

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

CLEBER RICACHENEVSKY

**A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CRUZ ALTA/RS COM A IMPLANTAÇÃO DO
NASF**

Porto Alegre – RS

Junho de 2015

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

CLEBER RICACHENEVSKY

**A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CRUZ ALTA/RS COM A IMPLANTAÇÃO DO
NASF**

**Trabalho de conclusão de curso de
Especialização apresentado como requisito
parcial para obtenção do título de Especialista
em Saúde Pública.**

Orientador: Prof. Me. Roberto Nunes Umpierre

Porto Alegre – RS

Junho de 2015

DEDICATÓRIA

A minha mãe Lina e a minha esposa Grazielle, que com muito carinho e apoio não mediram esforços para esta conquista.

Ao professor Roberto Nunes Umpierre, pela acolhida e ensinamentos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado saúde e força para superar todas as dificuldades.

A minha mãe Lina, pela confiança sempre depositada em mim e pelo exemplo de coragem e determinação.

Ao meu pai David (in memorian), pelo carinho e amizade sempre demonstrados em todos os momentos.

A minha querida esposa Grazielle, pela compreensão em todos os momentos vividos nesta vitória que também é dela.

Ao meu filho Adriel, um anjinho que Deus me mandou e que me deu muita força e determinação para concluir mais esta etapa da minha vida.

Ao professor Dr. Roger dos Santos Rosa, pela receptividade e apoio durante todo o curso.

Aos professores e funcionários da UFRGS, que de alguma forma contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho, em especial a Secretária da Pós-Graduação em Saúde Pública Daiane Branco, obrigado pelas colaborações.

Aos colegas da turma, pela convivência e amizade.

A Secretaria Municipal de Saúde de Cruz Alta, por permitir a utilização de dados do município.

RESUMO

O principal investimento do Ministério da Saúde para solidificar o novo modelo de acesso aos serviços de saúde proposto pelo SUS foi a Estratégia de Saúde da Família (ESF), investindo-se na mudança do foco e da forma de atuação e organização geral dos serviços. Em 2008, surgem os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da Portaria GM/MS nº 154/2008, com objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização e a regionalização, bem como as ações da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. O objetivo deste trabalho é descrever a experiência do município de Cruz Alta/RS, na implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Foi desenvolvido um estudo descritivo, com base em documentos e dados relativos à atenção da saúde dos habitantes do município de Cruz Alta, utilizando como fonte de dados Leis, Portarias e Diretrizes relativas aos Núcleos de Apoio de Saúde da Família, bem como produção mensal do NASF e atas redigidas nas reuniões de equipes das ESF/NASF e internas do NASF. Cruz Alta introduziu a experiência de apoio matricial ao Programa de Saúde da Família em 2012, com a implantação de uma equipe de NASF tipo 1, contava na época da implantação com 12 ESF, a composição do núcleo foi através de processo seletivo simplificado. No ano de 2013, foi implantado pelo município um novo Núcleo de Apoio à Saúde da Família, agora com dois núcleos em operação, a abrangência das ações do NASF no município atingiu 100% das ESF. Observou-se resistência dos profissionais de referência em relação aos profissionais apoiadores do NASF. Na análise dos relatórios mensais foi possível identificar uma preferência do número de atendimentos individuais em relação aos demais tipos de atendimentos preconizados pelo Ministério da Saúde para este tipo de Núcleo e foi identificado a não aplicação dos conhecimentos necessários no processo de matriciamento pelos atores envolvidos. O relato da experiência de implantação do NASF em Cruz Alta, foi bastante satisfatório, pois poderá servir como contribuição para outros municípios que estudam a viabilidade de também fazer a adesão a esse tipo de estratégia na atenção primária.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Sistema Único de Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Matriciamento.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Ações realizadas NASF..... 28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Situação da assistência no município.....	15
Tabela 2 – Território de atuação do NASF.....	16
Tabela 3 – BPA NASF /outubro 2012.....	24
Tabela 4 – BPA NASF /novembro 2012.....	25
Tabela 5 – BPA NASF /dezembro 2013.....	26
Tabela 6 – BPA NASF / março 2014.....	27
Tabela 7 – Histórico cobertura Saúde da Família competência do Município...	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CBO	Código Brasileiro de Ocupação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CORED	Conselho Regional de Desenvolvimento Alto Jacuí
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESB	Estratégia de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).....	13
1.2 Número de unidades de saúde no município na implantação do NASF (2012) e atualmente (2015).....	15
1.3 Caracterização do território de atuação do NASF na sua implantação.....	15
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 Objetivo Geral.....	18
2.2 Objetivos Específicos.....	18
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	19
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
5 CONCLUSÃO.....	31
REFERÊNCIAS.....	32
ANEXO 1 – Termo de consentimento para uso de dados.....	35
ANEXO 2 – Resolução CMS/CA N° 10/2012 de 14 de março de 2012.....	36

1 INTRODUÇÃO

Durante o século XX, principalmente após a divulgação do relatório Flexner, o mundo ocidental foi compelido a organizar seus sistemas nacionais de saúde, tendo o hospital como base para o cuidado em saúde. Principalmente após a Segunda Guerra Mundial, com a difusão das novas tecnologias duras desenvolvidas para diagnósticos e tratamentos cada vez mais complexos e sofisticados, a atenção médica foi sendo deslocada dos domicílios e consultórios para as enfermarias e ambulatórios de especialidades (FLEXNER, 1910; MERHY, 2000). Alguns países foram exceção a esta nova ordem mundial e, graças à Inglaterra, Canadá e, mais tardiamente, Cuba, o mundo ocidental pôde ter um contraponto ao sistema hospitalocêntrico em franco desenvolvimento nos outros países. Da Inglaterra, começam a surgir as primeiras dúvidas sobre as propaladas vantagens do sistema baseado na superespecialização e fragmentação do cuidado proposto por Flexner. Em 1961, White e colaboradores divulgam seu estudo intitulado *The ecology of medical care*, demonstrando que, de um grupo de mil adultos, ao longo de um mês apenas um necessitará de cuidado especializado em hospital terciário e que a maioria dos que procurarem um médico terá seus problemas resolvidos na atenção primária à saúde (WHITE; WILLIAMS; GREENBERG, 1961).

Em 1978, a OMS realiza uma conferência na cidade de Alma-Ata (URSS), com a finalidade de definir a Atenção Primária à Saúde. O evento se tornou um marco referencial para o desenvolvimento de serviços ambulatoriais focados nos princípios da APS, bem como para programas de pós-graduação e reorientação de sistemas de saúde como um todo. A partir desse marco, países como a Espanha, Finlândia, Israel, Portugal, Holanda, entre outros, começam a desenvolver seus sistemas de saúde baseados nos princípios da Atenção Primária à Saúde. Em 1986, acontece a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, e, neste encontro, publica-se a Carta de Otawa. No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde (do mesmo ano do evento internacional) e a nova Constituição Federal de 1988 são bastante influenciadas por Alma-Ata, e ocorre a criação do Sistema Único

de Saúde, incorporando muitos daqueles conceitos de 1978 (BRASIL, 1988; BRASIL, 2002; VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987).

Em 1992, a professora Barbara Starfield sistematiza o conceito de APS através da definição de atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação do cuidado) e derivados (orientação familiar e comunitária e competência cultural). A partir dessa operacionalização, a produção científica da área passa a ter maior base de sustentação teórica para se expandir (STARFIELD, 2004).

Existem duas metas principais em todo sistema de saúde, sendo a primeira, potencializar a saúde dos cidadãos pela consciência sobre a origem das enfermidades, manuseio das patologias e maximização da saúde, e a segunda, igualmente valiosa, que preconiza a redução das desigualdades a subgrupos populacionais, evitando a desvantagem de um grupo sobre o outro nas questões de acesso aos serviços de saúde e a condição de buscar e possuir um excelente nível de saúde (STARFIELD, 2004).

O ingresso ao sistema de saúde no país descreve uma linha que se move da filantropia ao direito, pois, no Brasil, a definição de saúde confunde-se muitas vezes com a assistência médica, que em outras épocas só era oferecida ao trabalhador que contribuía com parte do seu salário mensal à esfera privada. Para população menos favorecida e fora do mercado formal de trabalho, sobrava a assistência médica de caráter público e filantrópico, que aparecia como favor e não como direito (MALFITANO; LOPES, 2003).

A reforma sanitária foi um movimento que ocorreu a partir das lutas de resistência contra a ditadura e do modelo privado dos serviços de saúde existentes na época (FLEURY, 2009).

O conceito de saúde foi revisto e ampliado na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), relacionando às condições de vida e não somente a não existência de doenças. Só então a saúde começou a ser encarada como direito dos cidadãos, sendo indivisível da democracia (ARONA, 2009).

Este conceito ampliado foi abraçado na Constituição Federal de 1988, onde, no artigo 196, a saúde passou a ser considerada como direito de todos e dever do Estado. Estabeleceu, também, que a saúde é parte da seguridade social (art.194), além de um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à

assistência social” (BRASIL, 1988). Ainda criou o SUS, orientado pelos princípios de descentralização, universalidade, equidade, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

O principal investimento do Ministério da Saúde para solidificar o novo modelo de acesso aos serviços de saúde proposto pelo SUS foi a Estratégia de Saúde da Família (ESF), investindo-se na mudança do foco e da forma de atuação e organização geral dos serviços. As comunidades inseridas em um território dinâmico passaram a receber atenção especial do novo programa (BRASIL, 1997).

Diante das dificuldades de operacionalização, da integralidade nas ações, da responsabilidade pelo cuidado e do vínculo de casos e situações simples e complexas na ESF, surgiu a necessidade de reorganizar o trabalho na ESF, abrindo espaços para a implantação de metodologias e novas tecnologias, bem como o acréscimo de categorias profissionais neste cenário de intervenção. Sendo assim, em 2008, surgem os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da Portaria GM/MS nº 154/2008, com objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização e a regionalização, bem como as ações da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil (BRASIL, 2008).

Essa atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos e possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais, tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares. Além disso, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos, de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2012).

Durante a implantação do NASF, podem ocorrer algumas dificuldades, destacando-se entre elas: desenvolvimento do processo de trabalho na lógica do apoio matricial entre as equipes envolvidas (ESF e NASF); realização da integralidade da atenção multiprofissional e a mudança cultural em relação à formação e educação permanente para toda equipe de ESF.

A proposta deste trabalho é descrever a experiência da implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, no município de Cruz Alta/RS.

1.1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Os atos legais que estruturam o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) compõem-se de três documentos principais: a Portaria GM/MS nº 154/2008 (BRASIL,2008), que contempla a criação do NASF e onde consta as principais instruções normativas e operacionais sobre o NASF; as diretrizes do NASF, que foram publicadas na edição do Caderno de Atenção Básica nº 27 (BRASIL,2009) e exibem orientações para estruturação dos processos de trabalho dos profissionais atuantes dentro dos núcleos; por último, a Portaria GM/MS nº 2488/2011 (BRASIL,2011), que aprova a nova política de Atenção Básica e cria alterações na composição e vinculação do NASF.

A integralidade do cuidado em saúde é a principal diretriz do NASF, ancorada em alguns aspectos: abordagem do indivíduo de uma forma integral no seu território, garantido um cuidado ao longo do tempo (longitudinal); as ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura devem ser organizadas de forma integrada às práticas de saúde, dando garantia de acesso à rede de atenção, de acordo com as necessidades da população (BRASIL, 2009).

Uma das orientações do Ministério da Saúde afirma que o NASF foi concebido com o objetivo de ampliar o escopo, a abrangência e a resolutividade das ações da Atenção Primária à Saúde (APS), com a integralidade das ações entre profissionais da ESF e do NASF, mas jamais o NASF se constituindo referência no cuidado. Os profissionais do NASF não devem caracterizar um serviço especializado, pois seu trabalho deve ser baseado no processo de apoio às equipes da ESF, utilizando o apoio matricial dentro do território de abrangência da ESF (BRASIL, 2011). Uma das principais justificativas para utilização do apoio matricial do NASF consiste na deficiência na formação dos profissionais vinculados a operacionalização da ESF, extrapolando os saberes técnicos das mais variadas profissões. É fundamental que os profissionais que atuam junto à ESF sejam capacitados adequadamente para ocorrer um serviço adequado e racional, de acordo com as diretrizes da ESF, podendo reestruturar a lógica do atendimento (CECCIM, 2005; LUDKE; CUTOLO, 2010).

Frequentemente são colocados desafios essenciais junto à APS, dentre os quais, pode-se citar o aumento progressivo da cobertura da população e a

integração com a rede assistencial, relacionado ao incremento da resolutividade e da capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado. O NASF, como um núcleo ligado à ESF, participa de tais desafios e deve ajudar para o acréscimo da resolutividade e cumprimento da coordenação integrada do cuidado na APS (BRASIL, 2009).

O NASF não se caracteriza como porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio à ESF e possui como eixo de atuação a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado junto à saúde da família (BRASIL, 2009). Deve ser salientado que o trabalho do NASF envolve nove áreas estratégicas: atividades físicas / práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica (BRASIL, 2009).

Desta maneira o Núcleo de Apoio à Saúde da Família é integrante da Atenção Básica, entretanto não é caracterizado como um serviço com espaço físico independente. O desenvolvimento das ações dos profissionais do NASF são as próprias Unidades Básicas de Saúde e do território vinculado à ESF (BRASIL, 2014).

Conforme a ata nº 314/12 da reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Cruz Alta, realizada aos 13 dias do mês de março de 2012, foi realizada a apreciação e aprovação do Projeto do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, sendo sua criação editada e homologada no dia 14 de março de 2012, através da Resolução CMS/CA nº 10/2012, conforme os termos do Parágrafo Único do art.5º da Lei Municipal nº 2.019/2010 de 15 de setembro de 2010.

1.2 Número de unidades de saúde no município na implantação do NASF (2012) e atualmente (2015)

Tabela 1 – Situação da assistência no município

Unidades	Quantidade (2012)	Quantidade (2015)
Unidade Básica de Saúde (UBS)	4	1
Estratégia de Saúde da Família (ESF)	12	17
Central de especialidades	1	1
Centro de atendimento psicossocial (CAPS)	1	3
Serviço de atendimento especialidade (SAE)	1	1
Clínica especializada SMS	1	1
Centro de Saúde da Mulher e da criança	1	1
Hemocentro	1	1
Clínica de fisioterapia vida e movimento	1	1
Unidade de atendimento móvel de urgência (SAMU)	1	1
Pronto Atendimento (PA)	1	0
Equipe de Saúde Bucal (ESB)	8	11
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	0	1

Fonte: Cruz Alta (2012).

Na tabela 1 visualizamos claramente a situação do número de unidades, relativa a assistência em saúde no município na implantação do NASF e atualmente.

1.3 Caracterização do território de atuação do NASF na sua implantação

A tabela 2 demonstra a caracterização do território de atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, quando da sua implantação no município.

Segundo dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde/2012, a proporção de cobertura populacional estimada pela Estratégia Saúde da Família durante a implantação do NASF no município de Cruz Alta era em média de 66,27%.

Tabela 2 – Território de atuação do NASF

Nome da Unidade	Microáreas que compõem a área de abrangência da ESF/USB	População estimada por microáreas (nº de pessoas)	Total Coberta pela ESF/USB (nº de pessoas)
ESF I- Toríbio Veríssimo	1	631	3.463
	2	637	
	3	511	
	4	724	
	5	553	
	6	407	
ESF II- Abegaí	1	612	2.924
	2	614	
	3	496	
	4	619	
	5	428	
	6	155	
ESF III- Alvorada	1	458	3.406
	2	475	
	3	548	
	4	462	
	5	358	
	6	527	
	7	578	
ESF IV- DNER	1	481	2.365
	2	521	
	3	405	
	4	427	
	5	531	
ESF V- Santo Antônio	1	589	3.755
	2	559	
	3	609	
	4	540	
	5	451	
	6	548	
	7	459	
ESF VI- Santa Terezinha	1	550	2.649
	2	534	
	3	498	
	4	582	
	5	485	
ESF VII- Brum	1	681	3.576
	2	659	
	3	572	
	4	564	
	5	170	
	6	213	
	7	717	
ESF VIII- São José	1	736	4.319
	2	560	
	3	488	
	4	395	
	5	537	

	6	428	
	7	550	
	8	625	
ESF IX- Jardim Primavera	1	676	
	2	468	
	3	469	
	4	508	3.665
	5	631	
	6	391	
	7	522	
ESF X- Vila Nova	1	630	
	2	482	2.164
	3	437	
	4	615	
ESF XI- Vila Nova	1	636	
	2	567	
	3	618	2.980
	4	594	
	5	565	
ESF XII- São Genaro	1	622	
	2	613	
	3	605	2.181
	4	341	
Total de Unidades	Total de Microáreas	Total de Pessoas	
12	71	37.447	

Fonte: Cruz Alta (2012).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever a experiência do município de Cruz Alta/RS, na implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família.

2.2 Objetivos Específicos

- Especificar a definição das áreas de abrangência dos NASF no município de Cruz Alta/RS;
- Descrever qual o processo utilizado para definir a composição técnica dos NASF;
- Analisar as dificuldades que o município apresentou durante o processo de implantação;

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Foi desenvolvido um estudo descritivo, com base em documentos e dados relativos à atenção da saúde dos habitantes do município de Cruz Alta, situado na região Noroeste do estado do Rio Grande do Sul. As fontes de dados foi constituída por Leis, Portarias e Diretrizes relativas aos Núcleos de Apoio de Saúde da Família, bem como produção mensal do NASF e atas redigidas nas reuniões de equipes das ESF/NASF e internas do NASF.

Por ser um estudo descritivo, onde não há envolvimento direto de seres humanos, não foi necessário aprovação desta pesquisa por Comitê de Ética em Pesquisa. Foi assinado pela Secretaria Municipal de Saúde um termo de consentimento para uso de dados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O município de Cruz Alta foi emancipado e criado em 1883, possui uma área de 1.360 Km², e uma população de 62.800 habitantes segundo o IBGE,2010. É sede da 9ª Coordenadoria Regional de Saúde, localizando-se na macrorregião missioneira. O tipo de gestão que o município está habilitado é o Pacto pela Saúde, segundo as Portarias GM/MS nº 339, de 22/02/2006, nº 372, de 16/02/2007, pactuado na reunião da SETEC/RS de 07/10/2010.

A Secretaria Municipal de Saúde situada à rua Pinheiro Machado, nº 1515 é o órgão de administração dos serviços de saúde. O Fundo Municipal de Saúde, instituído pela Lei Municipal nº 336 de 16 de dezembro de 1996, é administrado pela Secretaria Municipal de Saúde e o controle contábil é realizado pela Secretaria Municipal da Fazenda.

O Conselho Municipal de Saúde foi criado pela Lei nº 959, de 22 de janeiro de 2002, e reformulado a partir da Resolução nº 333 do CNS e pela Lei Municipal nº 2019/10. A periodicidade das reuniões é mensal, ocorrendo na primeira terça-feira de cada mês, conforme Decreto nº 400, de 29 de outubro de 2010, e Decreto nº 416, de 16 de novembro de 2010, podendo ocorrer extraordinariamente sempre que se fizer necessário. A composição do conselho tem 50% de usuários, 25% de trabalhadores em saúde e 25% de prestadores de serviços e governo, com a seguinte distribuição (CRUZ ALTA, 2012):

A- Do segmento Governo:

- Dois representantes da Secretaria Municipal de Saúde;
- Representante da Secretaria Municipal de Planejamento;
- Representante do Governo do Estado do Rio Grande do Sul (9ªCRS).

B- Do segmento prestadores de serviços:

- Representante da Unicruz;
- Representante do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo;
- Representante da Clínica de Olhos;
- Representante dos Laboratórios de Análises Clínicas de Cruz Alta.

C- Do segmento trabalhadores de saúde:

- Representante do Conselho Regional de Fonoaudiologia do RS;
- Representante da Associação dos Nutricionistas de Cruz Alta;
- Representante da Associação dos Enfermeiros de Cruz Alta (AECA);
- Representante da Associação dos Cirurgiões Dentistas de Cruz Alta (ACIDECA);
- Representante da Associação dos Médicos Veterinários de Cruz Alta (AMVECA);
- Representante do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 5ª Região/RS;
- Representante do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS);
- Representante do Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Saúde de Cruz Alta (SINDIESCA);

D- Do segmento usuário:

- Representante dos Portadores de Necessidades Especiais;
- Dois Representantes da União das Associações de Moradores de Cruz Alta (UAMCA);
- Representante da Sociedade Beneficente União Operária;
- Representante do Sindicato dos Municipários de Cruz Alta (SIMCA);
- Representante do Sindicato dos Professores (CPERS);
- Representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais (STR/CA);
- Representante do Sindicato dos Empregados no Comércio de Cruz Alta;
- Representante da Associação dos Cabos e Soldados (PM/CA);
- Representante da Associação dos Aposentados e Pensionistas de Cruz Alta;
- Representante do Grupo Amor Exigente;
- Dois Representantes da União de Associações de Moradores e Entidades Comunitárias de Cruz Alta (UAMECA);
- Representante da Pastoral da Criança/Diocese de Cruz Alta;

- Representante do Conselho da Comunidade que atua junto ao Presídio.

Cruz Alta introduziu a experiência de apoio matricial ao Programa de Saúde da Família em 2012, com a implantação de uma equipe de NASF tipo 1, que era composta por: farmacêutico, nutricionista, educador físico, médico e assistente social, desejando a ampliação e resolutividade da assistência. A implantação do NASF no município obedeceu a todas etapas administrativas previstas para sua aprovação pelo Ministério da Saúde, para só então transcorridas estas etapas o núcleo começar a operar.

Na implantação foi importante determinar as áreas de abrangência, seleção dos profissionais que iriam compor o núcleo e os equipamentos e/ou outros recursos necessários. O município contava com 12 ESF, como o NASF 1 poderia estar vinculado ao máximo a 8 ESF, foi levado em consideração pela SMS que o NASF deveria dar o apoio aos territórios mais vulneráveis, ficando 4 ESF neste primeiro momento sem a cobertura do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. O NASF foi credenciado junto à uma ESF que possuía condição de infraestrutura física adequada para receber os profissionais, quando estes não estivessem desenvolvendo suas atividades em campo, para escolha desta ESF também foi importante a sua localização geográfica, que deveria possuir uma logística para deslocamento dos profissionais para os demais territórios atendidos.

A composição do núcleo foi através de processo seletivo simplificado, ficando a cargo do gestor definir quais os critérios de prioridades identificadas a partir das realidades locais e da disponibilidade de cada um dos diferentes profissionais (CRUZ ALTA, 2012). A seleção foi realizada por meio da análise de currículo, onde houve a contemplação, principalmente da formação técnica do candidato, buscando-se profissionais que tivessem perfil com a proposta do NASF. Os selecionados foram contratados segundo a legislação que disciplina a contratação por necessidade temporária de excepcional interesse público com carga horária de no mínimo 40 horas semanais por profissão, existindo uma exceção para o profissional médico, que poderia ser registrado dois profissionais de 20 horas semanais cada.

No ano de 2013, foi implantado pelo município um novo Núcleo de Apoio à Saúde da Família, sendo introduzido nos dois núcleos agora existentes outras categorias profissionais, entre elas: fisioterapeuta e psicólogo, este último

profissional era para atender o que preceitua o §2º da Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008, que recomenda que cada núcleo conte pelo menos um profissional da área de saúde mental. Com os dois núcleos em operação, a abrangência das ações do NASF no município atingiu 100% das ESF em operação, agora era possível atender as 12 ESF existentes no município, onde cada núcleo ficou vinculado a 6 ESF para desenvolver suas atividades. Nesta nova fase da implantação de um novo núcleo de apoio, todos os profissionais do NASF e das ESF receberam capacitação sobre atenção primária à saúde, apoio matricial, clínica ampliada e projeto terapêutico singular. Neste mesmo ano uma das equipes do NASF participou do processo de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) criado pela Portaria 1.654 de 19 de julho de 2011, que tem por objetivo estimular a melhoria da qualidade destas equipes, fortalecendo-as e aumentando sua resolutividade e foi certificada no 2º Ciclo do PMAQ.

Os núcleos participavam das reuniões de equipes semanais nas ESF onde eram vinculados, onde eram feitos junto com os profissionais da ESF um diagnóstico inicial do território, para formular um cronograma de trabalho específico para cada território. Foi observado que existia muitos encaminhamentos para os CAPS, este ponto foi debatido nas reuniões de equipes entre ESF/NASF e nas reuniões quinzenais internas do NASF e foi sugerido a criação de um Grupo de Saúde Mental, que era conduzido pelos profissionais da Psicologia, destinado para todos os usuários cadastrados na ESF. Em um primeiro momento o profissional do NASF fazia uma triagem dos usuários para identificar quem poderia participar dos grupos ou teria que ser encaminhado ao serviço especializado de referência, as atividades eram desenvolvidas quinzenalmente conforme cronograma fornecido para todas ESF, no final do primeiro semestre da implantação dos grupos de saúde mental, ocorreu conforme registrado em ata, uma redução do volume de atendimento dos CAPS via encaminhamento das ESF.

Nessa linha de atuação foram criados e/ou modificados a forma de trabalho de alguns grupos, entre eles o de vigilantes do peso, onde a condução ficou a cargo das profissionais da Nutrição, o grupo Hiperdia onde os profissionais mais diretamente envolvidos eram os farmacêuticos e os profissionais da nutrição, grupo de atividades físicas direcionadas, sendo os Educadores Físicos os responsáveis. Todos os grupos ainda hoje funcionam conforme cronograma montado semestralmente pelo NASF/ESF e divulgado para todo o território, alguns grupos

são semanais e outros quinzenais, mas a resistência oferecida por algumas ESF continuam bloqueando consideravelmente as ações do NASF.

As tabelas de número 3, 4, 5 e 6 demonstram a produção desenvolvida em Cruz Alta/RS pelo NASF no período de 2012 a 2014, bem como a quantidade de equipes e os profissionais envolvidos.

Tabela 3 – BPA NASF 10/2012

Período	Quantidade de Núcleos	CBO	Procedimento	Quantidade
10/2012	1	Médico	Consulta de profissional de nível superior	426
10/2012	1	Médico	Grupo	05
10/2012	1	Nutricionista	Avaliação antropométrica	200
10/2012	1	Nutricionista	Consulta de profissional de nível superior – exceto médico	15
10/2012	1	Nutricionista	Visita domiciliar/institucional em reabilitação	01
10/2012	1	Nutricionista	Grupo	10
10/2012	1	Educador Físico	Verificação de pressão	311
10/2012	1	Educador Físico	Grupo	71
10/2012	1	Educador Físico	Consulta de profissional de nível superior – exceto médico	02
10/2012	1	Assistente Social	Consulta de profissional de nível superior – exceto médico	08
10/2012	1	Assistente Social	Grupo	49
10/2012	1	Assistente Social	Visita domiciliar/institucional em reabilitação	21
10/2012	1	Farmacêutico	Grupo	46
10/2012	1	Farmacêutico	Consulta de profissional de nível superior – exceto médico	107
TOTAL				1.272

Fonte: SMS Cruz Alta

Tabela 4 – BPA NASF 11/2012

Período	Quantidade de Núcleos	CBO	Procedimento	Quantidade
11/2012	1	Farmacêutico	Grupo	10
11/2012	1	Farmacêutico	Consulta de profissional de nível superior – exceto médico	02
11/2012	1	Médico	Consulta de profissional de nível superior	147
11/2012	1	Médico	Grupo	01
11/2012	1	Nutricionista	Avaliação antropométrica	633
11/2012	1	Nutricionista	Consulta de profissional de nível superior – exceto médico	61
11/2012	1	Nutricionista	Grupo	01
11/2012	1	Educador Físico	Verificação de pressão	175
11/2012	1	Educador Físico	Consulta de profissional de nível superior – exceto médico	95
11/2012	1	Educador Físico	Grupo	08
TOTAL				1.133

Fonte: SMS Cruz Alta

Tabela 5 – BPA NASF 12/2013

Período	Quantidade de Núcleos	CBO	Procedimento	Quantidade
12/2013	2	Fisioterapeuta	Grupo	34
12/2013	2	Fisioterapeuta	Visita domiciliar/ institucional em reabilitação	34
12/2013	2	Fisioterapeuta	Consulta de profissional de nível superior – exceto médico	62
12/2013	2	Fisioterapeuta	Consulta/Atendimento domiciliar na atenção básica	12
12/2013	2	Nutricionista	Grupo	38
12/2013	2	Nutricionista	Consulta de profissional de nível superior – exceto médico	106
12/2013	2	Nutricionista	Visita domiciliar/ institucional em reabilitação	25
12/2013	2	Nutricionista	Consulta/Atendimento domiciliar na atenção básica	10
12/2013	2	Nutricionista	Avaliação antropométrica	31
12/2013	2	Educador Físico	Grupo	50
12/2013	2	Educador Físico	Visita domiciliar/ institucional em reabilitação	1
12/2013	2	Educador Físico	Consulta/Atendimento domiciliar na atenção básica	21
12/2013	2	Educador Físico	Verificação de pressão	900
12/2013	2	Educador Físico	Consulta de profissional de nível superior – exceto médico	213
12/2013	2	Assistente Social	Grupo	34
12/2013	2	Assistente Social	Visita domiciliar/ institucional em reabilitação	25
12/2013	2	Assistente Social	Consulta de profissional de nível superior – exceto médico	26
12/2013	2	Psicólogo	Grupo	33
12/2013	2	Psicólogo	Consulta de profissional de nível superior – exceto médico	102
12/2013	2	Psicólogo	Visita domiciliar/ institucional em reabilitação	4
12/2013	2	Psicólogo	Consulta/Atendimento domiciliar na atenção básica	3
12/2013	2	Farmacêutico	Consulta de profissional de nível superior – exceto médico	9
12/2013	2	Farmacêutico	Grupo	50
12/2013	2	Médico	Consulta de profissional de nível superior	323
12/2013	2	Médico	Grupo	10
TOTAL				2.156

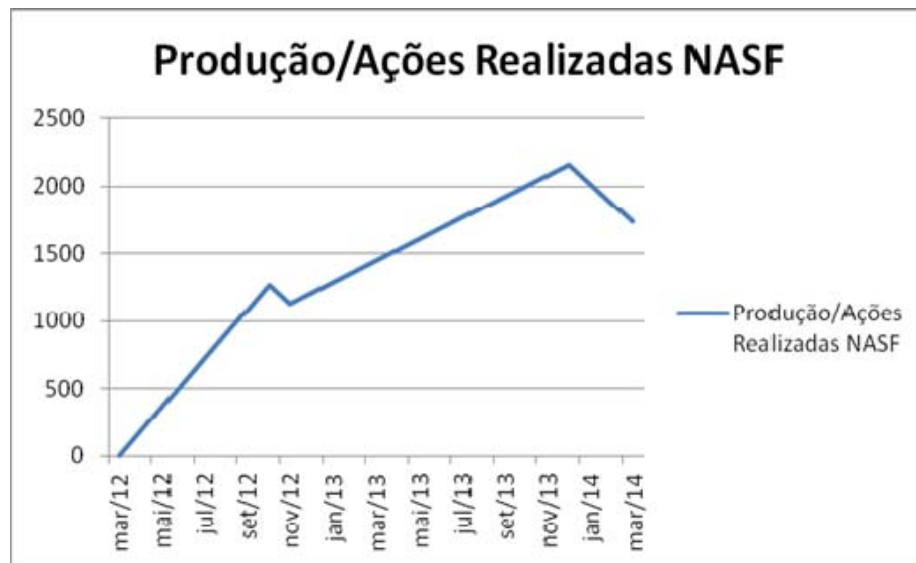
Fonte: SMS Cruz Alta

Tabela 6 – BPA NASF 03/2014

Período	Quantidade de Núcleos	CBO	Procedimento	Quantidade
03/2014	2	Assistente Social	Grupo	19
03/2014	2	Assistente Social	Visita domiciliar/institucional em reabilitação	11
03/2014	2	Assistente Social	Consulta/Atendimento domiciliar na atenção básica	15
03/2014	2	Assistente Social	Consulta de profissional de nível superior – exceto médico	35
03/2014	2	Nutricionista	Grupo	26
3/2014	2	Nutricionista	Visita domiciliar/institucional em reabilitação	16
03/2014	2	Nutricionista	Consulta de profissional de nível superior – exceto médico	211
03/2014	2	Nutricionista	Consulta/Atendimento domiciliar na atenção básica	17
03/2014	2	Médico	Consulta de profissional de nível superior	346
03/2014	2	Médico	Grupo	4
03/2014	2	Fisioterapeuta	Grupo	26
03/2014	2	Fisioterapeuta	Visita domiciliar/institucional em reabilitação	35
03/2014	2	Fisioterapeuta	Consulta de profissional de nível superior – exceto médico	16
03/2014	2	Educador Físico	Grupo	33
03/2014	2	Educador Físico	Verificação de pressão	468
03/2014	2	Educador Físico	Consulta/Atendimento domiciliar na atenção básica	24
03/2014	2	Educador Físico	Consulta de profissional de nível superior – exceto médico	163
03/2014	2	Psicólogo	Grupo	32
03/2014	2	Psicólogo	Visita domiciliar/institucional em reabilitação	67
03/2014	2	Psicólogo	Consulta de profissional de nível superior – exceto médico	36
03/2014	2	Psicólogo	Consulta/Atendimento domiciliar na atenção básica	21
03/2014	2	Farmacêutico	Grupo	21
03/2014	2	Farmacêutico	Consulta de profissional de nível superior – exceto médico	97
TOTAL				1.739

Fonte: SMS Cruz Alta

Figura 1 – Ações realizadas NASF



Fonte: BPA SMS Cruz Alta

No gráfico representado na Figura 1, observa-se a quantidade da produção/ações realizadas, no município de Cruz Alta/RS, pela(s) equipe(s) do NASF entre março de 2012 (sem implantação) e março de 2014.

Na tabela 7, observa-se a evolução dos indicadores no município de Cruz Alta/RS, todos demonstram um aumento nos índices de cobertura na APS (Atenção Primária à Saúde).

Tabela 7 – Histórico Cobertura Saúde da Família Competência do Município

PERÍODO	ACS			ESF			ESB		NASF tipo I	
	Crd	Imp	Prop Cob Pop Est %	Crd	Imp	Prop Cob Pop Est %	Crd	Imp	Crd	Imp
MAIO/2012	89	77	70,87	12	12	66,27	8	8	1	1
ABRIL/2015	125	116	100,0	17	17	94,39	13	13	2	2

Fonte: DAB/Ministério da Saúde

Legendas: **ACS**= Agente Comunitário de Saúde; **ESF**= Estratégia de Saúde da Família; **ESB**= Estratégia de Saúde Bucal; **NASF**= Núcleo de Apoio à Saúde da Família; **Crd**= Credenciada; **Imp**= Implantada; **Prop Cob Pop Est**= Proporção de Cobertura Populacional Estimada; **DAB**= Departamento de Atenção Básica.

Esse incremento observado na tabela 7 reflete desde o aumento no número dos Agentes Comunitários de Saúde até o número de equipes atualmente em

operação. Por outro lado o modelo de UBS tradicional está sendo todo migrado para ESF, pois entre as muitas vantagens observadas na rotina diária, pode-se destacar: atendimento mais próximo da comunidade e com um vínculo forte; presença efetiva dos profissionais; maior acessibilidade; permite conhecer o indivíduo no seu contexto bio-psico-social; não voltada apenas para o assistencialismo; além das ações coletivas, trabalha com ações de promoção e prevenção à saúde; conceito ampliado de saúde; atendimento em equipe multiprofissional.

Deve-se reforçar que o NASF foi criado para apoiar as equipes de saúde da família com um papel importantíssimo, o de tentar ampliar a abrangência e o escopo da atenção primária, não deixando de lado a qualificação do trabalho executado pelas equipes de saúde da família (BRASIL, 2008).

O modelo hospitalocêntrico e o profissional médico historicamente eram o foco de toda hierarquização da atenção à saúde. Quando da criação das Equipes de Saúde da Família, elas começaram a ter uma grande relevância social, pois começou a ser rompido o modelo então dominante, diante desta nova situação, era esperando resistência dos profissionais de referência em relação aos profissionais apoiadores do NASF, pois a atuação do NASF era justamente apoiar e qualificar aqueles que dominaram o modelo durante muito tempo. Essa realidade de resistência vivida pelas equipes do NASF, ficava evidente quando da análise dos relatos registrados nos livros atas das reuniões, onde em algumas ESF essa oposição era tão solidificada, que as ações do NASF eram quase impraticáveis, por outro lado em várias ESF essa resistência não existia, e neste caso, retira-se também da leitura e análise dos livros atas, que onde não existia a resistência, geralmente o profissional médico que atuava na unidade, tinha formação em saúde da família. Em outra ata lê-se que muitos profissionais da ESF causavam a resistência por não conhecer o trabalho do NASF e estarem com “medo” de perder posição dentro da unidade de saúde.

Na análise dos relatórios mensais foi possível identificar uma preferência do número de atendimentos individuais, em relação aos atendimentos em grupo, visitas domiciliares e educação/capacitação em saúde para as Equipes de Saúde da Família, isto identificado, também foi assunto para ser debatido em várias reuniões entre a ESF/NASF e internas do NASF conforme registros feitos, onde a possibilidade levantada foi a não aplicação dos conhecimentos necessários no processo de matriciamento pelos atores envolvidos, o que ocasionou novas

capacitações sobre apoio matricial para todas as equipes. Os profissionais saem da academia onde praticamente não existe contato com essas ferramentas que o NASF leva para atenção básica, então era de se esperar muita dificuldade para mudar uma cultura já formada e operacionalizar a relação horizontal, multiprofissional e interdisciplinar entre todos os envolvidos.

CONCLUSÃO

Sendo assim no processo de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município de Cruz Alta, ficou evidente uma forte resistência dos profissionais de referência as atividades propostas pela equipe do NASF, uma preferência do número de atendimentos individuais, em relação aos atendimentos em grupo, visitas domiciliares e educação/capacitação em saúde para as Equipes de Saúde da Família, segundo os BPAs analisados.

A linha de atuação era, nesse contexto, fortemente baseada na parte clínica, deixando de lado o matriciamento das equipes. Essa estrutura gerava um atendimento não identificado com as diretrizes do NASF, em que a ação interdisciplinar, a educação permanente em saúde dos profissionais, o desenvolvimento da noção de território, a integralidade do cuidado, a participação social, a promoção e prevenção da saúde e a humanização quase não eram aplicadas.

Mostrou-se frágil o conhecimento do matriciamento e relação horizontal dos atores envolvidos, criando muitas dificuldades no desenvolvimento das ações propostas entre a ESF e o NASF.

O relato da experiência de implantação do NASF em Cruz Alta, foi bastante satisfatório, pois poderá servir como contribuição para outros municípios que estudam a viabilidade de também fazer a adesão a esse tipo de estratégia na atenção primária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARONA, Elizaete. da Costa. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. **Saúde e Sociedade (On-line version)**, v. 18, supl. 1, p. 26-36, 2009.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/con1988_05.10.1988/CON1988.shtm> Acesso em: 31 out 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**, Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção de Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html> Acesso em: 30 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html> Acesso em: 10 julho 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 27, Brasília, Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf> Acesso em: 12 abril 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 39, Brasília, Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf> Acesso em: 10 agosto 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de abril de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e

o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: 13 abr 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php> Acesso em: 05 jan 2015.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família: histórico de cobertura**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php> Acesso em: 01 jun 2015.

CECCIM, Ricardo B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, v.9, n.16, p. 161-168, 2005.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1987, Brasília. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

CRUZ ALTA. **Projeto implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Cruz Alta: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

FLEURY, Sônia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, maio/jun. 2009.

FLEXNER, A. Medical education in the United States and Canada: a report to The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. **Bulletin**, New York, n.4, 1910. Disponível em: <http://archive.carnegiefoundation.org/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf> Acesso em: 07 jun 2015.

LUDKE, L.; CUTOLO, L.R.A. Formação de docentes para o SUS: um desafio sanitário e pedagógico. **Saúde & Transformação Social**, v.1, n.1, p. 88-98, 2010.

MALFITANO, A.P.; LOPES, R.E. Programa de Saúde da Família e agentes comunitários: demandas para além da saúde básica. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 14, n. 3, p. 110-117, set./dez. 2003.

MERHY, Emerson E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface**, Botucatu, v.9, n.16, p. 109-106, 2000.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2004.

WHITE, K.L.; WILLIAMS, T.F.; GREENBERG, B.G. The ecology of medical care. **The New England Journal of Medicine**, v. 2, n. 265, p. 885-892, 1961.

ANEXO 1 – Termo de consentimento para uso de dados



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ ALTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE DADOS

O Município de Cruz Alta, RS, autoriza a utilização de dados relativos à atenção à saúde de sua população que será utilizada pelo servidor **Cleber Ricachenevsky**, aluno do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O uso dos dados se dará exclusivamente para a elaboração do Projeto de Pesquisa intitulado "A experiência do município de Cruz Alta/RS, com a implantação do NASF".

Cruz Alta, 26 de janeiro de 2015.


Daniela Hernandez
Secretária Municipal de Saúde

Daniela Zardin Hernandez
Secretária da Saúde
Cruz Alta - RS.

RUA PINHEIRO MACHADO - 1515 - CENTRO - CRUZ ALTA - RS - CEP 98010-750
CGC 88.775.390.0001-12 FONE (55) 3324-3393 / 3322-7927 FAX (55) 3324-3384

E-mail: saude@cruzalta.rs.gov.br

"DOE SANGUE, DOE ÓRGÃOS, SALVE UMA VIDA" "DIGA NÃO AS DROGAS"
"QUEM FAZ CRUZ ALTA SOMOS NÓS"

ANEXO 2 – Resolução CMS/CA Nº 10/2012 de 14 de março de 2012

Resolução CMS/CA Nº. 10/2012 de 14 de março de 2012.

O Conselho Municipal de Saúde – CMS de Cruz Alta - RS no uso de suas atribuições que lhe são conferidas pela Lei Municipal n.º 2.019/2010 e seu respectivo Regimento Interno resolve:

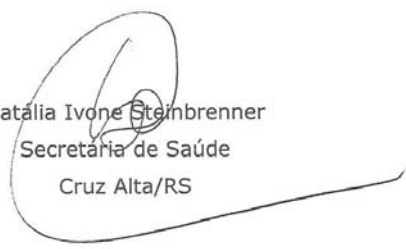
Art. 1º: Aprovar em conformidade com a legislação vigente em sua Reunião Plenária Ordinária realizada no dia 13 de março de 2012 às 19 (dezenove horas), realizada na Sede do Conselho Municipal de Saúde de Cruz Alta decide por aprovar a **Adesão do município de Cruz Alta no Programa NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família homologado pelo Ministério da Saúde conforme a portaria GM nº154 de 24 de janeiro de 2008, programa este que abrange as doze estratégias de saúde da família existentes no município hoje, com possibilidade de abrangência nas demais estratégias a serem implementadas;**

Art. 2º: Esta Resolução entra em vigor na presente data. Revogam – se as disposições em contrário.

Cruz Alta – RS, 14 de março de 2012.


Serineu Nunes
Coordenador Geral
Conselho Municipal de Saúde
Cruz Alta/RS

Homologo a Resolução CMS/CA Nº.10/2012 de 14 de março de 2012, nos termos do Parágrafo Único do Art.5º da Lei Municipal nº2.019/2010 de 15 de setembro de 2010.


Natália Ivone Steimbrenner
Secretária de Saúde
Cruz Alta/RS