



UEPB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

CAMPUS I

CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

CURSO DE / PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

MARIA DE JESUS PEREIRA GOUVEIA

**IMPORTÂNCIA DO TRABALHO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO NASF
JUNTO AS POLÍTICAS INTERSETORIAIS UM ESTUDO JUNTO AO
MUNICÍPIO DE TAPEROÁ- PB**

**CAMPINA GRANDE
2019**

MARIA DE JESUS PEREIRA GOUVEIA

**IMPORTÂNCIA DO TRABALHO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO NASF
JUNTO AS POLÍTICAS INTERSETORIAIS UM ESTUDO JUNTO AO
MUNICÍPIO DE TAPEROÁ- PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado a/ao Coordenação /Departamento do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Área de concentração: Serviço Social

Orientador: Prof. Dr. Geraldo Medeiros Junior

**CAMPINA GRANDE
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

G719i Gouveia, Maria de Jesus Pereira.

A importância do trabalho da equipe multidisciplinar do NASF junto as políticas intersetoriais um estudo junto ao município de Taperoá - PB [manuscrito] / Maria de Jesus Pereira Gouveia. - 2019.

25 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2020.

"Orientação : Prof. Dr. Geraldo Medeiros Junior , Coordenação do Curso de Administração - CCSA."

1. Atenção básica a saúde. 2. Política de saúde. 3. Serviço Social. I. Título

21. ed. CDD 362.1

MARIA DE JESUS PEREIRA GOUVEIA

**IMPORTÂNCIA DO TRABALHO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO NASF
JUNTO AS POLITICAS INTERSETORIAIS UM ESTUDO JUNTO AO
MUNICÍPIO DE TAPEROÁ- PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado a/ao Coordenação /Departamento do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

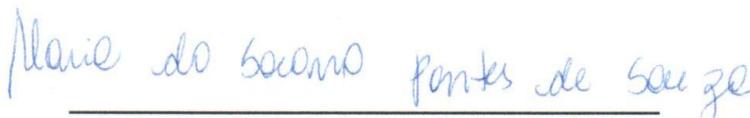
Área de concentração: Serviço Social

Aprovada em: 09/03/2020.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Geraldo Medeiros Junior (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Maria do Socorro Pontes de Sousa
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Christianne Bezerra Victor

Assistente Social do Núcleo Ampliado de Saúde da Família – Taperoá- PB

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hospital Geral de Taperoá
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
RS	Reforma Sanitária
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	06
2. REFLEXÕES SOBRE A CONSTITUIÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	06
2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	08
2.2 ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE.....	10
2.3 INTERSETORIALIDADE.....	11
3. O NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF-ab)	13
4.O SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE TAPEROÁ.....	15
5.IMPORTÂNCIA DO TRABALHO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO NASF JUNTO AS EQUIPES INTERSETORIAIS.....	18
6.CONCLUSÃO.....	21
7.REFERÊNCIAS.....	22

IMPORTÂNCIA DO TRABALHO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO NASF JUNTO AS POLÍTICAS INTERSETORIAIS NA CONCEPÇÃO DO NASF DE TAPEROÁ- PB

Maria de Jesus Pereira Gouveia¹

RESUMO

O presente artigo é resultado da experiência vivida em campo de Estágio Obrigatório no curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, junto ao NASF na cidade de Taperoá. O objetivo deste trabalho é realizar um estudo acerca de como funciona o trabalho da equipe multiprofissional no município e o quanto ela é importante para o desenvolvimento do trabalho do Nasf na Atenção Básica. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de caráter documental e bibliográfico além das observações sistemáticas realizadas, no acompanhamento contínuo do cotidiano na efetivação das ações e trabalho realizado junto a equipe multiprofissional, através da troca de saberes e análise de instrumentais.

Palavras-chave: Atenção Básica. Saúde. Serviço Social.

ABSTRACT

This article reports the experience lived in the Required Internship field on Social Service course at the State University of Paraíba that was held in the city of Taperoá. The objective of this work is to carry out a study about how the work of the multiprofessional team works in the city and how important it is in view of the development of Nasf's work in Primary Care. For this, a research was carried out based on an experience report lived in the internship, in the continuous daily life monitoring in carrying out the actions and work carried out with the multiprofessional team, through the exchange of knowledge and analysis of instruments.

Key Words: Primary Care. Health. Social Service.

1 INTRODUÇÃO

Neste trabalho pretende-se discutir como se desenvolve o trabalho do Núcleo Ampliado a Saúde da Família (NASF) a partir de sua equipe multidisciplinar e trabalho intersetorial e sua importância diante dos conceitos de na promoção da saúde dos usuários dos serviços da Atenção Básica (AB) no município de Taperoá. A promoção da saúde foi considerada uma ação que objetiva prevenir as doenças se refere as ações e determinantes que pretendem impactar diretamente a qualidade de vida de maneira positiva através de ações intersetoriais, desenvolvidas também pela educação em saúde, visando ao empoderamento da população. A motivação em discutir a temática em questão surgiu das vivências no desenvolvimento do estágio supervisionado obrigatório na graduação em Serviço Social, no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Taperoá-PB.

Nesta experiência, pudemos acompanhar de forma sistemática a realização do trabalho dos profissionais de saúde. Assim, identificamos nos atendimentos aos usuários do NASF a necessidade de realização de um trabalho intersetorial efetivo e de uma equipe multidisciplinar articulada na perspectiva de que a promoção da saúde aconteça conforme previsto nos aparatos legais da saúde, de acordo com os princípios do SUS e o que neste é preconizado, e como se materializa nos serviços prestados pelo sistema de saúde de Taperoá-PB. As análises e estudos foram feitas a partir de um estudo bibliográfico, das experiências vivenciadas, observações no campo de estágio, e também de instrumentais utilizados no atendimento. Desta forma, busca-se refletir sobre as contribuições e desafios para a realização do trabalho intersetorial e multidisciplinar no Núcleo de Saúde da Família (NASF); compreender de forma aproximativa os aspectos sócio históricos da política de saúde brasileira, realizar reflexões sobre o processo de implementação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e seu funcionamento e identificar as particularidades da intersetorialidade e multidisciplinaridade na saúde e como se dão no NASF do município e as relações entre NASF, equipes de saúde da família e os demais setores.

2 REFLEXÕES SOBRE A CONSTITUIÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Em 1930, período marcado pela expansão do Welfare State e o regime fordista nos países desenvolvidos, que no Brasil, com o processo de industrialização restringida e reconfiguração do papel do Estado finalmente evidenciava-se o que viria a ser uma delimitação de política pública. (BRAVO, 2011)

A saúde que anteriormente restringia-se a prática de assistência médica liberal e filantrópica no modelo residual, sendo tratada como caso de polícia, a partir de agora passa a se apresentar por um caráter nacional e na qual estava dividida em dois sub níveis: saúde pública, que destinava-se prioritariamente a área urbana e medicina previdenciária, o que possibilita um acesso fragmentado a população, por meio de uma proteção incongruente, sendo esta financiada por um sistema assistencial e previdenciário, de acordo com a ocupação dos indivíduos, com diferentes níveis de cobertura e através dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPS), agora com inserção de uma nova

classe trabalhadora absorvida pelo mercado, quanto aos trabalhadores com empregos descontínuos ou não reconhecidos, restava a saúde pública associada a ações filantrópicas e/ou financiadas por conta própria, no sistema de ações curativas e individuais.

Em 1964 com a instalação do Regime Militar que absorveu o país, onde as políticas eram desenvolvidas com o objetivo de controlar a sociedade, aliviando as tensões e dando legitimidade ao regime em vigor, a saúde pública não caminhou em uma direção progressista, nesse período é assumida por uma medicina previdenciária e deve seguir cada vez mais o sentido do capital, com ênfase no incentivo da privatização dos serviços e instituições, tendo a saúde como mercadoria.

A medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. (BRAVO, p.6, 2011)

O contexto do fim dos anos 1970 e decorrer dos anos 1980, é marcado pela efervescência da mobilização da classe trabalhadora no cenário político, pelo fim da ditadura e pela redemocratização do país, é solo histórico de conquistas de reformas nas políticas sociais, e entre estas, a estruturação da política de atenção a saúde, sendo reivindicada pelo movimento de Reforma Sanitária. Segundo Paim (2011), tal movimento é uma reforma social, que se concentra em uma democratização da saúde, do estado e da sociedade, que “defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público” (p. 18). A Reforma Sanitária que atua na abordagem de questões relacionadas à saúde.

Compreende um processo de transformação sanitária em pelo menos quatro dimensões: específica, que corresponde ao fenômeno saúde/doença; institucional; ideológica; e das relações sociais que orientam a produção e distribuição de riqueza. (SCOREL, p.342, 2013)

Na década de 1980, após o fim do regime ditatorial, o país enfrenta uma grande crise econômica, porém pode-se destacar marcos imensamente importantes nesse período, principalmente para a saúde que contava com a participação de novos atores em sua luta, como profissionais de saúde, a sociedade civil se torna presente nos movimentos em busca da garantia pela saúde de forma universal e integrada em um sistema único de atenção individual e coletiva.

A 8ª Conferência Nacional da saúde, realizada em março de 1986, foi de fato o momento mais marcante para a discussão da saúde no Brasil, de maneira que inspirou o capítulo referente à saúde no texto constitucional, incluindo a sociedade no cenário de discussões, saindo do âmbito apenas medicinal e envolvendo outras dimensões, como os sindicatos e a população. Um movimento que possuía três vertentes; uma constituída pelo movimento estudantil, a segunda por médicos residentes e a terceira pela academia através de um referencial teórico e ideológico, movimento impulsionado por profissionais da saúde e outras pessoas vinculadas a área compartilhando do mesmo objetivo, o de melhorar as condições de saúde.

“A saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente um sistema único, mas a Reforma Sanitária.” (BRAVO, p.9, 2011).

A Constituição de 1988 traz inúmeros avanços que propõem afirmar a efetivação de direitos sociais negados por muito tempo, corrigindo as injustiças existentes. Como coloca Bravo (2011), a Constituição de 1988 “inaugura um novo sistema de proteção social pautado na concepção de Seguridade Social que universaliza os direitos sociais concebendo a Saúde, Assistência Social e Previdência como questão pública, de responsabilidade do Estado” (BRAVO, 2011, p. 1). Sendo assim, quanto ao que diz respeito a saúde, a assembleia constituinte nega os interesses empresariais e privados, atendendo a grande parte das reivindicações do movimento sanitário, tendo como principais pontos específicos aprovados; a universalidade no acesso à saúde, que por sua vez passa a ser dever do Estado e de responsabilidade do poder público, restringindo a participação de instituições de âmbito privado, de forma que passem a ser somente complementares e acima de tudo propondo a instauração de um Sistema Único de Saúde que viesse a integrar todos os serviços.

2.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS), proveniente da Reforma Sanitária, partiu dos movimentos sociais, sendo assim considerados conquista do povo. Representava, mesmo que apenas em texto constitucional, o modelo de sistema de saúde defendidos pela Reforma Sanitária Brasileira, tendo vários aspectos considerados, estando entre eles.

Direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; as ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; a participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais; proibição da comercialização de sangue e seus derivados (BRAVO, 2011, p.11).

O Sistema Único de Saúde (SUS), parte de concepção de que a saúde é um direito de todos e dever do estado, sendo composto por um conjunto de serviços e ações públicas de saúde, não somente composto por serviços públicos, mas também por uma ampla rede de serviços privados. O SUS possui diretrizes e princípios norteadores estabelecidos pela Lei Orgânica de Saúde, nos quais estão entre eles: A universalidade ao acesso, que permite

que todos tenham acesso a saúde independentemente de estarem empregados ou não. A igualdade, que estabelece o atendimento sem preconceitos e livre de discriminação ou privilégios. Integralidade visando a saúde como um todo articulando o atendimento ambulatorial ao âmbito social e seus determinantes, bem como em todos os níveis. Controle social com participação ativa da sociedade na elaboração e negociação de medidas e avaliação de serviços oferecidos. Descentralização político-administrativo, direcionando responsabilidades a cada esfera do governo. Todos como direitos dos cidadãos e dever do Estado no que diz respeito a sua efetivação.

O SUS conforma um modelo público de ação e serviços em saúde e é orientado por um conjunto de diretrizes e princípios válidos em todo território nacional, partindo da concepção extensa do direito à saúde e do papel do estado na garantia desse (SCOREL, 2013), tem como sua ideia central o conceito de que todas as pessoas devem ter acesso a saúde, independente de seus méritos, mas no que diz respeito a cidadania. Dentro desta perspectiva, o SUS, está estruturado em três níveis: atenção primária (básica), atenção secundária (média complexidade) e atenção terciária (alta complexidade). Esta tríade compõe uma articulação que estabelece o funcionamento do SUS com o propósito de buscar a efetivação “de ações de promoção de saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária” (PAIM, 2011, p. 20). O primeiro nível de atenção à saúde, a atenção básica, segundo Paim, é o primeiro elemento de atenção sanitária de forma basilar e primordial, sendo assim considerado como porta de entrada para os demais serviços e ações, essencial com ênfase na promoção e proteção de saúde, compreendendo-a como direito humano, buscando abordar determinantes sociais e políticos de maneira abrangedora. O nível secundário, denominado também como média complexidade, abrange serviços médicos em suas especialidades, com suporte de atendimento às necessidades terapêuticas, de diagnóstico, urgência e emergência (Scorel, 2013). O terceiro nível de atenção à saúde, nível hospitalar, é onde situam-se os serviços de alta complexidade compreendem os procedimentos de alto custo (p. ex., processos cirúrgicos nas mais variadas especialidades, bem como exames especializados), que podem ser oferecidos por financiamento do Estado em hospitais públicos ou prestadores de serviços de iniciativa privada, com custos ditados pelo mercado (PAIM, 2011).

No entanto, apesar dos avanços ao que se refere aos princípios e diretrizes do SUS e a forma como deve ser estruturado, no Brasil, na década de 90 tendências de caráter neoliberal se expressam no país, onde o SUS ainda não foi consolidado ocasionando repercussões na política de saúde, de forma que estas tendências e propostas neoliberais esbarravam nos princípios e diretrizes estabelecidos na implantação do SUS, sendo assim um obstáculo conjuntural, se opondo as propostas feitas para a saúde na década anterior e dificultando avanços do SUS, com questões como por exemplo:

“O desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde ou contrarreforma propunha separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico.” (BRAVO, 2011)

Nesse contexto, inicia-se uma disputa que se perpetua até a atualidade, entre dois projetos: o da Reforma Sanitária, que retoma seus princípios e estratégias, e o projeto privatista que propõe a restrição a assistência médica. No sistema privatista, o Estado deve ter responsabilidade mínima, oferecendo restritas condições de atendimento aos que não possuem condições de pagar pelos serviços oferecidos pelo mercado, e reforçando a refilantropização da saúde. Um projeto que se coloca totalmente oposto ao que está estabelecido como princípios fundamentais do SUS, como por exemplo: a universalidade ao acesso. Já que a saúde no modelo privatista é voltada para o mercado e pretende focalizar e individualizar o acesso à saúde. A universalidade como um dos princípios do SUS encontra-se presente em todos os níveis de atenção componentes em sua tríade, como na Atenção Básica, por exemplo.

2.2 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE (AB)

A Atenção Básica (AB), refere-se ao ponto de entrada nos serviços médicos ambulatoriais, clínicos e não especializados com ações preventivas para toda a população. Envolve para além do setor saúde, mas todos os outros setores, direcionando os principais problemas da população conforme suas necessidades, tendo como aspecto primordial o acesso igualitário de todos os usuários, famílias e comunidades mais próximas. Deve ser acessível a toda população sem barreiras, dando assistência ao usuário sem entraves, proporcionando a assistência ao usuário no caso de adoecimento, no acompanhamento de rotina, exigindo também que se encaminhe para outros níveis de atendimento.

A Atenção Básica, institui-se na política de saúde do Brasil através da implementação do Programa de Saúde da Família (PSF), ainda na década de 1990, mas torna-se Estratégia de Saúde da Família (ESF) na década seguinte. Esta transição atuou na reestruturação da Atenção Básica no país, objetivando a expansão, qualificação deste primeiro nível de atenção a saúde, da mesma maneira que favorecer uma nova orientação do funcionamento, almejando potencializar as possibilidades de aprofundamento dos princípios e diretrizes que o orientam, vislumbrando a ampliação do impacto na saúde das pessoas, além de obter atingir uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017).

A Política de Atenção Básica é caracterizada como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção em saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção de saúde. (...). É realizada sob a forma de trabalho em equipe dirigida a populações de territórios delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que deve resolver os problemas mais frequentes(...) e orienta-se pelos princípios de universalidade, da acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade e responsabilização. (BRASIL, 2006)

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) que pretende operar com o princípio de vigilância a saúde, se materializa nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), estas levam o atendimento para o mais próximo possível dos usuários em seu cotidiano, estando distribuídas em determinadas áreas do Município através do processo de descentralização da Política de Saúde. Na UBS é possível ter acesso a atendimentos básicos e gratuitos desenvolvidos mediante a instauração de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família - eSF) por unidade, que deve variar em quantidade de profissionais de acordo com a necessidade e/ou vulnerabilidade do território em que irá agir (BRASIL, 2017). Objetiva-se que a UBS seja porta de entrada essencial e preferencial ao sistema de saúde local de forma que cada equipe presente nesses espaços.

Fique responsável por em média três mil pessoas residentes em área geográfica delimitada. Essa equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas aos problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica. (SCOREL, p.520, 2013)

A Atenção básica incorpora em seu modelo assistencial uma ação intersetorial, que trabalha a partir de um conceito diferente de saúde, a saúde para além da ausência de enfermidade, posicionando-a em outra dimensão sendo vista de forma mais ampla, contrário ao conceito que reduz a saúde e reproduz o modelo biologista. A ação intersetorial na saúde facilita a resolução no enfrentamento dos problemas identificados, atuando nos variados determinantes dos processos saúde - doença. Segundo Garcia, é fundamental que se compreenda que a promoção em saúde é resultado de um processo decorrente de um conjunto de ações intersetoriais, em uma articulação de diversos determinadores, como as condições de vida, de trabalho, meio ambiente, cultura e entre outros.

2.3 INTERSETORIALIDADE E DESAFIOS NO CONTEXTO ATUAL

O Conceito de saúde encontra-se permeado por uma nova ótica, para além da ausência de doenças, mas considerando os demais espaços da vivência de cada indivíduo, na busca de uma qualidade e condição de vida.

A intersetorialidade, que surge no Brasil na década de 1970, (COELHO; VIEIRA, 2005), emergindo como uma nova maneira de trabalhar, a partir do conceito de saúde amplo e social, reúne diferentes atores com um compromisso social, visando um olhar mais amplo a saúde, buscando soluções compartilhadas que são operacionalizadas através dessa rede com ações integradas, em um processo dialético e dinâmico. Estabelece vínculos entre os setores funcionais que colocarão em prática as habilidades necessárias de mediação de conflitos, dialogando de maneira que haja uma corresponsabilidade entre os setores. É também de grande importância compreender que nada se resolverá unicamente pela junção dos setores, mas que deve haver um compromisso que ultrapasse o compartilhamento de

saberes e não seja simplesmente padronizado. Existem diferentes formas de operacionalizar as ações intersetoriais, onde essas irão variar de acordo com o objetivo, a amplitude e a complexidade das ações pretendidas. (GARCIA, 2014)

Permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura, Segurança, Alimentar e outros (MS, 2011, p. 194).

A intersectorialidade é a junção interligada entre distintos setores. De acordo com os estudos, pode se analisar que para o desenvolvimento total do usuário é fundamental que se considere no atendimento diversas questões diferentes para que estas se integrem, amplificando uma melhor formulação de atendimento.

Nesta direção, objetiva-se por um fim nas tendências tradicionais associadas nas políticas sociais de tratar as questões sociais de forma isolada. A ideia de intersectorialidade, por sua vez, realiza o atendimento a partir do usuário enquanto sujeito de direitos, priorizando suas ações como proposição dinâmica da gestão pública, na execução de ações intersectoriais proporcionando parcerias e união entre os setores, buscando alcançar metas integradas que visem um resultado simultâneo.

A intersectorialidade pode ser definida como:

A integração de diversos saberes e experiência de diversos sujeitos e serviços sociais que contribuem nas decisões de processos administrativos para o enfrentamento de problemas complexos, com ações voltadas aos interesses coletivos que melhoram a eficiência da gestão política e dos serviços prestados. (GARCIA, p.967.2014)

As ações intersectoriais são integradas e articuladas no processo dinâmico em uma busca de soluções compartilhadas com um compromisso social. Mas também é preciso estar ciente da responsabilidade da gestão, nada acontecerá de tão grandioso unicamente com a junção dos diferentes setores. Esta surge como uma nova alternativa na resolutividade das problemáticas, já que qualidade de vida está imensamente relacionada a uma visão integrada dos determinantes, e não deve ser vista unicamente como a unificação de aprendizados, mas como direção em uma estruturação de articulações e construção de respostas para demandas, visando superar a fragmentação envolvendo diversos atores buscando uma melhor compreensão da realidade.

A atualidade demonstra o quanto compreendermos como as populações tem necessidades que perpassam diversas áreas, como: saúde, segurança, cultura, lazer, meio-ambiente, educação, trabalho, moradia e etc. Mas acima de tudo como estas não estão independentes umas das outras e se influenciam entre si. A intersectorialidade busca uma visualização dos determinantes de maneira integrada e não restrita, de maneira ampla e com magnitude das ações.

A intersectorialidade e a rede, para dar eficiência e eficácia a gestão das políticas sociais, exigem mudanças significativas na lógica da gestão tanto das organizações públicas estatais como das

organizações sem fins lucrativos, integrando-as para atender os interesses coletivos (JUNQUEIRA, 2004, p.01)

Trabalhar com a intersetorialidade envolve diferentes formas de se desenvolver, variando de acordo com o objetivo, complexidade e amplitude do que se pretende realizar. Mesmo por que a realidade social é complexa, não pode ser enxergada de maneira isolada, é dinâmica e está sempre em movimento. No que diz respeito às ações de intervenção social, compreender essa realidade e seus determinantes propiciam uma ação direcionada à estrutura e uma maior possibilidade de ser efetiva.

A intersetorialidade na saúde será compreendida como parte de um conjunto de estratégias que consistem em ações mobilizadoras e articuladoras de práticas e projetos no setor saúde e os demais setores do desenvolvimento, no planejamento, organização, direção, implementação, monitoramento e avaliação de intervenções voltadas para a modificação do modelo assistencial. (COELHO; VIEIRA, 2005, p.107)

A implementação da intersetorialidade envolve instaurar uma nova forma de pensar que articula e engloba os diferentes saberes, pensamentos e concepções diferentes que sugiram uma nova forma de visualizar os problemas, planejar as soluções e executar a prestação de serviços e ações voltados para saúde e qualidade de vida. A sua implementação envolve diretamente os interesses de quem se faz presente nesse grupo de atores respectivos a cada setor, em um trabalho coletivo com o mesmo objetivo que é a promoção de saúde. Não é mais uma questão de saúde, não unicamente, mas também social. São condicionantes externos que independem da vontade da população.

A intenção é aplicar nas ações um caráter democrático para a estruturação da intersetorialidade, que não pode ser vista como uma tática imediata nas políticas públicas, quando de fato implementar ações intersetoriais requer um grande esforço das diversas áreas para atuar de forma integrada, com o objetivo de estabelecer uma nova maneira de direcionar ações para a resolução das expressões da questão social. Sendo assim, trabalhar de maneira intersetorial envolve o encontro com mais outros diversos sujeitos e serviços sociais para resolução das problemáticas através dos saberes, compreendendo a realidade de forma mais ampla construindo uma nova concepção de busca para tratamento igualitário das pessoas. A intersetorialidade encontra desafios no contexto atual, com os diversos cortes nas políticas que acabam por condicionar o fornecimento dos serviços prestados à população, dificultando com que as ações sejam realizadas em conjunto. Os resultados que o setor saúde alcança através do trabalho realizado pela intersetorialidade são bem maiores do que os resultados alcançados unicamente pela política de saúde.

2.3 NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA

No contexto da realidade da saúde brasileira, nota-se que a Atenção Básica necessita de um avanço que vise ampliar e melhorar as possibilidades de atendimento à população, nessa perspectiva, através da Portaria nº154, de 24 de janeiro de 2008 foram criados os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), que no ano de 2017 passa por uma reformulação em sua nomenclatura e passa a ser Núcleo Ampliado de Saúde da Família. Desta forma, o Nasf expressa-se como dispositivo planejado para o avanço no funcionamento da AB, bem como em sua capacidade de resolutividade dos problemas. Os Núcleos de Apoio a Saúde da Família, são instituições que tem como finalidade dar suporte as equipes de saúde da família. O Nasf é composto por uma equipe multiprofissional, de modo que aconteça um atendimento compartilhado e interdisciplinar propiciando a troca de saberes necessária nas ações desenvolvidas em suas especialidades, de modo que os profissionais específicos não percam suas particularidades enfatizando sempre a importância da articulação destas equipes.

“...multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais)¹, compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na atenção básica, que ampliem o seu escopo de ofertas.” (BRASIL, 2014).

De acordo com o que coloca o caderno 39 da Atenção Básica - onde se encontram as diretrizes e parâmetros para atuação e funcionamento do Nasf - existem inúmeras possibilidades na composição da equipe do Nasf, e dentro dos profissionais que podem compor essas equipes estão: Assistente social; profissional de Educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional graduado na área de saúde, podendo agrupar recursos e instruções que possibilitem e aumentem a capacidade das resoluções dos problemas. O núcleo é itinerante e não possui estrutura física, e por isso, utilizam-se dos espaços físicos das equipes de estratégia de saúde da família, as Unidades Básicas de saúde. O Nasf é orientado por meio das diretrizes de Atenção Básica, que trazem conceitos como: territorialização e responsabilização sanitária, trabalho em equipe, integralidade, e autonomia dos indivíduos e coletivos. (Brasil 2014)

O Nasf possui três tipos de modalidades diferentes, sendo eles:

Nasf 1: 5 a 9 eSF; mínimo 200 horas semanais e cada ocupação deve ter no mínimo 20 horas e máximo 80 horas de carga horária semanal; Nasf 2: 3 a 4 eSF; mínimo 120 horas semanais e cada ocupação deve ter no mínimo 20 horas e máximo 40 horas de carga horária semanal; Nasf 3: 1 a 2; mínimo 80 horas semanais e cada ocupação deve ter no mínimo 20 horas e máximo 40 horas de carga horária semanal; (BRASIL, 2014).

Cada modalidade possui uma finalidade direcionada a uma população. É a partir de uma análise feita sobre os determinantes acerca de um território e de uma população que a gestão pode designar a modalidade e tipo de Nasf a ser implantado. Para isso, é necessário que se utilize um roteiro de análise,

que inclusive indicará os profissionais específicos a atuar neste núcleo a partir de um olhar atento a essa análise. Por exemplo:

“A identificação de uma frequência aumentada de casos de desnutrição infantil em áreas de grande vulnerabilidade social pode ser uma informação decisiva na escolha do nutricionista e/ou do assistente social para a composição do Nasf. Da mesma forma, uma elevada prevalência de portadores de hipertensão arterial sistêmica e de pessoas acometidas por acidente vascular cerebral pode indicar a importância da inserção de categorias profissionais que ofereçam ações de reabilitação (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo), assim como do nutricionista e do profissional de Educação Física para o desenvolvimento de ações de prevenção de agravos e promoção da saúde com essa população. Por fim, em um município pequeno, que não tem Centro de Atenção Psicossocial (Caps), e em áreas com altos índices de violência, os problemas de saúde mental e os relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas podem indicar a vantagem de ter psicólogo e/ou psiquiatra no Nasf.”(BRASIL, p.34,2012)

O Nasf trabalha diretamente com as necessidades específicas de cada território e comunidade presente neste, agindo diretamente a partir das demandas identificadas pela equipe de cada local, da leitura da realidade. Como se coloca no caderno 27 da Atenção Básica, para a gestão que irá implantar um NASF é necessário que se faça uma análise demográfica, de saúde e social, desta forma isso também implicará diretamente na escolha dos profissionais que irão compor cada equipe.

O Assistente Social é um dos profissionais mais capacitados a realizar leituras críticas da realidade, com uma análise conjuntural, sendo assim, seu trabalho é de extrema importância para a execução de ações na Atenção Básica, tornando-o também um profissional imprescindível na composição da equipe multidisciplinar dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família em suas diferentes modalidades. Tendo a sua prática profissional voltada para as variadas áreas de atenção a saúde, com predomínio nas ações socioassistenciais, na articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas no processo individual e coletivo, apresentando como fundamental a investigação, o planejamento, a mobilização dos usuários com vista à efetivação dos direitos e a participação social, além da assessoria para melhoria dos serviços prestados (CFESS, 2010).

3 SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE TAPEROA- PB

O Município de Taperoá localiza-se no cariri paraibano e tem sua população estimada em cerca de 15.376 habitantes (IBGE, 2019). O município dispõe de dez estabelecimentos do Sistema Único de Saúde - atendendo casos de baixa, média e alta complexidade compreendendo os três níveis de atenção à saúde -, entre eles está o Hospital Geral de Taperoá (HGT), que dá suporte a outras cidades, sendo um hospital regional que referencia uma população de cerca de 79.758 habitantes. Segundo dados fornecidos pela instituição, o hospital realiza cerca de 9.000 internações por ano e oferece inúmeros serviços. Esses serviços variam desde consultas diárias com o clínico geral, a cirurgias. O hospital é também maternidade e realiza exames diversos. O Serviço de Atendimento Móvel e Urgência (SAMU) de Taperoá tem seus

atendimentos realizados orientados pela coordenação geral que fica situada na cidade de Monteiro. O Município de Taperoá possui também um Centro Especializado em Odontologia (CEO), onde são realizados atendimentos odontológicos específicos em tratamento para além das unidades básicas da cidade de acordo com as informações oferecidas pelo sistema de saúde do município através da secretaria de saúde.

A Secretaria de Saúde do Município de Taperoá é responsável pela gerência e organização de todas as ações e serviços de saúde a população, é de sua competência:

Garantir o acesso dos serviços de atendimento aos usuários do SUS; planejar e executar o desenvolvimento de projetos e programas de Saúde; fiscalizar o controle de condições sanitárias, higiênicas e de medicamentos; promover campanhas educativas de proteção a população, no que se refere a epidemias e outras doenças; desenvolver estudos, avaliações e o devido controle sobre o funcionamento dos serviços de atendimento. (SECRETARIA DE SAÚDE DE TAPEROÁ)

No nível de atenção básica, o sistema de saúde do município de Taperoá dispõe de 07 (sete) Unidades Básicas de Saúde, sendo quatro delas na zona urbana e três na zona rural, onde suas equipes de estratégia de saúde da família atuam juntamente com o Nasf conforme as necessidades e problemáticas identificadas na área de cada uma delas.

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família da cidade de Taperoá, tem seu funcionamento nos seguintes espaços físicos: na Secretaria Municipal de Saúde, que é sede de grande parte das atividades e reuniões desenvolvidas pela equipe na sala do Serviço Social possui privacidade que resguarda ao sigilo profissional, e nas unidades básicas, onde cumprem um cronograma de apoio junto as equipes, realizando individualmente os atendimentos ambulatoriais especializados. O NASF foi implantado no município no ano de 2010, através da iniciativa impulsionada pelo contexto nacional citada anteriormente, em que a Estratégia Saúde da Família se colocava em evidência como pilar da atenção básica e necessitava de um suporte que ampliassem as ações no nível que se apresenta como porta de entrada do Sistema de Saúde. Este oferece suporte para as sete equipes de Saúde da Família do município, se caracterizando assim como o NASF de modalidade 2, reconhecido e financiado pelo Ministério da Saúde, conforme a Portaria nº 3.124/2012. Tem como função dar suporte à Saúde da Família, tendo seu desempenho pautado nas diretrizes do SUS, esse apoio se dá através de suporte aos grupos específicos de projetos desenvolvidos pelas equipes de Saúde da Família, a exemplo dos grupos de gestante, de um grupo de Antitabagismo, de um grupo de HIPERDIA direcionado aos usuários diagnosticados ou com tendência a desenvolver hipertensão e diabetes, e um outro de intervenção precoce com crianças que apresentam algum tipo de deficiência ou limitação no desenvolvimento, todos estes implantados no município compondo a estrutura organizacional que conta com uma coordenação administrativa e pedagógica que é representada pela mesma coordenação à frente da AB.

Segundo os dados coletados em campo de estágio, através dos instrumentais de trabalho, o perfil dos usuários atendidos pelo Nasf foi analisado com base numa amostra retirada de registros dos atendimentos já

realizados desde o ano de 2012 até o início do ano de 2018, de controle do Serviço Social. Foi possível identificar que maior percentual de usuários (20,83%) está na faixa etária entre 32 a 40 anos, além de 38,39% ser o índice de usuários em casamento com efeito civil. No que se refere ao grau de escolaridade, percebe-se um significativo percentual de pessoas que não concluíram o Ensino Fundamental, a incidência é de 49,30%. Sobre as atividades profissionais, consta que 45,84% dos usuários são envolvidos na agricultura. Também são em sua maioria de baixa renda, ou seja, famílias que dispõem apenas de um salário mínimo para sua sobrevivência ou até mesmo, unicamente do que recebem de um programa de transferência de renda, sendo o percentual de quase 70% nestas condições. E vale destacar que 55,55% destas famílias possuem de um a quatro membros.

No tocante a equipe que compõe o NASF de Taperoá possui além do assistente social, um nutricionista, um fonoaudiólogo, um fisioterapeuta, um psicólogo, um pediatra e um ginecologista. Estes os profissionais do Nasf utilizam instrumentais comuns a todos, bem como específicos para cada área de atuação, preconizados pelo Ministério da Saúde. E no que se refere aos recursos financeiros, estes decorrem da esfera federal e são gerenciados pela esfera municipal, como está assegurado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).(SECRETARIA DE SAÚDE DE TAPEROÁ)

No que diz respeito à inserção dos assistentes sociais nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (Nasf), de acordo com as Diretrizes do Nasf, dispostas no Caderno 27 de Atenção Básica, o Serviço Social;

Deve ser desenvolvido de forma interdisciplinar e integrada com as demais equipes, para prestar apoio no trato da questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas na área da saúde. O assistente social é um profissional que trabalha permanentemente na relação entre estrutura, conjuntura e cotidiano, contribuindo com as equipes na apreensão e na ação em face do cotidiano, no qual as determinações conjunturais se expressam e a prática se realiza (BRASIL, 2010, p. 88).

O Assistente Social no Nasf de Taperoá-PB, é responsável por atender as demandas encaminhadas através das equipes de Saúde da Família, assim como as demandas vindas de maneira espontânea, possibilitando a informação e orientação acerca dos direitos dos usuários. O Profissional de Serviço Social realiza várias atividades junto aos outros profissionais da equipe multiprofissional, tais como: acolhimento, atendimento psicossocial ou socioassistencial, atendimento, visitas domiciliares, entrevistas técnicas, atividades intersetoriais com as demais políticas públicas, atividades educativas e grupos de promoção e prevenção a saúde nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBS's), faz também matriciamento junto a equipe do Nasf e com as equipes de Saúde da Família. Participa e efetuar campanhas coletivas quando as atividades do mês são direcionadas a determinadas patologias, como o "Setembro amarelo", "outubro rosa" e o "novembro azul". Também exerce a participação em reuniões, promovendo a realização de palestras, salas de espera e demais atividades que necessitem do suporte do assistente social do Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

O Nasf da cidade de Taperoá trabalha juntamente com outros setores na resolução de seus casos, com órgãos como: Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Conselho tutelar. Essa relação intersetorial é realizada em função de uma promoção ampla do conceito de saúde preconizado na Atenção Básica e respectivamente no SUS. Este conceito que enxerga a saúde como um bem para além da doença, bem como o resultado de um conjunto de determinantes que contribuem para uma melhor qualidade de vida da população. Além de eventos realizados em conjunto, são realizadas reuniões para discussão de caso e efetivação das ações.

4 IMPORTÂNCIA DO TRABALHO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO NASF JUNTO AS EQUIPES INTERSETORIAIS

O Nasf, é implantado na atenção básica com o propósito de ampliar o olhar a saúde visando a promoção e prevenção. O município de Taperoá que tem 88% dos investimentos na saúde destinados a Atenção Básica, possui no Nasf um grande suporte. O Nasf do município realiza significativas atividades e serviços para a população priorizando atender as demandas das pessoas assistidas, visando sempre o que preconiza o SUS e seus princípios.

O trabalho que o Nasf efetiva a partir dos serviços de saúde se dá também por meio da intersetorialidade, atuando também em conjunto com outros setores das demais políticas públicas, como foi citado anteriormente. Os órgãos pertencentes a política pública de Assistência Social, que são: CRAS, CREAS E SCFV, são os que trabalham com maior frequência ao lado da equipe do Nasf, embora que esteja engajado em diversas ações com outros setores, é na assistência onde a maioria das ações são realizadas, no município. É desta forma que se coloca a visão de saúde para além da doença e como qualidade de vida, situando o usuário como parte de uma família que procura os serviços de saúde, mas que necessitam também de uma assistência, dos serviços de educação e de outras políticas públicas. O aluno de uma determinada escola e que também é acolhido pelo Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, que provavelmente será o mesmo a ser atendido em uma UBS de sua localidade, passando possivelmente também pelo Nasf de maneira que nada esteja isolado, já que o usuário e toda sua família perpassa todas essas relações. É realizando visitas domiciliares, discussões de caso e atendimentos compartilhados que esse trabalho se realiza de acordo com os serviços que formam uma rede de atendimentos, sejam eles compartilhados ou individuais, com enfoque nas palestras e ações socioeducativas, de extrema importância. É fundamental destacar que aqui prevalece questão da referência e contrarreferência para o acompanhamento dos casos.

O Nasf de acordo com seus princípios e diretrizes deve possuir uma relação próxima estando junto com as estratégias de saúde da família, posto que ele nasce com a missão de dar suporte a cada uma delas. No nosso município, o Nasf trabalha em conjunto com todas as equipes de saúde da família, porém, há maior ou menor facilidade no trabalho com algumas específicas, até mesmo por questões de logísticas e dificuldades no deslocamento, já que três delas não se localizam na zona urbana. É junto às

equipes de saúde da família que o Nasf desenvolve um dos principais pilares da sua estrutura organizacional, o matriciamento, preconizado em sua portaria. As equipes de saúde da família trabalham também junto ao Nasf nas campanhas pontuais, como por exemplo: outubro rosa, novembro azul e dezembro vermelho, entre outras, e também grupos específicos mais próximos as comunidades, os grupos citados anteriormente.

O Nasf do município realiza nas estratégias de saúde da família uma modalidade para execução do matriciamento e acompanhamento por meio de um técnico de referência. O técnico de referência é um dos profissionais da equipe que se torna responsável por ser o mais presente e mais atento a uma determinada unidade básica, repassando as demandas com mais rapidez e precisão aos demais colegas. A equipe Nasf faz rodízio de profissionais como técnicos de referência até identificar com qual profissional a equipe da estratégia teve mais afinidade. É nas UBS's que os atendimentos ambulatoriais se efetivam, com cronogramas específicos a cada um dos profissionais, que também estão reunidos em conjunto e determinada frequência em cada uma das unidades, já que o Nasf é itinerante. Tendo em vista isso, podemos dizer que o Nasf foi instituído de fato para estar ao lado da população assistida com a relação mais estreita possível, e por isso são tão necessários os estudos feitos para conhecer a realidade de cada território, já que ele diz muito sobre os usuários, bem como, um diagnóstico pode dizer muito sobre uma localidade também e dos usuários dos serviços de saúde na área.

“A análise das informações organizadas deverá apontar, portanto, os principais problemas e as necessidades de saúde dos usuários, o perfil demográfico da população, os problemas e os riscos coletivos do território, as principais dificuldades das equipes de AB no cuidado à população, possibilitando tanto a montagem ajustada do Nasf (em termos da sua composição), quanto à visualização de ações e ofertas concretas que o Nasf pode agregar à Atenção Básica.”
(BRASIL,2012)

Os profissionais a compor a equipe do Nasf para cada localidade também serão designados a partir dessa análise acerca do território. No município de Taperoá, assim como em âmbito nacional, diversos entraves que dificultam a efetivação do Nasf são existentes, desafios diários são postos a equipe no desempenho das ações junto às outras equipes e setores. Sabe-se que os profissionais por si só não são unicamente os responsáveis pela execução das atividades e conseqüentemente da resolução das problemáticas. Outro fator importantíssimo é o papel da gestão a começar pela oferta de possibilidades necessárias para operacionalizar essas mediações nas resoluções das problemáticas, já que segundo o caderno 39 do Nasf - O apoio da gestão, a receptividade e o acolhimento das equipes vinculadas e a proatividade dos profissionais do Nasf para atuar na lógica do apoio matricial são essenciais para a consolidação do Nasf e de seu modo de operar na Atenção Básica.
(BRASIL,2012)

Existem diversos determinantes que condicionam esse trabalho, contexto nacional das políticas públicas no país, recursos disponíveis e suficientes para suprir as necessidades da população. No município, por exemplo, temos como um entrave na efetivação dos serviços, a ausência de transporte necessário, já que grande parte dos atendimentos necessitam ser feitos a domicílio, e levando

em conta também o fato de que o Nasf foi criado para se deslocar ao mais próximo possível da população. Mesmo assim, o trabalho desempenhado pela equipe, realiza mudanças efetivas nas vidas de cada um dos usuários.

A equipe multiprofissional do Nasf do município, é norteada pelos princípios e diretrizes do SUS, AB E NASF, bem como pelo que está pautado no código de ética de cada profissional. A partir das observações feitas em campo de estágio e cotidiano de trabalho dos profissionais, foi possível identificar que, a equipe tem como foco principal no que rege seu atendimento, o olhar compartilhado e coletivo, que propicia uma visão ampla dos usuários. Uma visão compartilhada, seja entre a própria equipe, com as equipes de saúde da família, ou equipes dos outros setores. O que é considerado fundamental para o desempenho dos serviços é essa visão coletiva, compartilhamento dos saberes e análise total da realidade, a troca de saberes específicos é também algo que enriquece bastante a atuação dessa equipe. Com o convívio constante, os profissionais passam a aprender bastante com os outros, o que facilita o trato das questões existentes. Muitas vezes, o que seria demanda unicamente e especificamente de um único profissional da equipe, se torna atribuição de mais algum ou de todos os outros, por exemplo: a equipe é designada para um caso que demanda um tratamento intensivo de fisioterapia, mas a partir de uma visita da equipe completa, identifica-se outras demandas, que inclusive podem ser tanto para outros profissionais, como outros órgãos públicos, como em casos de outras patologias, ou condicionamentos. Usuário com sequela decorrente de Acidente Vascular Cerebral (AVC) que necessita de acompanhamento da fonoaudiologia e fisioterapia, mas foram identificados a partir do atendimento, que necessita também de um acompanhamento psicológico em função de algo relacionado a sua condição atual, ou também da ação do Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), pois o usuário passa por negligência, com extrema ausência de cuidados necessários. Outro ponto imensamente importante é o acompanhamento frequente do usuário, para além dos atendimentos realizados em respostas às demandas que necessitam de intervenções imediatas, a equipe executa um acompanhamento constante junto ao usuário colocando-o como centro das discussões, e de forma mais humana possível realizar discussões acerca do caso, considerando todos os condicionantes e determinantes possíveis, existentes na vida deste usuário.

Segundo os profissionais que compõem o Nasf, de acordo com as falas presentes nos relatos, conversas e discussões de caso do município e levando em consideração as condições que o município oferece, o trabalho feito pelos profissionais enquanto equipe do Nasf, possibilitam acesso a serviços que em outras situações os usuários não poderiam arcar com as despesas, ou possivelmente precisam se deslocar para outros grandes centros.

Sem dúvida, o Nasf pode ampliar o escopo de ações ofertadas na Atenção Básica (até mesmo realizando algumas ações que só existiam em centros de especialidade, por exemplo). (BRASIL, p.39,2012)

O trabalho do Nasf traz o acesso a saúde para o mais próximo possível do usuário, de acordo com sua realidade priorizando acima de tudo a melhoria da qualidade de vida, o que é de fato preconizado e atende aos princípios da

AB. A equipe atende de forma integrada, seja nas discussões de casos clínicos, ou nas salas de espera, sempre buscando o desenvolvimento das ações preventivas e de promoção à saúde, já que muitas vezes existem os desafios de não se restringir ao ambulatorial, já que o trabalho Nasf, segundo o que se coloca explícito no caderno 39 da AB, diverge desse modelo ambulatorial que é centrado no atendimento individual, de consulta médica. Esse trabalho possibilita o acesso e amplia a qualidade dos serviços, entretanto é preciso considerar, que infelizmente não há condições de existir uma equipe dessas em cada uma das unidades, como no nosso caso, que temos 07 unidades básicas. Possibilita a criação em conjunto de projetos terapêuticos de maneira que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos da população. Se considera acima de tudo um caráter matricial no trabalho Nasf, e isso, por meio dessa equipe multiprofissional que atua em conjunto com outros setores, promovendo um trabalho articulado com a rede de atendimento à saúde, com vistas a superar os atendimentos que se constituem de forma fragmentada. Existem inegáveis desafios para execução do trabalho do Nasf, no contexto atual, permanece a luta por parte dos profissionais em busca da manutenção das práticas profissionais, mesmo que não seja o suficiente para a continuidade do trabalho realizado. A ausência de recursos e enfraquecimento em todos os âmbitos e nas outras demais políticas dificultam inclusive o trabalho intersectorial, pois além dos cortes na saúde, existem os cortes na assistência, educação e em todas as políticas públicas.

5 CONCLUSÃO

Dado isso podemos concluir quão significativo é o trabalho realizado pela equipe multidisciplinar do Nasf no município, bem como no país inteiro através da sua função que tem como objetivo ampliar acesso e qualidade da saúde. Principalmente no contexto que vivenciamos que prevê reformulações no Nasf de maneira que elimina os serviços e atividades do Nasf, instaurando um novo modelo de custeio para a Atenção Primária a Saúde. Esse novo modelo, proposto na Portaria n. 2.979 de 12 de novembro de 2019, pode e deverá ocasionar diferença e prejuízo ao setor de saúde. Afetando principalmente os pequenos municípios. Segundo a revista FIOCRUZ, o Nasf que já se encontrava “agonizante” com essa nova proposta sofre seu golpe de misericórdia. Segundo o Ministério da saúde essa nova portaria pretende aumentar a autonomia dos usuários, porém o que mais pode se prever é uma limitação com uma população grandemente afetada e uma extinção a médio prazo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. Este programa, que contém as novas medidas de financiamento para a atenção primária no SUS, promove novas diretrizes para seu funcionamento e reformula também estratégias de gestão. O novo modelo entra em vigor no ano de 2020 e objetiva que o repasse de recursos aos municípios leve em consideração o número de usuários cadastrados nas equipes de saúde e o funcionamento das unidades básicas de saúde, através de indicadores específicos como por exemplo: qualidade do pré-natal, controle de diabetes, hipertensão entre outras doenças, que no contexto atual, o pagamento é feito de acordo com os dados populacionais. O Conselho Nacional de Saúde (CNS), se pronunciou contra este novo modelo.

De acordo com o Ministro da Saúde a portaria PORTARIA Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019, citada anteriormente.

Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.(DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO)

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família foi criado com o objetivo de melhorar e expandir os serviços da Atenção Básica e a garantia deles de forma ampla e universal, sendo assim o Nasf atende a população de maneira mais abrangente enfatizando a promoção e prevenção respondendo de acordo com o que preconiza a Atenção Básica. No Município de Taperoá, podemos enxergar o quanto tem sido eficaz e tem trazido significantes melhorias para a saúde da população. Tendo em vista que suas ações proporcionaram serviços diversos no cuidado com a saúde da família e atenção ao usuário, através do trabalho da equipe, juntamente com as outras equipes intersetoriais, com suas diversas ações de base e conjunto. Desde os atendimentos individuais, aos grupos em cada uma das áreas do município.

O Município, levando em consideração a extensão territorial e número de habitantes, seria uma das cidades que sofreria incontáveis prejuízos com a nova portaria que prevê essa reestruturação do nasf, ou seja, extinção do Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

A história da Política de Saúde no Brasil é marcada por muita luta, até mesmo para que fosse efetivada, e desde então vivenciando uma disputa entre o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista. Até aqui muitos avanços foram conquistados, mas o contexto atual não é favorável para a saúde pública. Atualmente, a onda neoliberal ortodoxa retorna ao poder e ameaça todas as grandes conquistas históricas no âmbito das Políticas Públicas e dos direitos da classe trabalhadora. Esta nova portaria de refinanciamento dos recursos para atenção básica que prevê a extinção do Nasf é uma das artimanhas do governo vigente no plano de cortes que vem fazendo, não só na saúde mas em todas as Políticas Públicas. É importante que a luta continue em busca não só da manutenção, mas da garantia dos direitos.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. 2014.
Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. 2010.
Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf
Acesso em: 08 de dezembro de 2019

BRASIL, Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**.
Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php
Acesso em: 08 de dezembro de 2019

BRAVO, Inês, 2011. **Política de Saúde no Brasil.**

Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf

Acesso em: 18 de agosto de 2019

COELHO, Vitória. VIEIRA, Lígia. **INTERSETORIALIDADE EM SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO**, 2005.

CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** 2010.

Disponível em:

[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuacao de Assistentes Sociais na Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)

Acesso em: 08 de dezembro de 2019

ERDMANN, Alacoque. **A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços.** 2013.

ESCOREL, sarah et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** 2013

Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf

Acesso em: 09 de setembro de 2019

GARCIA, Leandro. **Saúde em debate.** 2014

JUNQUEIRA, Luciano. **A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor.** 2004

PAIM, Jairnilson. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** 2011.

Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf

Acesso em: 09 de setembro de 2019

SOARES, R. C. **Contrarreforma na política de saúde e a ênfase nas práticas assistenciais e emergenciais.** In. GARCIA, M.L.T (Org.) **Análise da Política de Saúde Brasileira.** Vitória: EDUFES, 2014.