/GM/MS de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. O seu principal objetivo é o de apoiar a Estratégia Saúde da Família (ESF), ampliando e aperfeiçoando as ações e os resultados da Atenção Primária em Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS), levando em consideração o território e seus aspectos regionais. (BRASIL, 2008).

O NASF possui duas modalidades e entre elas diferentes profissionais de diversas áreas atuando em ações que devem estar sustentadas pelo Apoio Matricial e pelas ferramentas: Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde no Território (PST) e a Pactuação do Apoio. (BRASIL, Diretrizes do NASF, 2010).

Essas ferramentas norteiam um modelo inovador e trazem consigo aspectos diferentes dos conhecidos por muitos profissionais por esse motivo geram vários desafios.

O apoio matricial revela o quanto é importante à comunicação e as reuniões frequentes entre a equipe ESF e equipe NASF e se torna essencial a compreensão pelos profissionais do que é apoio matricial e os objetivos das reuniões.

O NASF traz ainda o atendimento preferencialmente em grupo, além das competências de cada profissional dentro do NASF serem ações diferentes das praticados pela maioria dos profissionais.

A qualidade e a resolubilidade são fatores que regem a Clínica Ampliada e são essenciais para criar um Projeto Terapêutico Singular (PTS), que necessita de profissionais preparados para o Sistema Único de Saúde incluindo formação acadêmica, capacitação e qualificação, além de uma melhor valorização do serviço prestado e não só de metas numéricas atingidas.

Outro desafio é a grande demanda do SUS, e a necessidade de mais profissionais na APS para que o NASF não se torne porta de entrada ou atendimento ambulatorial. A construção do Projeto de Saúde no Território (PST) deve se orientar pela regionalização, buscando parcerias e apoio levando saúde em escolas, igrejas, pastorais; entre outros, além da intersetorialidade.

O NASF ainda é recente e o presente estudo explana sobre aspectos diferentes do cotidiano dos profissionais que inserem esse núcleo, abordando suas modalidades, ferramentas e pontuando alguns dos seus desafios, tendo por finalidade esclarecer dúvidas sobre as dificuldades do NASF bem como sugerir novos estudos, levando em consideração que o funcionamento deste deve ser baseado no seu real conceito e na sua aplicação correta nos municípios, para assim trazer melhores resultados e resolubilidade para a saúde pública.

O NASF é constituído por equipes compostas por diversos profissionais de áreas diferentes de formação, e estes, além do seu conhecimento técnico, tem a responsabilidade por determinado número de equipes de Saúde da Família (ESF) e o desenvolvimento de habilidades relacionadas à Saúde da Família. (BRASIL. Diretrizes do NASF, 2010).

O NASF se divide em duas modalidades que estão descritos na tabela abaixo:

Tabela 1: Modalidades do NASF

	Composto de:	Vinculado:	Profissionais:
NASF 1	No mínimo 5 profissionais de nível superior de diferentes áreas	A no mínimo 8 ESF e no máximo 20 ESF.	Assistente Social; Fonoaudiólogo; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Médico Acupunturista; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Pediatra; Médico Psiquiatra; Nutricionista; Psicólogo; Terapeuta Ocupacional
NASF 2	No mínimo 3 profissionais de nível superior de diferentes áreas	No mínimo a 3 ESF.	Assistente Social; Fonoaudiólogo; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Nutricionista; Psicólogo; Terapeuta Ocupacional

Fonte: Adaptação de Portaria N° 154/GM/MS, de 24 de janeiro de 2008

Porém, em 2010, foi criado o NASF 3, que surge com a Portaria nº2.843/GM/MS de 20 de setembro de 2010, que visava promover a atenção integral em saúde e saúde mental, prioritariamente para usuários de crack, álcool e outras drogas na Atenção Básica para Municípios com porte populacional menor que vinte mil habitantes.

Tabela II: Nova Modalidade do NASF

	Composto de:	Vinculado:	Profissionais:
NASF 3	No mínimo 3 profissionais de nível superior de diferentes áreas	A no mínimo 4 eSF e no máximo 7 eSF.	Assistente Social; Fonoaudiólogo; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Médico Acupunturista; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Pediatra; Médico Psiquiatra; Nutricionista; Psicólogo; Terapeuta Ocupacional

Fonte: Adaptação de Portaria N° 2.843/GM/MS, de 20 de setembro de 2010

Entretanto, em outubro de 2011, aumentaram-se as competências do NASF e o NASF 3 passou a ser NASF 2:

Tabela III: Alterações nas modalidades do NASF

	Composto de:	Vinculado:	Profissionais que podem compor o NASF1 ou NASF2
NASF 1	No mínimo 5 profissionais de nível superior de diferentes áreas	À no mínimo 8 eSF e no máximo 15 eSF.	Assistente Social; Fonoaudiólogo; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Psicólogo; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; Médico Homeopata; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Psiquiatra;
NASF 2	No mínimo 3 profissionais de nível superior de diferentes áreas	No mínimo a 3 eSF e no máximo 7 eSF.	Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica); Médico do Trabalho; Médico Veterinário; Profissional com formação em Arte e Educação (arte educador)e Profissional de Saúde Sanitarista, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.
NASF 3	Passa a ser NASF 2		

Fonte: Adaptação portaria n° 2.488/GM/MS de 21 de outubro de 2011

Conforme as Diretrizes do NASF, as ações da equipe do NASF devem estar sustentadas pelos pilares: Apoio Matricial, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde no Território (PST) e a Pactuação do Apoio. (BRASIL, Diretrizes do NASF, 2010).

Os conceitos de apoio matricial e equipe de referência, foram propostos por Campos (2007), que define:

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. (CAMPOS, 2007).

O Apoio Matricial não é vertical, como o modelo hierarquizado, onde um profissional responde a outro, mas é um modelo horizontal e compartilhado que desvia a lógica de encaminhamento indiscriminada para uma lógica de corresponsabilização, pretendendo uma maior resolutividade em saúde. (CAMPOS, 2007; FIGUEIREDO, 2009).

A ferramenta Clínica Ampliada, na qual se aborda a complexidade biopsicossocial do paciente, tem por objetivo o sujeito doente e não a doença, e é chamada de Ampliada porque amplia o repertório de ações, com produção de maiores graus de autonomia, auto-cuidado, capacidade de intervenção na realidade, desenvolvimento da sociabilidade e cidadania. (SÃO PAULO, 2009).

Já na ferramenta PTS, é levada em conta que, para cada paciente, há responsabilidade do cuidado, que se divide entre os profissionais a fim de coordenar esse cuidado, utilizando um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas para indivíduos ou grupos, que se processa em: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação. (OLIVEIRA, 2008).

O PST, por sua vez, objetiva o desenvolvimento de ações no território, pois quando a atenção se desloca do indivíduo para família, o conhecimento do território e ambiente em que vivem passa a ser necessário. (OLIVEIRA, 2008).

A ferramenta Pactuação de Apoio é dividida em duas atividades: Avaliação conjunta da situação inicial do território entre os gestores, equipes de SF e o Conselho de Saúde; Pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas, entre os gestores, a equipe do Nasf e a equipe de SF.

Essa ferramenta tem papel importante na construção do NASF, pois por meio dela os profissionais assumem sua responsabilidade na cogestão e os gestores coordenam os processos de trabalhos e metas. (BRASIL, Diretrizes do NASF, 2010).

O atendimento individual muitas vezes ocorre de forma automática, pois, durante a vivência da maioria dos profissionais, é o mais comum, além de ser essa a formação profissional.

Porém, o atendimento direto e individualizado pelo NASF ocorrerá apenas em situações extremamente necessárias e, sendo apoio matricial, deverá ser realizado uma discussão e negociação com os profissionais da ESF sobre o paciente anterior a essa visita. Após a visita, a equipe NASF deverá continuar mantendo contato com a ESF, que não se descomprometerá com o caso. (BRASIL, Diretrizes do NASF, 2010; CAMPOS, 2007).

O atendimento plural deve ser, por sua vez, construído aos poucos, por meio da escolha do território, PST, organização das estratégias junto com a equipe da SF, divulgação das atividades, e ainda contar como porta de entrada a Unidade Básica de Saúde (UBS) e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da ESF.

O NASF não se constitui em porta de entrada do SUS, e deve atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família. (BRASIL. Portaria nº 154/GM/MS de 24 de janeiro de 2008; BRASIL. Diretrizes do NASF, 2010).

Apesar de ser implantado no ano de 2008, o NASF, ainda está em processo de construção e, como o antigo Programa Saúde da Família (PSF), atual ESF, está caminhando aos poucos, até a população e a própria equipe de SF entenderem a função dos profissionais do NASF, e os profissionais que realizam a porta de entrada do serviço básico de saúde.

A função do NASF, como a própria nomenclatura traz, é a de apoiar as equipes da ESF, mas para isso é preciso que a equipe da ESF conheça as competências profissionais e traçam em reuniões o seu trabalho em conjunto, itens que serão discutidos nos próximos desafios.

As reuniões devem ser frequentes entre as equipes, por ser uma maneira de se comunicar e compreender o apoio matricial, construindo a clínica ampliada, elaborando o

PTS e definindo o PST. Ou seja, é essencial o “fazer junto”, porém, é um dos maiores desafios.

O Caderno nº 27 dos Cadernos de Atenção Básica, que trata das Diretrizes do NASF, pontua como desafio a comunicação via reuniões, ao relatar que é a situação desejável, porém não ocorrerá de forma espontânea e natural.

Com base no autor CAMPOS:

Há obstáculos na própria maneira como as organizações vêm se estruturando, que conspiram contra esse modo interdisciplinar e dialógico de operar-se. Esses obstáculos precisam ser conhecidos, analisados e, quando possível, removidos ou enfraquecidos para que seja possível trabalhar-se com base em equipe interdisciplinar e sistemas de cogestão. (CAMPOS, 2007).

Primeiramente, se faz necessário estabelecer espaços rotineiros de reunião e a frequência dessas, após, é importante a compreensão dos profissionais a fim de desenvolver estratégias de Integração entre NASF e ESF, para estes atuarem de forma compartilhada. (NASCIMENTO, 2010).

As reuniões são encontros realizados com intuito de discutir sobre os atendimentos e intervenções conjuntas: avaliação, consulta, acompanhamento do usuário, grupos, visita domiciliar (VD), enfrentamento de desafios no território, humanizar a atenção, entre outros, realizando a troca de conhecimento e de orientações, itens citados por CAMPOS, 2007, no que se refere o apoio matricial, que depende da existência de espaços coletivos, ou seja, do estabelecimento de algum grau de co-gestão ou de democracia institucional.

As reuniões com cada equipe de SF, juntamente com seus ACS, também são essenciais, devido ao grande número de pacientes visitados pelos ACS, divulgando o trabalho coletivo do NASF, outro fator que também é competência do NASF é capacitar os ACS, para atuarem como facilitadores/monitores no desenvolvimento de Atividades Físicas/Práticas Corporais, além de orientar e dar suporte às ações dos ACS. (BRASIL. Diretrizes do NASF, 2010).

O trabalho interdisciplinar depende também de saber lidar com a incerteza, para receber e fazer críticas e para tomada de decisão de modo compartilhado.

Culturalmente, e já de forma subjetiva, acaba havendo uma concorrência exacerbada, as pessoas formam identidades reativas, que as induzem a desconfiar do outro e a defender-se. Dentro da equipe do NASF é comum o profissional construir identidade e segurança, o que dificulta a abertura para a interação.

Outro fator é que os profissionais habituaram-se a valorizar a autonomia profissional, julgando-a conforme o direito que teriam de deliberar sobre casos de modo isolado e definitivo. (CAMPOS, 2007).

As ações entre os profissionais da equipe NASF assemelha as entre NASF e ESF que devem visar a Clínica Ampliada, ou seja, atendimento compartilhado: intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos.

O NASF abrange locais fora das UBSs, valorizando espaços públicos e criando parcerias com escolas, creches, igrejas, pastorais, entre outros. Para isso, a equipe precisa estar buscando apoio em instituições, realizando visitas, apresentando projetos, criando oportunidades e construindo o PTS. Essa característica não é adquirida na aprendizagem acadêmica.

O NASF tem por diretriz desenvolver, coletivamente, ações que se integrem à outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras; promover gestão integrada participando dos Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde. (BRASIL. Diretrizes do NASF, 2010).

Para isso, se faz importante, a equipe estudar e conhecer toda a área de abrangência, bem como a organização municipal, para criação de estratégias que atinjam o objetivo do NASF. A intersetorialidade ainda é um ideal almejado em todos os setores.

Por ser inserido há pouco tempo, o NASF ainda é pouco conhecido pela população, quando não, é referido como os profissionais do “postinho”. É necessária uma divulgação constante, do que é e como, e o que realiza. Desafio este que o antigo PSF também sofreu em seu processo de construção. (CARPINTÉRO, 2012).

Cabe à equipe NASF elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF, desenvolvendo material educativo e informativo

por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, folders e outros veículos de informação. Também por meio das buscas de parcerias, divulgando o papel do NASF, outra forma é a de capacitar a porta de entrada da APS, a ESF por meio dos ACS e os atendentes da UBSs, para falar com propriedade quando questionado e difundir as atividades do NASF. (Brasil. Diretrizes do NASF, 2010).

No atendimento plural há uma grande tendência da maior participação de idosos do gênero feminino, porém o NASF é composto de nove áreas estratégicas: saúde da criança, adolescente e jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares. Torna-se um desafio abordar todas as áreas e desenvolvê-las, entretanto é importante ter conhecimento que a área de atuação do NASF é abrangente e, se realizada adequadamente junto com a ESF, gera resultados muito positivos. (BRASIL. Diretrizes do NASF, 2010).

O NASF traz consigo algumas atribuições comuns aos diversos membros da equipe, e outras áreas onde se fazem necessárias o conhecimento específico do profissional, formando o contexto interdisciplinar e construindo um PTS.

A atuação dos NASF está dividida em nove áreas estratégicas que abrange toda a população, e está em contraste com os modelos convencionais de prestação de cuidados, que buscam a assistência curativa, especializada, fragmentada e individual, porém, a proposta do NASF é diferente, e engloba diferentes saberes. (NASCIMENTO, 2010).

Muitos profissionais que entram no NASF não conhecem suas competências, e tem dificuldades em se adequar, isso é devido a outro desafio que será discutido, o da Formação Acadêmica.

A Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 e o Caderno nº. 27 dos Cadernos de Atenção Básica trazem as atribuições comuns de toda a equipe e elucidam a atuação de cada profissional por meio da descrição das áreas estratégicas e de possibilidade de atuação de cada profissional.

Com a portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, ampliaram-se ainda mais as competências dos NASFs e o Ministério da Saúde (MS) aumentou em até quatro vezes a capilaridade de resolubilidade da Estratégia Saúde da Família, incluindo mais áreas

profissionais e outras assistências: consultório de rua, equipes ribeirinhas e fluviais, Academia da saúde, e integração à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços, como CAPS, Ambulatórios especializados e outras redes como o SUAS e redes sociais e comunitárias. (BRASIL, 2011).

Dentre os desafios no processo de trabalho do NASF está a formação dos profissionais, que não atende às necessidades do SUS.

O conhecimento da estrutura do SUS não se faz de forma automática, o embasamento teórico gera uma boa execução dos serviços profissionais em saúde.

Segundo CARPINTÉRO (2012) a maioria das universidades brasileiras ainda não está formando para o SUS, isso inclui conhecer o SUS, onde e como os profissionais atuam; o NASF e suas competências, o trabalho em equipe, o “ser educador” de ações em saúde, e vários outros aspectos.

NASCIMENTO (2010) também propõe uma revisão crítica acerca dos processos educativos e formativos que vem sendo desenvolvidos pelas Instituições de Ensino Superior.

A formação dos profissionais da saúde ainda está pautada no modelo biomédico, fragmentado e especializado, o que dificulta a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença e também a intervenção sobre seus condicionantes.

A formação inicial e a educação permanente dos profissionais da saúde, favorecem o desenvolvimento de habilidades e competências para realizar um diagnóstico situacional das condições de vida e de saúde dos grupos sociais de um dado território, assim como para planejar intervenções em saúde capazes de enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, prestar assistência e desenvolver ações educativas estimulando o auto-cuidado e emancipação, porém é outro desafio a ser enfrentado. (OLIVEIRA, 2004).

Torna-se desafio também para muitos profissionais de saúde ser educador em saúde, em lugar de clinicar. Este deve entender que não estará infringindo nenhuma questão legal do exercício da profissão, mas atuando e ajudando a comunidade, sem negligenciar as questões básicas. Os profissionais devem atuar como integrante da equipe de saúde e entender que vão promover a atenção específica de sua área, área está que esta inserida em um contexto, como por exemplo, doenças endêmicas, gravidez na

adolescência, entre outros, por isso é necessário conhecer o território e a população para agir como agente formador de idéias e ações, enfim como educador e planejador. (GALLO, 2005).

Conhecer o território, a área física e as instituições da região em que o NASF atua e buscar apoio firmando parcerias também é difícil para os profissionais que ingressam no NASF por não ser atividades que compõe a formação profissional.

Ainda há necessidade de implantação de mais oficinas para qualificar os profissionais, as oficinas de integração entre profissionais do NASF e da ESF tem como resultado um melhor desenvolvimento das ações. (SÃO PAULO, 2009).

Algumas Secretarias Estaduais de Saúde desenvolveram projetos levando em consideração fatores territoriais como a Oficina de Qualificação do NASF - Intensificando as ações de redução da mortalidade infantil em regiões do Nordeste e da Amazônia Legal, onde qualificou as equipes de SF e NASF em relação à atenção à gestante e à criança, equipe está que é composta por um médico pediatra, segundo recomendação da Portaria 2.281, de 1º de outubro de 2009. (BRASIL, Oficina de Qualificação do NASF, 2010; CEARÁ, 2010; MATO GROSSO, 2010; ACRE, 2012).

Alguns municípios acabam fazendo do NASF uma equipe que atende ambulatorialmente, decorrente a alta demanda de pacientes e a falta de Centros de Especialidades específicos ou falta de profissionais, deslocando profissionais do NASF para outra função, valorizada como mais importante. Muitas vezes isso é ocasionada pela falta de conhecimento da importância de políticas preventivas e de promoção de saúde, que trazem melhor resolubilidade, porém às vezes com resultados em longo prazo, e também pela maior importância de atingir metas numéricas a qualidade no atendimento. (CARPINTÉRO, 2008).

As ações desenvolvidas pelo NASF visam imprimir mais qualidade ao serviço prestado e não apenas suprir a demanda assistencial no seu aspecto meramente numérico. Um dos seus grandes desafios é a mudança de uma cultura organizacional no SUS, que vem priorizando a quantidade em detrimento da qualidade, o referenciamento em detrimento da resolubilidade na Atenção Básica e a avaliação de impacto e de indicadores de saúde por meio de ações meramente quantitativas, em detrimento das qualitativas. (NASCIMENTO, 2010).

A produção em alta escala ainda é valorizada e são estabelecidas metas a serem atingidas, considerando altos valores como resultado de um trabalho adequado, porém no NASF não são somente os números que definem o bom trabalho executado.

CONCLUSÃO

O NASF se baseia em pilares que envolvem Apoio Matricial, Clínica Ampliada, a elaboração de Projeto Terapêutico Singular, do Projeto de Saúde no Território (PST) e a Pactuação do Apoio, para seu real funcionamento, é necessário superar desafios e obstáculos que estão ligados às ferramentas citadas, este presente estudo apresenta de forma breve alguns deles.

Por ser um modelo recente, podemos dizer que está em processo de construção, e na verdade este modelo foi idealizado para estar em constantes modificações, a fim de se adequar e produzir resultados em conjunto com a ESF no seu território de ação.

O estudo mostrou o quanto é importante entender a lógica do NASF, as competências da equipe profissional, o trabalho interdisciplinar, intersetorial, a clínica compartilhada, e para isso é necessária formação acadêmica, qualificação e capacitação dos profissionais para estarem construindo dentro das diretrizes do NASF e cuidando para que essa política inovadora não seja utilizada como atendimento ambulatorial, e priorizando dados numéricos ao invés da qualidade dos serviços. Uma forma de solucionar parte desse desafio é o de que talvez, haja a necessidade, da criação de mais ambulatórios de especialidades como referência para as equipes de saúde da família.

O desafio de cada profissional conhecer suas competências dentro do NASF vem sendo facilitado pelos vários estudos que vem sendo produzidos sobre o papel de cada profissional no NASF, seria interessante o levantamento da atuação de cada profissional por meio de uma pesquisa aprofundada dos municípios que já implantaram, a fim de esclarecer muitas dúvidas de profissionais que estão ingressando no NASF.

Ainda encontramos com dificuldade artigos específicos com os resultados dos NASFs implantados e seria necessário um estudo mais a fundo dos municípios com NASF, seus desafios, suas dificuldades e principalmente suas conquistas.

Além dos desafios pontuados e discutidos neste estudo, existem vários outros e que se modificam conforme a região brasileira, conforme o território implantado, de acordo com as equipes que compõe a ESF e o NASF, a política municipal, entre outros, é importante se conhecer as ferramentas e se refletir sobre esses desafios para fazer desses o degrau para avanços significativos e na tão falada melhora da resolubilidade da Atenção Primária do Sistema Único de Saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS

ACRE. Sesacre – Secretaria de Estado de Saúde. Disponível em: <http://www.saude.ac.gov.br/index.php?Itemid=44&catid=36:noticias&id=183:ms-realiza-oficina-para-intensificar-acoes-de-combate-a-mortalidade-infantil&option=com_content&view=article>. Acesso em: 8 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 154 de 24 de janeiro de 2008. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 20 de dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.281 de 1° de outubro de 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/c_2281_pt_154_nova.pdf>. Acesso em: 15 de fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.488 de 21 de outubro de 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 25 de fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.843 de 20 de setembro de 2010. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/105513-2843.html>>. Acesso em: 15 de fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 157 p. [Série A. Normas e Manuais Técnicos/Cadernos de Atenção Básica, n. 27]

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Oficina de Qualificação do NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

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. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

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. [n. 18].

CARPINTÉRO, M. C. C. Implantação dos NASF e Gestão Municipal de Saúde. Conselho Regional de Psicologia SP. 2008. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/cadernos_tematicos/7/frames/fr_implantacao.aspx> . Acesso em: 10 jan. 2012.

CAMPOS, G. W. S. & DOMITTI, AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. In: Cadernos de Saúde Pública, 2007. v.23, n.2.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Publicado: 14 de maio de 2015. Disponível em: <<http://www.ceara.gov.br/sala-de-imprensa/noticias/1140-oficinas-preparam-nucleos-de-saude-para-reducao-da-mortalidade-infantil>>. Acesso em: 8 fev. 2012.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2009.

GALLO, D. L. L. A Fisioterapia no Programa Saúde da Família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/portal/manchetes/manchete.php?id=3263>>. Acesso em: 8 fev. 2012.

NASCIMENTO, D. D. G; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2010; 34(1): 92-96.

OLIVEIRA, S. Oficinas preparam Núcleos de Saúde para redução da mortalidade infantil. Ceará, mai. 2010. Disponível em: <<http://www.ceara.gov.br/sala-de-imprensa/noticias/1140-oficinas-preparam-nucleos-de-saude-para-reducao-da-mortalidade-infantil>> . Acesso em: 20 fev. 2012.

OLIVEIRA G.N. O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.

OLIVEIRA, M.A.C. Da intenção ao gesto: a dialética da formação de enfermagem em saúde coletiva [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004. 89 p.

SÃO PAULO. Prefeitura de São Paulo. Secretaria da Saúde. Diretrizes e Parâmetros Norteadores das Ações dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família, 2009. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/esf/diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2012.