



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E  
SOCIEDADE

SUELLEM CARLA NUNES NOBRE

**Núcleo de Apoio à Saúde da Família:** mudanças ocorridas na visão da equipe multiprofissional de apoio do distrito dagua de Belém/pa.

Belém  
2017

**SUELLEM CARLA NUNES NOBRE**

**Núcleo de Apoio à Saúde da Família:** mudanças ocorridas na visão da equipe multiprofissional de apoio do distrito dagua de Belém/pa.

Dissertação de mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal do Pará.  
Orientador: Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva.

Belém/Pará  
2017

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**  
**Biblioteca do Instituto de Ciências da Saúde /UFPA**

---

Nobre, Suellem Carla Nunes.

Núcleo de Apoio à Saúde da Família: mudanças ocorridas na visão da equipe multiprofissional de apoio do distrito dagua de Belém/Pa. / Suellem Carla Nunes Nobre ; orientador, Marcos Valério Santos da Silva. – 2017.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Belém, 2017.

1. Saúde pública. 2. Atenção primária a saúde. 3. Grupos de trabalho. I. Título.

CDD: 22.

ed. :614.098115

---

SUELLEM CARLA NUNES NOBRE

**Núcleo de Apoio à Saúde da Família:** mudanças ocorridas na visão da equipe multiprofissional de apoio do distrito dagua de Belém/pa.

Dissertação de mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal do Pará.

**Aprovada em:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Conceito:** \_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva – Orientador UFPA

---

Prof. Dra. Silvia Helena Arias Bahia – UFPA

---

Prof. Dr. Renato da Costa Teixeira - UEPA

“A Ele toda honra, glória e poder.”

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por ser meu maior incentivador e companheiro nesta jornada, permitindo que cada detalhe fosse executado com muito amor e dedicação. Sem ele não seria possível.

Aos meus pais, Rui e Selma, a quem devo tudo que sou e que conquistei até o momento, obrigada de todo coração pelo incentivo desde sempre. À minha irmã, agradeço pelo belo exemplo que sempre seguir no caminho dos estudos, executando sempre com sabedoria e trilhando caminhos promissores profissionalmente. Ao meu esposo por todo apoio, paciência e ajuda nesta etapa.

Aos mestres, por toda a troca de conhecimentos realizados nos diversos meios sala de aula, orientações e outras experiências. Toda a contribuição de vocês foram essenciais para enriquecer estes dois anos de curso, permitindo crescimento pessoal e profissional, em especial, ao meu orientador Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva, agradeço por toda, dedicação, contribuições, ensinamentos e atenção dedicados a mim.

Agradeço em especial aos meus amigos grandes incentivadores, Gabriela, Alice, Alessandro, Bruna, Gilza e Nathalia por todo apoio, ajuda e incentivo, que nos momentos difíceis de prosseguir sempre tinham uma palavra e um gesto amigo para compartilharem comigo.

E a todos os meus amigos de curso por contribuírem com seus conhecimentos no momento de dúvidas e ensinamentos, assim como aos profissionais que se dispuseram participar deste projeto fazendo com que ele fosse possível.

## RESUMO

NOBRE, S.C.N. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: mudanças ocorridas na visão da equipe multiprofissional de apoio do distrito dagua de Belém/pa.. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Sociedade) - Programa de Pós-graduação e Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia da Universidade Federal do Pará, Belém – Pará, 2017.

O Núcleo de Apoio à saúde da Família (Nasf) é uma estratégia da Atenção Básica (AB) que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe (Nasf), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde. Graças a sua importância na atenção Primária, especialmente no município estudado cuja a implantação deste serviço só aconteceu em 2014, foi importante conhecer a visão da equipe multiprofissional do NASF sobre as mudanças ocorridas desde sua implantação, com intuito de compreender a opinião deles sobre o Nasf, suas atividades, processo de educação permanente em saúde e relação entre equipes. Para isso foi realizada abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, com uma entrevista semi-estrutura com os profissionais dos Nasf do Distrito Dagua de Belém/Pa e observação participante de suas práticas. O tratamento dos resultados foi feito por meio da análise de conteúdo das respostas, na modalidade temática. Os resultados indicaram que os profissionais compreendem o Nasf como um dispositivo importante para a AB, capaz de dar suporte nas ações de prevenção e promoção da saúde no território de abrangência, ressaltam que as capacitações são necessários e acontecem, porém o processo de educação permanente em saúde deixou muito a desejar enquanto prática e entendimento da equipe. Destacam que o trabalho em equipe multi é uma construção diária que traz benefícios para o processo de trabalho, porém tem muitos desafios a serem superados. Os dados apontam ainda que os profissionais avaliam como positivas suas ações, relevando que os usuários aderem as diversas atividades, ações, atendimentos e acompanhamentos propostos, destacando principalmente os atendimentos grupais com objetivos de promoção da saúde e qualidade de vida.

**Palavras chave:** Nasf, Atenção Básica, Equipe.

## ABSTRACT

NOBRE, S.N.C. **Support Center For Family Health:** changes occurred in view of multiprofessional support team of DAGUA District in Belém/Pa. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Sociedade) - Programa de Pós-graduação e Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia da Universidade Federal do Pará, Belém – Pará, 2017.

Support Center For Family Health (NASF) is a basic care strategy that aims to support, expand and improve health care and management in Basic Health Care (BHC)/Family Health Strategy (FHS). It must also be committed to promoting transformation in attitude and performance of FHS professionals and among its own team members (NASF), including in its performance intersectoral and interdisciplinary actions, promotion, prevention, health rehabilitation and healing, as well as humanization Services, permanent education, promotion of integrality and territorial organization of health services. Thanks to its importance in Primary Care, especially in the studied municipality whose implementation of this service only happened in 2014, it was important to know the vision of the NASF multiprofessional team about the changes that have occurred since its implementation, in order to understand their opinion on the NASF, its activities, process of permanent education in health and relationship between teams. For this, a qualitative approach, case-study-based, was conducted with a semi-structured interview with NASF professionals from the Dagua District in Belém/Pa and participant observation of their practices. The treatment of the results was performed using the content analysis of the answers, in the thematic modality. The results indicated that the professionals understand NASF as an important device for BHC, being able to support actions of prevention and health promotion in the scope territory; they also emphasize that the training process is necessary and it does happen, however the process of permanent education in health left much to be desired as practice and understanding of the team. They emphasize that multiprofessional team work is a daily construction that brings benefits to the work process, but it has many challenges to overcome. The data also indicate that professionals evaluate their actions as positive, showing that the health service users adhere to various activities, actions, attendances and follow-up activities proposed, especially group visits with objectives of health promotion and quality of life.

**Palavras-chave:** NASF; Basic Health Care; Team.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1-</b> Distrito DAGUA .....	38
---------------------------------------	----

## **LISTA DE QUADROS E TABELAS**

QUADRO 1- Tipos de NASF..... 28

QUADRO 2- Caracterização dos trabalhadores que compõem NASF TERRA FIRME E NASF GUAMÁ do Distrito DAGUA de Belém-Pará do ano de 2017..... 44

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS (s) – Agente(s) Comunitário(s) de Saúde  
APS – Atenção Primária à Saúde  
AB- Atenção Básica  
CF – Constituição Federal  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CIB- Comissão Intergestores Bipartite  
DA- Distritos Administrativos  
DAB – Departamento de Atenção Básica  
DABEN- Distrito Administrativo do Bengui  
DABEL- Distrito Administrativo de Belém  
DAENT- Distrito Administrativo do Entroncamento  
DAGUA – Distrito Administrativo do Guamá  
DAICO- Distrito Administrativo de Icoaraci  
DAMOS- Distrito Administrativo de Mosqueiro  
DAOUT- Distrito Administrativo de Outeiro  
DASAC- Distrito Administrativo da Sacramenta  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
EPS- Educação Permanente em Saúde  
eSF – equipe de Saúde da Família  
ESUS- uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional  
IDH- Índice de Desenvolvimento Humano  
IES – Instituição de Ensino Superior  
MS – Ministério da Saúde  
Multi – Multiprofissional  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
NASFs - Núcleos de Apoio à Saúde da Família  
OMS – Organização Mundial da saúde  
PACS- Programa de Agente Comunitário de Saúde  
PET- SAÚDE – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde  
PNAB- Política Nacional de atenção Básica  
PNEPS-Política Nacional de Educação Permanente em Saúde  
PRÓ-SAÚDE – Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde  
PSF- Programa Saúde da Família  
RAS – Redes de Atenção à Saúde  
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
SF – Saúde da Família  
SESMA – Secretaria Municipal de Saúde  
SUAS- Sistema Único da Assistência Social  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TO- Terapeuta Ocupacional  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UFPA – Universidade Federal do Pará  
USF – Unidade Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>2 MOTIVAÇÃO PELO ESTUDO</b>	<b>15</b>
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>18</b>
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>19</b>
4.1 MODELOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE: DO MODELO BIOMÉDICO AS NOVAS FERRAMENTAS DE REORIENTAÇÃO A SAÚDE	19
4.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA NOVA CONCEPÇÃO NO “SABER-FAZER” SAÚDE.	23
4.3 CONHECENDO O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA	27
4.4 A IMPLANTAÇÃO DO NASF NO MUNICÍPIO	33
<b>5 METODOLOGIA</b>	<b>36</b>
5.1 ASPECTOS ÉTICOS	36
5.2 TIPO DE ESTUDO	36
5.3 CENÁRIO DA PESQUISA	37
5.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA	38
5.5 O PROCESSO DE COLETA DE DADOS	38
<b>5.5.1 O projeto Piloto (testagem do protocolo da pesquisa e escolha dos sujeitos)</b>	<b>38</b>
<b>5.5.2 A Observação Participante</b>	<b>39</b>
<b>5.5.3 A Aplicação das Entrevistas</b>	<b>40</b>
5.6 ANÁLISE DE DADOS	41
<b>5.6.1 A Análise de Conteúdo: a escolha das categorias de análise</b>	<b>42</b>
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>44</b>
6.1 O TRABALHADOR DO NASF: QUEM É ESTE PROFISSIONAL QUE TRABALHA NO SUS/AB?	44
6.2 O QUE É NASF/PAPEL/OBJETIVOS NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS	48
6.3 A NECESSIDADE DE COMPREENDER EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO CONTEXTO DA AB.	55
6.4 A RELAÇÃO DO NASF COM SUA PRÓPRIA EQUIPE E COM AS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA.	58
<b>6.4.1 O trabalho em equipe do NASF</b>	<b>58</b>
<b>6.4.2 Relação NASF x ESF</b>	<b>63</b>
6.5 AVALIAÇÃO DO DISPOSITIVO SOB O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DO NASF: O QUE OCORREU COM A CHEGADA DESTE DISPOSITIVO NA ESF, NA ATENÇÃO BÁSICA, NO TERRITÓRIO, NA COMUNIDADE.	67
6.6 VIVENCIANDO O TRABALHO NO NASF: OBSERVAÇÕES, IMPRESSÕES, REFLEXÕES E RELATOS DA PESQUISADORA.	75
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>78</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>80</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>86</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>91</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro tem apresentado avanços desde sua definição através de diretrizes na Constituição Federal de 1988, com posterior criação através da Lei 8080/90. Como por exemplo, a expansão da Atenção Primária à Saúde (APS), hoje organizada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), que apresenta-se como ordenadora do sistema, considerada uma prioridade no modelo de atenção a saúde do Brasil (NASCIMENTO, 2014).

Partindo das contribuições das conferências de saúde e das diretrizes do SUS, o Ministério da Saúde elaborou em 2008, um dispositivo de atenção à saúde buscando intensificar as ações da atenção primária, de modo a consolidar a Política Nacional de Atenção Básica a Saúde. Este programa pauta-se pelo fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo caracterizado pela incorporação de vários profissionais e atividades voltadas para a promoção de saúde, e não apenas para o diagnóstico e tratamento de doenças. Desta forma foram criados os Núcleos de apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de dar suporte técnico e aumentar o escopo de assistência na APS (SOUZA, 2010).

A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2006).

A APS é considerada o primeiro contato na rede assistencial do SUS e do contrário que se pensa ela assume um conjunto de ações complexas, que demandam dos profissionais da saúde da família uma intervenção ampliada sobre a saúde da população e seus territórios. Dessa maneira, fica evidente a necessidade de uma atuação interdisciplinar, voltada a trocas de saberes, levando em consideração não apenas os saberes específicos e clínicos, mas também a bagagem sociocultural da população assistida (NASCIMENTO, 2014).

Diante disso ocorre a necessidade de ampliar e fortalecer o sistema de saúde brasileiro numa perspectiva de romper com o modelo tradicional de assistência curativa e individual, e é isso que vem ocorrendo desde a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) criada para reestruturar o sistema e o modelo assistencial do SUS (BEZERRA et al, 2011).

Para o desenvolvimento de ações voltadas à mudança do modelo tradicional, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado como estratégia inovadora na ESF. O trabalho do NASF além da inclusão de diferentes tipos de profissionais busca operar numa lógica de corresponsabilização e gestão integrada do cuidado. Assim, o NASF vai ao encontro das principais estratégias de promoção de saúde preconizadas mundial e nacionalmente como na carta de Ottawa e na Política Nacional de Promoção de Saúde, como a reorganização do modelo assistencial e o fortalecimento da comunidade (SOUZA et al, 2013).

Volponi, Garanhani e Carvalho (2015) dialogam com base nesse contexto atual da produção do cuidado no Brasil, e discorrem que permanece a necessidade de busca por mudanças substantivas na dinâmica das organizações de saúde, em especial, nos modos de produção do cuidado. Em seu trabalho as autoras analisaram a potencialidade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para constituir-se em dispositivo de mudança nas práticas de cuidado e nos modos de atuação de uma equipe gestora da Atenção Básica e como resultados obtiveram que a gestão colegiada se mostrou um arranjo potente para a gestão e, por fim, que a implantação do NASF pode ser compreendida como uma ação que potencializa a produção de mudanças na Atenção Básica.

Destaca-se no processo de trabalho do NASF, a importância do trabalho em parceria multiprofissional, no qual responsabilidades são compartilhadas. Devem-se priorizar ações de caráter preventivo, voltadas à educação em saúde da população na qual são responsáveis. Por isso faz-se necessário superar o modelo tradicional de saúde focado na doença, levando a saúde para perto das famílias e, com isso, promover uma melhor qualidade de vida para população, permitindo a permanente comunicação e troca de experiências entre todos envolvidos (BRASIL, 2010).

De acordo com isso, Nascimento (2014) descreve em seu estudo sobre a organização e desenvolvimento da atenção à saúde pelo NASF, referindo que ele propõe repensar, transformar e apoiar a mudança da prática em saúde durante muitos anos vivida pela saúde da família através de diretrizes e documentos normativos indo desde portarias como as: 154/2008, 2488/2011, 3124/2012, 548/2013, 562/2013 sobre seu funcionamento de acordo com a APS, na tentativa de ultrapassar os seus desafios e ampliar suas fronteiras de atuação, visando a uma maior resolubilidade e integralidade da atenção. Desta forma, observa-se a necessidade de introdução de novos dispositivos de organização de gestão e atenção, que consolidem e apoiem as práticas em saúde na atenção primária.

O artigo 2º da portaria 154 de janeiro de 2008, que cria os NASF, estabelece que os núcleos devam ser constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas, compartilhando práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF. É importante ressaltar que os núcleos não são porta de entrada ao sistema, e sim apoio matricial, técnico e pedagógico multidisciplinar ao mapeamento de agravo e prevenção da saúde no território. Os NASF devem atuar diretamente no apoio às equipes de ESF na qual o NASF está vinculado (SOUZA, 2010).

Diante disso, este estudo busca descrever como a equipe multiprofissional compreende o NASF e todo seu contexto de mudanças desde sua implantação no município de Belém, nos dois NASF do Distrito Administrativo do Guamá (DAGUA), desde sua implantação em 2014, e que tem por finalidade a preservação, a recuperação da saúde e a cura com vistas à integralidade da saúde e a coordenação do cuidado.

## 2 MOTIVAÇÃO PELO ESTUDO

O interesse pelo estudo foi motivado desde a participação no projeto de implantação dos NASF no município de Belém/Pará, município este que ainda não possuía nenhum NASF em execução até abril de 2014. Em seguida através da contratação para a Secretaria Municipal de Saúde no intuito de compor uma das equipes de NASF de um dos onze Núcleos de Apoio à Saúde da Família pude vivenciar mais uma etapa desse processo. A realização deste trabalho responde ao interesse em conhecer o processo de gestão do serviço e mudanças ocorridas expressada pela opinião da equipe multiprofissional dos NASFs sobre este dispositivo técnico pedagógico e assistencial pautado na integralidade, e da importância dele para a saúde e qualidade de vida da comunidade adstrita, tendo em vista que participei do processo de planejamento e construção do projeto de implantação dos NASF no referido município, enquanto participava do programa de Residência em Saúde da Família pela Universidade do Estado do Pará. Diante disso, e considerando as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde para o NASF, torna-se relevante investigar junto aos profissionais o seguinte questionamento: que mudanças esse novo dispositivo pautado na integralidade e no cuidado à saúde da população trouxeram para os territórios estudados?

No estudo de Silva et al (2012) buscou-se compreender desafios e potencialidades dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na visão dos profissionais da Atenção Primária. Estudo semelhante a esse é o que está sendo proposto neste trabalho, visto que, é necessário compreender como as atividades estão sendo desenvolvidas pela equipe multiprofissional do NASF, qual a compreensão da equipe sobre o processo de gestão do NASF pautado no desenvolvimento do trabalho entre equipes e no cuidado integral a saúde.

Ainda sobre o estudo de Silva et al (2012) destaca-se o papel do NASF pelos profissionais, onde eles tecem algumas considerações como o fato dele ter como base a clínica ampliada e o apoio matricial o qual se propõe a alterar a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de responsabilização territorial, visando melhorar a qualidade do serviço ofertado e não apenas suprir a demanda assistencial no aspecto numérico. O funcionamento do NASF tem, como desafio, a articulação das suas atividades dentro da agenda das equipes de saúde da família, considerando as metas assistenciais e o processo de trabalho já estabelecido.

Neste sentido, conhecer a dinâmica de uma modalidade de atenção à saúde pautada na integralidade sob a ótica da equipe multiprofissional pode contribuir posteriormente para favorecer a melhoria de práticas voltadas à população, assim como



avaliar como os profissionais do NASF estão vivenciando o processo de gestão é imprescindível para propor discussões sobre essa temática para APS.

Além disso, ao descrever o processo de gestão entre equipes e mudanças ocorridas com a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde no município de Belém (PA), pretende-se contribuir com o conhecimento sobre este modelo ainda recente neste município, o qual propõe diretrizes voltadas à práticas integrais de saúde, já que, ainda são poucos os estudos que abordam o processo de gestão em saúde com base na atenção básica/NASF e execução de atividades pelo NASF no país.

Medidas de prevenção e promoção da saúde estão sendo priorizadas no novo modelo de atenção à saúde o qual é impulsionado por dispositivos em saúde como ESF/NASF na tentativa de mudança de lógica focada antes na cura de doenças para um enfoque de cuidado integral a saúde e aproximação com a comunidade.

Além disso, o NASF apresenta um modelo de cuidado à saúde embasado em ferramentas prioritárias e importantes na APS como a clínica ampliada, o matriciamento, o projeto terapêutico singular e o projeto de saúde no território, para a realização do cuidado ao usuário e qualificação das ações das equipes.

O estudo das autoras Volponi, Garanhani e Carvalho (2015) corroborou com as diretrizes e papel do NASF na medida em que relatam em seus resultados encontrados que ele veio para demonstrar que a implantação/implementação das equipes Nasf se constitui como um dispositivo com a potencialidade de instituir mudanças nos processos de trabalho e na produção do cuidado. O NASF é descrito como um dispositivo de mudança, com grande potencialidade criadora de novas práticas e mudanças no território, com capacidade de ampliar e intensificar as ações das Equipes de SF (Saúde da Família), de deflagrar processos e de instituir novos arranjos na APS, demonstrando todo seu caráter peculiar dentro do cenário atual de saúde.

Diante disso, este estudo tem enquanto relevância o intuito de fomentar discussões na área da saúde coletiva, e adentrar no novo modelo de atenção a saúde percorrendo alguns componentes como o processo de trabalho de equipes da atenção básica em saúde, no sentido de instigar debates sobre esse redesenho proposto desde a criação do SUS com a ampliação da APS. **Por isso, propõe-se investigar: que mudanças ocorreram com a chegada do Núcleo de Apoio a Saúde da Família no território e como acontece o processo de gestão entre equipes em um distrito de saúde no município de Belém/Pará sobre a ótica dos profissionais de apoio?**

Espera-se que este trabalho contribua para a saúde coletiva como um importante instrumento para gestores, trabalhadores e comunidade conhecerem como a equipe multiprofissional avalia o processo de gestão dos serviços voltados a dimensão do cuidado e a integralidade.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL:**

- Conhecer como os profissionais de apoio dos Nasfs estudados avaliam as mudanças ocorridas no território em um distrito de saúde no município de Belém/Pará.

#### **3.2 ESPECÍFICOS:**

- Descrever como a equipe multiprofissional compreende o NASF em suas dimensões pedagógica e assistencial.
- Avaliar a contribuição das atividades no contexto do NASF na contribuição ao cuidado e a integralidade.
- Descrever como tem ocorrido o processo de educação permanente em saúde e suas contribuições para a equipe multiprofissional.
- Conhecer o processo de relação entre equipes NASF e ESF.

## **4 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **4.1 MODELOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE: DO MODELO BIOMÉDICO AS NOVAS FERRAMENTAS DE REORIENTAÇÃO A SAÚDE.**

Durante a história da saúde no Brasil, vários modelos assistências em saúde ganharam destaque, geralmente influenciados por questões de ordem político-econômica, em sua maioria esquecendo-se da influência que o caráter social exerce na saúde. Esse termo modelos assistenciais ou modelos de atenção a saúde carregam em sua origem semântica, expressando forma exemplar ou padrão a ser seguido, desta forma esse entendimento deve ser usado com cautela, pois insinua padronização ou enquadramento. Diferente do entendimento do senso comum de modelo exemplar ou norma a ser seguida, a compreensão que se quer destacar é a de caráter técnico- científico que contempla os traços fundamentais e as racionalidades que caracterizam os modelos de atenção existentes. (PAIM, 2008).

Fertonani et al (2015) ao analisarem modelos assistências descrevem que este termo é utilizado por varias outras denominações tais como: modalidades assistenciais ou modelos tecnológicos, modos de produzir saúde, modelo técnico ou tecnoassistencial e modos de intervenção, modelos de atenção ou modelos de cuidado. Desta forma, percebe-se que o termo em questão é polissêmico, sendo descrito para designar um fenômeno complexo, mas que sempre refere-se a um determinado contexto histórico-social, em são organizados os serviços de saúde com descrição das praticas assistenciais e de como são entendidos em um dado momento os conceitos de saúde e doença.

De acordo com Paim (2008), o sistema de serviços de saúde é formado por alguns componentes a saber: infraestrutura, gestão, organização, financiamento e prestação atenção. Sendo que neste ultimo componente está a base do que tange ser modelo de atenção ou modelo assistencial, o qual diz respeito ao cuidado, a assistência, a intervenção, as ações prestados aos usuários, ou seja, refere-se a prestação da atenção em um serviço de saúde.

Os modelos assistenciais e o processo de trabalho estão relacionados na medida em que um orienta a ação do outro, de tal forma que o modelo orienta as ações e organiza os saberes e instrumentos tecnológicos utilizados no processo de trabalho em saúde nas praticas assistenciais (PAIM, 2008).

No decorrer dos anos podemos destacar vários modelos de atenção à saúde fazendo parte da lógica de assistência, processo de trabalho, necessidades de saúde. Então segundo Paim (2003) os modelos de atenção à saúde são recortes de combinação entre técnica e tecnologias capazes de resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e

coletivas. È um meio de organizar os conhecimentos técnicos-científicos existentes para a intervenção- ação.

Esses modelos foram ganhando configurações diferentes ao longo dos anos e perduraram convivendo de forma complementar ou contraditória sendo que os principais foram destacados por Paim (2003) que são o modelo médico assistencial privativista e o assistencial sanitaria. O primeiro modelo predomina no Brasil apesar de não atender todos os problemas de saúde brasileiro, voltado para saúde individual e livre demanda, ou seja, as pessoas procuram o serviço de saúde quando já estão doentes, isso caracteriza o forte apelo a doença e centra-se na figura do médico e no curativismo, ficando distante do comprometimento com o impacto da situação de saúde da população. Já o modelo assistencial sanitaria, centra-se em campanhas e programas especiais a grupos populacionais, não abarcando a dimensão integral de saúde e do sujeito.

Ainda a esse respeito Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) tecem comentários sobre tais modelos diferenciando-os entre si quando dizem que o modelo médico assistencial tem seu objeto na doença, focados no diagnostico e na terapêutica das patologias, o modelo sanitaria tem como sujeitos os sanitarias, que desenvolvem seus trabalhos voltados ao objeto nos modos de transmissão e fatores de risco das diversas doenças em uma perspectiva epidemiológica, utilizando tecnologias de trabalho educação em saúde, ações de saneamento, controle de vetores, imunização.

Já outro autor apresenta sua argumentação no que diz respeito ao modelo médico argumentando que ele é altamente predominado pelo uso da assistência médica curativa e individual e pelo entendimento de saúde apenas como ausência de doença, indo muito de encontro as novas concepções de saúde e doença e o que determinada cada uma (BEZERRA, 2011).

Teixeira e Vilasboas (2013) fazem a análise sobre modelo assistencial quando o interpretam de forma mais complexa e ampla, onde articulam-se três ideias: dimensão gerencial, organizativa e a técnico-assistencial. Dessa forma, estende-se que para que haja mudança no modelo de atenção a saúde, precisa de fato de transformações nas reformulações e na implementação de políticas publicas na perspectiva de se criar condições favoráveis para a introdução de inovações que irão repercutir nas dimensões gerencial, organizativa e técnico-assistencial.

Sobre os modelos hegemônicos no Brasil, estes sofreram influencia europeia nos estudos de muitas escolas medicas brasileiras, principalmente de países como a França, Alemanha e Inglaterra. Desta forma, a medicina brasileira se debruçou em dois caminhos, um

voltado para prática de uma profissão liberal e outro seguindo os preceitos da filantropia. Já mais adiante, no período republicano o Brasil vive um cenário da saúde pública, principalmente em sua capital na época, Rio de Janeiro, sobre a influencia de Osvaldo Cruz. Porém, ao longo do século XX, com a influencia dos processos de industrialização e urbanização foram ganhando força a construção de dois modelos distintos de atenção à saúde da população: o modelo médico assistencial hospitalocêntrico e o modelo sanitaria, vigentes na época em que se desencadeou o movimento pela Reforma Sanitária. O primeiro modelo tem sua bases na medicina liberal, a qual sofreu mudanças de ordem tecnológica. Foi neste momento que se estruturou dois sistemas de saúde: um publico e outro privado que convivem ate os dias atuais. Apesar de diferentes, nos dois sistemas prevaleciam características do modelo médico-assistencial hospitalocêntrico (TEIXEIRA E VILASBOAS, 2013).

Como formas de superação e reorganização dos modelos assistenciais foram surgindo várias propostas na década de 80, visando a integralidade da atenção e maior impacto sobre os problemas de saúde. Um desses exemplos foi a criação do SUDS um antecessor do SUS, muito ainda voltado para demandas espontâneas e programas especiais (PAIM, 2003).

Bezerra et al (2011) em seu estudo faz uma reflexão a respeito da evolução histórica da atenção a saúde no Brasil e os desafios enfrentados na busca de um modelo de atenção à saúde que atenda o complexidade atual e seu processo de trabalho. Dialoga ressaltando que diferentes modelos assistenciais fizeram parte do cenário brasileiro, e que quase sempre estavam atrelados a demandas politicas e econômicas em detrimento das reais necessidades sociais. O modelo de atenção à saúde era marcado fortemente por praticas assistências medicas verticais. Entretanto com o arcabouço legal do novo sistema de saúde este paradigma deu sinais de enfraquecimento. O advento da Reforma Sanitária trouxe consigo novos conceitos que ampliaram a forma de se pensar e agir, isso foi materializado na Constituição Federal de 1988, a qual instituiu o SUS.

Com a criação dos SUS, a partir de movimentos a favor da saúde, como a Reforma Sanitária, o SUS ganhou uma herança herdada do sistema de saúde brasileiro antigo, o modelo de atenção médico-assistencial hospitalocêntrico e privatista, que subordina, inclusive, as ações e serviços que compõem o modelo sanitaria. Porém, este modelo vem apresentando sinais de desgaste traduzidos pela elevação de seus custos, com demonstração de pouca efetividade diante das mudanças do perfil epidemiológico da população, insatisfação dos trabalhadores de saúde e, crescente diminuição da confiabilidade por parte da população assistida (TEIXEIRA; VILASBOAS, 2013).

Para Souza (2015) surgem como propostas ao modelo então hegemônico, alternativas como: a Vigilância da Saúde, a ESF e a clínica ampliada.

De acordo com Teixeira e Vilasboas (2013) Vigilância da Saúde surge no final dos anos 80 e início de 90 como ideias relacionadas à Promoção da Saúde e pressupostos do modelo da Determinação Social do processo saúde-doença, sendo norteadas pela relação entre práticas voltadas a controlar determinantes, riscos e agravos à saúde. Já a proposta da clínica ampliada, tem suas bases constituídas em conceitos como: “equipes de referência”, o “apoio matricial” e a “elaboração do projeto terapêutico singular”. Tal proposta visa criar meios de lidar com a complexidade dos sujeitos e a multiplicidade dos problemas de saúde encontrados no território/comunidade, tem a preocupação de superar a fragmentação produzida pelos modelos hegemônicos e ainda atuais. Visa ainda estimular os usuários participarem com autonomia de seus próprios projetos terapêuticos.

No intuito de superar tais modelos surgiram modelos alternativos de atenção a saúde da população, acontecimento que foi impulsionado pelo movimento de reforma sanitária brasileira no final da década de 80 e início de 90, fato que culminou com a criação do SUS e, posteriormente do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. (SILVA; CALDEIRA 2010).

A Saúde da Família implementada na década de 90 no SUS, foi concebida através da incorporação de vários movimentos ideológicos. Ela ganhou destaque quando passou a ser tratada como estratégia de reorientação dos modelos de atenção vigentes no Brasil, sendo atrelada a alguns princípios e diretrizes dos SUS, como o processo de descentralização das ações e serviços de saúde para os municípios, com desafio de superar as dificuldades da integralidade e posteriormente reafirmado seu papel de relevância para AB quando foi reconhecida como estratégia prioritária da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde-PNAB (TEIXEIRA; VILASBOAS, 2013).

Feuerwerker (2005) acrescenta a esse respeito que essa luta pela consolidação do SUS e de um novo modelo assistencial convivem na sociedade brasileira de forma duelar com o ainda hegemônico modelo médico-curativista. Ele ainda está muito presente, pois orientam a formação dos profissionais de saúde e o processo de trabalho dos trabalhadores do SUS.

Porém é necessário romper com essa lógica em saúde pautada na doença reforçada pelo modelo biomédico ou mecanicista, e para isso foram criadas leis desde 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde que aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e apresentou os fundamentos do SUS. Desde então, as mudanças começaram a ocorrer alicerçando as bases do maior sistema de saúde do Brasil, o SUS (PAIM et al. 2011).

Contudo, para ocorrer a mudança no modelo de atenção a saúde no Brasil é necessário uma reorganização desde o nível micro das ações, transformando desde a formulação e implementação de políticas que criem condições para mudanças favoráveis para a introdução de inovações nas dimensões gerenciais, organizativas e técnico-assistenciais, atuando mesmo desde as práticas de saúde sejam elas promocionais, preventivas, assistenciais ou reabilitadoras (TEIXEIRA E VILASBOAS, 2013).

#### 4.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA NOVA CONCEPÇÃO NO “SABER-FAZER” SAÚDE.

A criação do SUS foi um grande marco histórico de consolidação de um sistema de saúde brasileiro mais democrático e equânime. Com ele pode-se pensar e vivenciar um serviço de saúde mais abrangente e preocupado com a situação de saúde da população como demonstrado em seus principais princípios Universalidade, Equidade, Integralidade e participação popular. Foi um momento importante para o cenário brasileiro de lutas por direitos sociais que culminou na proposição e implantação do SUS, integrado à Constituição Federal de 1988, assegurando de forma legal a garantia de direitos aos cidadãos e a assistência à saúde para a população com acesso universal (REIS; GOMES; AOKI, 2012).

A assistência à saúde no Brasil e no mundo tomaram configurações diferentes ao longo nos anos. A nível mundial ocorreram mudanças na esfera econômica, política, social e cultural, desde o século XIX e se intensificaram no século XX, produzindo alterações significativas que influenciaram a sociedade. Desde então a proposta a reorganização dos sistemas sanitários em todo mundo passou por transformações. Dentro deste contexto, o modelo de Atenção Primária à Saúde (APS), nascido no início do século XX, ressurge na conferência de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) de Alma-Ata em 1978 como um ponto crucial para as possíveis mudanças de paradigmas relacionados às políticas de saúde (SOUZA, 2010).

De acordo com Giovanella e Mendonça (2012, p. 14) a conferência realizada em Alma-Ata em 1978:

Foi um importante evento que contou com representações de 134 governos (o Brasil esteve ausente) e recebeu mais de três mil delegados. Na ocasião, o documento *Declaração de Alma-Ata* foi aprovado, tendo sido ratificado em 1979 pela Assembleia Geral da OMS, que lançou em âmbito mundial a Estratégia de Saúde para Todos no Ano 2000.



Na conferência de Alma-Ata a APS foi compreendida como de caráter universal, orientada por princípios de solidariedade e equidade, com foco voltado para a promoção e proteção à saúde, tinha um propósito mais filosófico adotado na Declaração de Alma Ata que defendia o direito a saúde e compreendia a importância de abordar na saúde os Determinantes sociais e políticos. A APS aqui é compreendida como abrangente na medida em que ela é considerada como centro de um sistema nacional de saúde, que está preocupado com o desenvolvimento social e econômico das comunidades para assim enfrentar os mais amplos determinantes de saúde (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012).

Desse modo, a Declaração de Alma Ata também recebeu crítica por sua defesa a uma APS abrangente, em meio a um cenário internacional de baixo crescimento econômico, havendo um embate entre a concepção de atenção primária à saúde integral/abrangente e a concepção seletiva de APS, prevalecendo a última, a qual apresentou-se como estratégia para o controle de doenças em países em desenvolvimento (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012).

Giovanella e Mendonça (2012) compreendem APS como um conjunto de práticas que tem por fim a integralidade, com objetivo de responder as necessidades tanto individuais como coletivas, e que no Brasil, passou a ser conhecida como atenção básica à saúde. Porém, atualmente é considerada como suporte para o desenvolvimento do novo modelo assistencial de saúde que tem como foco o usuário-cidadão e sua família.

De acordo com Giovanella e Mendonça (2012, p.09) acima não existe uma unificação de conceitos para APS e por isso as mesmas classificam quatro formas que mais são interpretadas:

1. programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços, denominada em inglês *selective primary care*;
2. um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população; denominada em inglês *primary care*;
3. abrangente ou integral, como uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde conforme proposto em Alma-Ata para enfrentar necessidades individuais e coletivas; denominada em inglês *comprehensive primary health care*;
4. filosofia que orienta processos emancipatórios pelo direito universal à saúde.

Nesse momento a APS apresenta-se como estratégia para orientar a organização do sistema de saúde, sendo a principal forma de acesso a esses serviços, visto que é porta de entrada do SUS. A APS então é direcionada a uma perspectiva mais abrangente, redesenhando a atenção para a população, a ESF aparece como forte tendência a se tornar a vertente brasileira da APS. A ideia de APS segundo Starfield (2002) foi construída devido as

crecentes iniquidades sociais e de saúde apresentadas pelos países, e na tentativa de minimizar tais aspectos pensou-se numa rede de serviços que garantissem dignidade humana, equidade, solidariedade, direcionados à proteção e promoção da saúde, centrados nas pessoas, tornando-as cidadãos responsáveis pela sua própria vida.

Sobre o cenário da APS no Brasil, aconteceram importantes transformações no setor saúde no Brasil, com modificações inovadoras e decisivas para época. Foi então que propostas como a criação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), que objetivou a redução da mortalidade infantil em alguns estados. Logo em seguida, foi instituído o Programa de Saúde da Família (PSF), implantado no ano de 1994, reestruturando a Atenção Primária à Saúde (NASCIMENTO, 2014).

Nessa perspectiva surgem ideias de APS muito ainda voltada para um pacote de serviços básicos, direcionados a apenas uma parcela da população. No Brasil ela avança com a implantação do Programa de Saúde da Família, que posteriormente se tornou Estratégia de Saúde da Família (ESF), que orientam a organização dos serviços envolvendo ações ambientais e intersetoriais, tendo uma concepção de atenção à saúde ampliada e com vistas à integralidade. (REIS; GOMES; AOKI, 2012).

Em 2012, com a nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) redefine os papéis desta e inclusive do NASF, propondo discussões que visem contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde. A partir dessa nova reconfiguração da PNAB a atenção Básica passa a ser definida e compreendida de forma ampliada como:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012, p. 19).

A AB é desenvolvida para acessar a comunidade o mais próximo possível dos usuários e suas famílias, por estar mais próximo a vida das pessoas é o contato preferencial dos usuários, sendo a principal porta de entrada do Sistema de saúde brasileiro e localiza-se

no centro de onde parte a comunicação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Além disso, exerce a função de Coordenar o cuidado indo desde tarefas como elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, e acompanhar o fluxo deste usuário entre os diversos pontos de atenção das RAS. (BRASIL, 2012)

Nesse sentido, a ESF faz parte da AB, e visa atualmente segundo Brasil (2012, p. 54):

à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Sendo assim, a ESF é composta por uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, essa composição pode ser acrescida de profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal. O número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) deve cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família. Existe uma média recomendada pelo MS de famílias a serem acompanhadas que é de 3.000, porém o máximo é de 4.000 pessoas (BRASIL, 2012).

Em seu estudo Arantes, Shimizu e Merchán-Hamannos (2016) consideram promissores os avanços em mais de 20 anos de implantação da ESF no Brasil, visto que ela é o principal elemento da agenda política na organização dos serviços e ações da AB no Brasil, e dessa maneira vem somando vários resultados positivos para a vida e saúde da população. Destacam-se ainda que as contribuições ao longo desses anos vão desde ampliação das possibilidades de oferta de serviços nas áreas periféricas e rurais. Já em comparação com a Unidade Básica de Saúde (UBS) a ESF foi melhor reconhecida em aspectos como: desempenho, trabalho multidisciplinar, enfoque familiar, acolhimento, vínculo. Assim como demonstrou vários benefícios vinculados a papéis importantes desenvolvidos na promoção da saúde, prevenção de doenças, busca ativa de casos, educação em saúde, assistência domiciliar, entre outros aspectos foram considerados pontos essenciais na incorporação da rotina dos serviços de saúde.

Sobre a ESF o estudo de Paim et al (2011) corrobora com descrição de que esse serviço vem obtendo resultados positivos no sistema de saúde brasileiro, quando afirmam que o investimento na AB e a expansão da ESF (indo para 30.000 equipes de saúde da família em 2010, atendendo cerca de 98 milhões de pessoas em 85% dos municípios brasileiros) contribuíram para mudanças significativas na AB. Isso levou a alguns resultados importantes, como a redução na taxa de mortalidade infantil pós-neonatal. Outros dados foram melhorias na notificação de estatísticas essenciais e reduções em internações hospitalares.

Entende-se que o contexto atual da APS brasileira caminha no sentido de fortalecimento com a ampliação do acesso, qualificação e reorientação das práticas de saúde embasadas na promoção da Saúde. Visto que, ao considerar as diversas estratégias e propostas que o MS cria e implementa para que os usuários tenham acesso a um serviço universal, equânime e integral, é importante conhecer melhor uma delas, o NASF, que foi criado, com intuito de continuar a dar incentivo e estrutura para a APS, em 2008 pelo Ministério da Saúde (MS), numa perspectiva de equipe multiprofissional capaz de fornecer cuidado especializado com base principalmente do apoio matricial, aumentando o escopo e atenção integral de base comunitária na ESF.

#### 4.3 CONHECENDO O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

O NASF vem consolidando-se gradualmente conforme seu arcabouço legal. Inicialmente, descrito por dois documentos importantes: a Portaria GM/MS nº 154/2008, que cria o NASF, e o Caderno de Atenção Básica nº 27, que apresenta as diretrizes, a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho (BRASIL, 2010). Após sua criação, outros documentos foram sendo incorporados no intuito de consolidar a proposta recente, porém promissora de consolidação da ESF.

O NASF, atualmente é regulamentado pela Portaria nº 2.488, publicada em 21 de outubro de 2011, que são compostos por equipes com profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de atenção básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais etc.) e Academia da Saúde. Nessa relação NASF e ESF o importante é o compartilhar as práticas do cotidiano dos serviços de saúde de determinado território (BRASIL, 2012).

A atual configuração do NASF segundo a Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012 são definidas como modalidades de NASF:

## QUADRO 1: Tipos de NASF

Modalidades	Nº de equipes vinculadas	Somatória das Cargas Horárias Profissionais*
NASF 1	5 a 9 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 200 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal;
NASF 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 120 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;
NASF 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 80 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;

\*Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas. eCR - Equipe Consultório na Rua; eSFR - Equipe Saúde da Família Ribeirinha; eSFF - Equipe Saúde da Família Fluvial

Fonte: Ministério da Saúde

O NASF deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, que são descritas em seu documento de criação como ações de caráter interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010).

Segundo Brasil (2011) com base na Portaria nº 2.488/GM/MS, as equipes do NASF devem ser compostas por vários profissionais e cada uma delas é responsável pelo apoio a determinado número de Equipes de Saúde da Família. Estas equipes poderão conter os seguintes profissionais: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatria; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

Este dispositivo conhecido por NASF apresenta princípios e diretrizes relatados em Brasil (2010) a serem seguidas, sendo que a integralidade é a principal delas. Ela apresenta três dimensões a serem compreendidas: a primeira destaca a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; a segunda ideia traz consigo as práticas de saúde voltadas para

integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; e por último a organização do sistema de saúde visando o acesso às RAS. Além da integralidade, outros princípios e diretrizes devem orientar as ações cotidianas no NASF. Como a noção de TERRITÓRIO, que é um espaço onde tudo acontece, é nele que as divisões jurídicas e políticas, assim como suas heranças históricas e seus aspectos econômicos são misturados a vida cotidiana dos indivíduos. É necessário conhecer a realidade desse local em constante transformação, como também identificar suas fragilidades e potencialidades.

Outra diretriz, a saber, é a EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE, entende-se como um conjunto de querer, pensar e agir das pessoas envolvidas. Prioriza-se o contato participativo e prazeroso e dinâmico de cuidar da saúde e de fazer a gestão dos territórios, numa inter-relação com os sujeitos envolvidos e engajados no processo de construção de sua vida e saúde.

A INTERDISCIPLINARIDADE apresenta-se como uma integração dinâmica entre saberes. É uma atitude de permeabilidade aos diferentes conhecimentos que convergem para auxiliar o processo de trabalho e a efetividade do cuidado em saúde.

Já a ideia de PARTICIPAÇÃO SOCIAL apresenta-se com foco na gestão participativa, com a ideia de construção coletiva de espaços sociais e comunitários dispostos ao fortalecimento do processo político-pedagógico de conquista de cidadania.

O conceito INTERSETORIALIDADE perpassa pela edificação complexa de uma rede de condicionantes e determinantes sociais da saúde, onde os profissionais devem estar articulados com redes/instituições que estão fora do seu próprio setor, buscando aperfeiçoar e desenvolver saberes e práticas de forma a trabalhar em prol dos usuários assistidos, visa ainda minimizar a fragmentação dos conhecimentos e as barreiras burocráticas entre os serviços com objetivo de trabalhar de forma complementar.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE visa qualificar e (re)organizar os processos de trabalho através de medidas de aprendizagem continuada, envolvendo os fatores cognitivos, relacionais e de atitudes. Aqui a aprendizagem se articulará com o processo de (re)organização do sistema de saúde. Faz parte do processo não só a mudança e reflexão dos aspectos técnicos, mas também dos aspectos humanos e pessoais, os valores, os sentimentos, Assim como cada um se percebe no mundo e qual a visão tem de si no SUS.

HUMANIZAÇÃO processo permanente e dinâmico de transformação das práticas de atenção e gestão no SUS, é realizado através da construção coletiva entre os atores envolvidos sejam eles, gestores, trabalhadores e usuários, onde este último deve ser entendido

como cidadão com garantia de seus direitos e deveres. Deve-se apostar na capacidade criativa, de mudanças de atitudes nas relações entre pessoas, equipes, serviços e políticas.

PROMOÇÃO DA SAÚDE é uma forma de organização da gestão e das práticas em saúde. Seu legado para equipes é a compreensão de que os modos de viver das pessoas são geradores de transformações econômicas, políticas, sociais e culturais. Para garantir a promoção da saúde nos serviços e comunidades, é fundamental estabelecer um trabalho que priorize a autonomia de sujeitos e coletividades. Visa propor ações cotidianas que estimulem práticas individuais e coletivas voltadas a escolha de hábitos e atitudes de vida mais saudáveis.

As práticas dos profissionais de saúde do NASF, segundo Brasil (2010) devem estar focadas nas necessidades dos territórios sob sua responsabilidade, com vistas à interdisciplinaridade e intersetorialidade, e precisam garantir práticas como a promoção, prevenção, reabilitação e cura. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de SF, mediante as necessidades locais, epidemiológicas e sociais identificadas no território.

Além disso, existem aspectos operacionais a serem considerados, que o caderno de diretrizes do NASF descreve como áreas estratégicas, tais como: Saúde da Criança e Adolescente; Saúde da Mulher; Saúde Mental; Serviço Social; Assistência Farmacêutica; Atividade Física/Práticas Corporais; Práticas Integrativas e Complementares; Reabilitação/Saúde Integral da Pessoa Idosa; Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2010).

No seu processo de trabalho o NASF deve priorizar o diálogo com a comunidade de seu território adscrito. Deve ainda ocorrer atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas. Intervenções diretas do Nasf frente a usuários e famílias podem ser realizadas, mas sempre sob encaminhamento das equipes de SF com discussões e negociação pactuadas entre as equipes, a priori entre os profissionais responsáveis pelo caso. Tal atendimento direto e individualizado pelo Nasf ocorrerá apenas em situações extremamente necessárias (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, o NASF segundo Silva e Menta (2014) trabalha com o uso de ferramentas relevantes para o cuidado integral da saúde das pessoas em comunidade tais como a clínica ampliada, o matriciamento, o projeto terapêutico singular e o projeto de saúde no território, para a qualificação das ações das equipes junto ao território.

O trabalho do NASF é orientado segundo Brasil (2014) pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial é uma forma de organização do trabalho em saúde baseado

numa relação de parceria entre ESF (equipe de referência) e NASF (equipe de apoio) de forma a trazer resolutividade em situações problemas encontradas num dado território.

O apoio matricial como metodologia de trabalho em saúde vem acontecendo já algum tempo no Brasil em serviços como o de saúde mental, de atenção básica e da área hospitalar, em programas do Ministério da Saúde – Humaniza-SUS, Saúde e na Atenção Básica/Saúde da Família. No estudo de Campos e Domitti eles concebem e acreditam que ele objetiva:

Assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.399).

Dessa maneira, o trabalho do Nasf apresenta-se como uma **retaguarda especializada** para as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família. De forma prática o trabalho desenvolvido orienta-se por pelo menos **duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica**. A primeira ocorre sobre a ação clínica direta com os usuários; enquanto a segunda determina sua ação de apoio educativo com e para as equipes (BRASIL, 2014).

Segundo Campos e Domitti (2007), o contato entre os profissionais do apoio e da equipe de referência deve ocorrer através de encontros periódicos e regulares ou, quando em situações emergenciais, por meio diretos de comunicação personalizados. Quanto à articulação do trabalho, desenvolve-se em três planos fundamentais:

- a) atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência;
- b) em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador, este pode programar para si mesmo uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas, mantendo contato com a equipe de referência, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, ou à família ou à comunidade;
- c) é possível ainda que o apoio restrinja-se à troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de referência.



Este dispositivo tem suas particularidades, pois apesar de fazer parte da AB, ele não é porta de entrada, e não tem um local físico independente, ou seja, seu trabalho desenvolve-se no território adscrito pela ESF que ele apoia, além de outros locais do território como praças, centros comunitários, escolas, igrejas, entre outros. Sua forma de atuação é a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes vinculadas, de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde, como também com outras redes intersetoriais como o Sistema Único da Assistência Social (Suas), redes sociais e comunitárias (BRASIL, 2014).

Para ser implantado faz necessário conhecer a realidade epidemiológica, as prioridades de saúde da população, sendo de responsabilidade do gestor incorporar às equipes de saúde da família outras categorias profissionais a partir das necessidades locais. A criação do NASF é, sem dúvida, um passo importante para a consolidação da ESF e, especialmente, para o desenvolvimento e aprimoramento de um novo modelo de cuidado à saúde, com a possibilidade de uma gama maior de apoio especializado e troca de saberes entre diversos profissionais. (NASCIMENTO, 2014).

Desta forma, observa-se que o MS tem interesse de consolidar tal proposta, a qual apresenta um forte movimento de expansão no Brasil, pois acredita ser um importante dispositivo capaz de fortalecer as práticas da atenção primária à saúde.

A proposta do NASF apresenta-se como necessidade de organização e desenvolvimento do processo de trabalho bem diferente daquelas tradicionais focadas na espera da doença. Entende-se que, para todos os profissionais que atuam no NASF, o desafio principal consiste em criar a possibilidade da atuação conjunta, integrada e intersetorial, que incorpore a participação dos usuários, a integração entre ESF e NASF, numa perspectiva voltada para a saúde e para o sujeito que vive em comunidade, de forma a traduzir uma concepção ampliada de saúde assumida pelo SUS. (NASCIMENTO, 2014).

A respeito do processo de trabalho do NASF o estudo de Lancman et al (2013) descreve algumas considerações encontradas e trazidas pelos profissionais de apoio que acontecem no cotidiano do trabalho em saúde, tais como: os profissionais participavam de reuniões todos os membros da equipe NASF e de referência, esses encontros ocupavam grande parte da jornada de trabalho dos profissionais. Com a equipe da ESF as demandas eram relacionadas as ações de matriciamento, alinhar estratégias de intervenção, decidir sobre que profissionais ficariam naquele caso atuando como referência. Já entre equipe NASF as discussões perpassavam por questões de planejamento das ações dos núcleos e fluxos de trabalho. Outra demanda surgiu como criticas a respeito de carências de recursos materiais, como dificuldade para realizar atendimentos por não haver salas para atendimentos

individuais, grupos e reuniões, tanto nas ESF quanto no território. Outro ponto era que os trabalhadores utilizavam seus próprios telefone celular e computador, e para seu deslocamento na comunidade, como em visitas domiciliares, seu próprio meio de locomoção.

Um ponto a ser considerado dentre varias características do NASF é sua formação enquanto equipe multidisciplinar em relação a essa equipe Andrade et al (2012) nos apresenta revelando que apesar das diferentes formações profissionais que compõe a equipe, é preciso que todos estejam integrados para compartilharem suas ações, que se apropriem da interdisciplinaridade no processo de trabalho e aprendam o papel de cuidar em saúde, numa relação de troca entre todos os profissionais da ESF e os do NASF.

Em seu estudo Nascimento (2014) discorre sobre o processo de trabalho do NASF, e verifica como problemática no trabalho em saúde entre essas equipes, dificuldade de integração entre elas e um processo de trabalho que prioriza ações individualizadas organizadas a partir de núcleos específicos. Retoma dizendo que no decorrer desse processo, são muitos os desafios para a efetivação de práticas de integração entre os profissionais do NASF, indo de encontro com aquilo que é preconizado na base da política de saúde. De fato, o trabalho do Nasf só será fortalecido se for considerado e estimulado o desenvolvimento da interprofissionalidade entre os profissionais do Nasf e entre estes e os profissionais da saúde da família, esta integração precisa acontecer de fato e não só na legislação.

Sendo assim, é necessário que os profissionais comecem a atuar de maneira não fragmentada, com o objetivo de construir e fortalecer a rede de atenção à saúde. Sabe-se que esse processo não é fácil, simples e nem rápido, porem é necessário começar para que rapidamente seja incorporado novas práticas assistenciais em saúde, de forma com que o usuário tenha voz e participe como sujeito ativo de todo processo. Nessa concepção, ressalta-se conhecer sobre a implantação deste dispositivo na perspectiva do usuário, no intuito de contribuir para o fortalecimento dessas praticas.

#### 4.4 A IMPLANTAÇÃO DO NASF NO MUNICÍPIO

No município de Belém/PA, o qual apresenta uma população estimada de 1.446.042 pessoas (IBGE, 2017), apresentando Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,746 (IBGE, 2010). Os serviços de saúde na atenção primária estão organizados através de 27 Unidades Municipais de Saúde (UMS) e 103 equipes de saúde da família em atividade, o que representa 25,57% de cobertura (DAB/ DATASUS, 2017).

Desse modo, a intenção inicial do projeto era a implantação de seis NASF no município de Belém aliado a ampliação e requalificação de todos os dispositivos da Rede de Saúde municipal, porém esse número foi ampliado para onze, no intuito de reforçar e reordenar o modelo de organização da APS, garantindo o fortalecimento de princípios e diretrizes fundamentais do SUS, como a integralidade, a territorialização e a regionalização, porém o Ministério da Saúde aprovou a implantação de onze NASF do tipo I, no município de Belém do Pará, contemplando seis dos seus oito distritos administrativos, no intuito de apoiar as ações de equipes de saúde da família e fortalecer a APS deste município.

A quantidade de equipes de NASF implantada no Brasil já é bastante significativa. Atualmente, são 5.067 equipes do Nasf credenciadas no País, das quais 4.230 estão implantadas em 3.329 municípios brasileiros. Das equipes implantadas, 2.419 são modalidade de Nasf 1, 842 são modalidade de Nasf 2 e 969 são modalidade de Nasf 3 (competência agosto/2015). Mais de 23 mil profissionais compõem essas equipes. As cinco categorias profissionais que mais aparecem na composição delas são fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e educadores físicos (DAB-MS, 2015).

O processo de implantação dos onze NASF no município de Belém começou com a construção do projeto, onde foi realizado um grande levantamento das portarias do Ministério da Saúde sobre o NASF e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) mais recente. Em seguida, foram analisados os itens solicitados pelo Ministério da Saúde para a elaboração do projeto de implantação dos NASF. No decorrer do processo foi executado o levantamento das equipes de saúde da família habilitadas no município, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (SCNES) e no site do Departamento de Atenção Básica (DAB)/DATASUS. Em conjunto com a construção foi realizado o levantamento epidemiológico e da situação de saúde nas áreas de abrangência de cada ESF que a equipe dos NASF iriam dar apoio, através de um levantamento dessas demandas, que foram realizadas por meio de formulários entregues aos enfermeiros da equipes, em seguida foram realizadas visitas técnicas as ESF e as UBS e o diálogo propiciado com os diversos atores sociais (enfermeiros ou representantes das ESF, conselheiros municipais de saúde e diretores das Unidades Municipais de Saúde) envolvendo-os no processo de elaboração dos NASF, debatendo seus objetivos e divulgando a importância de inclusão desta estratégia na RAS.

Com base nisso, foi elaborado o projeto dos NASF, sendo encaminhado ao gabinete do secretário da SESMA/Belém e depois ao Conselho Municipal de Saúde, aprovado no dia 13 de junho de 2013. Em seguida, foi encaminhada à Comissão Intergestores Regionais

(CIR), obtendo aprovação no dia 20 de junho de 2013 e, posteriormente, à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), sendo aprovado no dia 23 de junho de 2013 e remetido ao Ministério da Saúde.

Os onze NASF em Belém/Pa foram organizados em 11 bairros de Belém (Tapanã, Benguí, Cabanagem, Marambaia, Terra Firme, Guamá, Paraíso dos Pássaros, Icoaraci, Sacramento, Telégrafo, Mosqueiro).

Em seguida ao processo de aprovação já no ano de 2014 foram realizadas capacitações no período de duas semanas a respeito do NASF, Rede apoio em saúde da Secretaria municipal de Saúde, assim como outros programas articulados ao NASF no intuito de preparar a equipe de apoio nesse início de processo de assistência no referido município, as atividades foram em sua maioria de palestras sobre a rede de apoio ao NASF.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa será realizada segundo os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitadas as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 466/12) do Conselho Nacional de Saúde, após aceite do orientador (ANEXO A) e autorização da Instituição envolvida na pesquisa (ANEXO B) e após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Pará (UFPA) por meio do protocolo: 64120416.9.0000.0018 (ANEXO C).

Todos os sujeitos participantes da pesquisa confirmaram seu aceite por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (APÊNDICE A) após serem informados a respeito dos possíveis riscos e benefícios da pesquisa e conscientes da liberdade de não aceitar participar ou mesmo se retirarem em qualquer fase sem prejuízos as suas atividades, resguardada sua identidade de modo sigiloso na pesquisa através de identificação feita por numeração (exemplo: P1, P2, e assim por diante) e cientes de que somente a pesquisadora teve acesso às informações coletadas, que serão descartadas após a realização da pesquisa.

### 5.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo estudo de caso, com observação participante, pois permite obter respostas muito particulares, uma vez que os participantes da pesquisa (equipe multiprofissional de um serviço de saúde) são singulares e vivenciam uma realidade particular (MINAYO, 2011), que foi realizada no período de fevereiro a março de 2017, em dois NASF do Distrito Guamá (DAGUA) em Belém, Pará.

Gomes (2004) consideram os diferentes desenhos metodológicos, porém destacam o estudo de caso, visto que aparece como desenho mais frequente para análise das experiências em serviços de saúde, e por traduzir a lógica da pesquisa qualitativa. Embora tenha surgido na área das ciências médicas, no campo das ciências sociais vem ganhando destaque, porém aqui o enfoque não é um indivíduo, o caso costuma ser uma organização, um grupo, uma comunidade, geralmente estudadas a partir da observação participante e de entrevistas.

### 5.3 CENÁRIO DA PESQUISA

Os serviços de saúde do município de Belém acompanham os oito Distritos Administrativos (DA). Estão distribuídos em setenta e um bairros, a saber, Distrito Administrativo de Belém (DABEL), Distrito Administrativo do Bengui (DABEN), Distrito Administrativo de Mosqueiro (DAMOS), Distrito Administrativo de Outeiro (DAOUT), Distrito Administrativo da Sacramenta (DASAC), Distrito Administrativo do Entroncamento (DAENT), Distrito Administrativo do Guamá (DAGUA) e o Distrito Administrativo de Icoaraci (DAICO).(NOGUCHI, 2016).

Elegeu-se um dos oito distritos de Belém para a realização da pesquisa. O estudo foi realizado em Estratégias Saúde da Família do distrito DAGUA, locais onde são realizadas as atividades dos NASF.

O DAGUA engloba 6 bairros da cidade e parte de alguns bairros do DABEL, onde estes estão entre os mais populosos da cidade. Uma parte significativa da população dessa área é de baixa renda, onde há diversas áreas de ocupação espontânea ou Aglomerados Subnormais (IBGE, 2010), principalmente ao longo das principais avenidas, como a Bernado Sayão, Perimetral e Cipriano Santos, sendo acompanhada com a carência de saneamento básico. Tem alguns dos bairros mais violentos da cidade (Guamá, Terra Firme e Jurunas) e possui altos índices de pobreza (GUSMÃO, 2013).

Este distrito apresenta uma população estimada em 392.384 habitantes, apresenta cinco Unidades Municipais de Saúde, localizadas nos bairros da Condor, Cremação, Guamá, Terra Firme e Jurunas. (SESMA, 2011). Além disso, abriga as seguintes Unidades de Saúde da Família: Riacho Doce, Condor, Parque Amazônia II (cobertos pelo NASF Guamá) e Terra Firme, Parque Amazônia I (Cobertos pelo Nasf Terra Firme).

O distrito apresenta dois NASF (Guamá e Terra Firme). Eles foram implantados em abril de 2014, pelo Ministério da Saúde com a proposta de apoiar a Estratégia de Saúde da Família e qualificar a Atenção Básica. O NASF Terra firme atua oferecendo apoio a seis equipes de saúde da família. O NASF Terra Firme faz cobertura a duas ESF: Terra firme (com quatro equipes) e Parque Amazônia (com duas equipes), tem os seguintes profissionais Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia, Serviço Social, Educação Física. Já o NASF Guamá realiza apoio a três estratégias Riacho Doce, Parque Amazônia e Condor. Oferecendo as seguintes especialidades: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Nutricionista, Educação Física, Assistente social.

O distrito foi escolhido para o estudo, devido sua realidade ser de maior conhecimento dos pesquisadores e visto que, abarca vários estudos em parcerias com varias centros de estudos e universidades e devido sua extensa dimensão territorial e demográfica.



**FIGURA 1: DISTRITO DA GUA**  
**Fonte:** (GUSMÃO, 2013)

#### 5.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes do estudo foram a equipe multiprofissional dos NASF selecionados, sete profissionais do NASF Terra firme (o total de integrantes do nasf) e quatro profissionais do Nasf Guamá (apenas uma ficou de fora da pesquisa pois estava de licença maternidade).

Os participantes foram incluídos no estudo após preencherem os seguintes critérios de inclusão: a) ser profissional do NASF Terra Firme e Guamá b) ter seis meses ou mais em atividade no NASF; c) aceitar participar da pesquisa; Foram excluídos do estudo profissionais que tiverem menos de seis meses em exercício profissional no NASF ou que não aceitarem participar da pesquisa, ou que estavam de licença ou férias.

#### 5.5 O PROCESSO DE COLETA DE DADOS

##### 5.5.1 O projeto piloto (testagem do protocolo da pesquisa e escolha dos sujeitos)

Diante disso, inicialmente, no intuito de testar e adequar o roteiro de entrevista a ser utilizado na pesquisa, realizamos um estudo piloto em uma população-alvo bastante semelhante à selecionada para realização do estudo. Tratou-se da equipe do NASF Bengui (distrito DABEN), que atua em um território clínico-assistencial, sócio-demográfico muito próximo aos NASF do distrito DAGUA e, além disso, possui características bastante semelhantes no que diz respeito aos modos de vida das populações, dificuldades encontradas em sua realidade, bem como nos processos de trabalho das equipes de saúde de um modo geral.

A etapa testada foi somente a entrevista com todas as participantes da equipe Nasf Bengui, assim determinadas por critério de saturação das falas, com diferentes membros da ESF estudada no momento, a fim de testar propriamente o roteiro de entrevista, percebendo as principais necessidades de mudanças do protocolo da pesquisa, e posterior execução das alterações, a fim de torna-lo mais acessível aos participantes, mas sem comprometer os objetivos da pesquisadora.

O projeto piloto foi de fundamental importância para esclarecer dúvidas ou indecisões que ainda havia sobre a direção da pesquisa, como também oportunizou uma melhor preparação para a pesquisadora iniciar o estudo com um olhar mais focado e direcionado nos objetivos reais da pesquisa. Posteriormente, ocorreu a imersão no campo realmente selecionado para a realização do estudo.

### **5.5.2 A observação participante**

Foi dado início no campo da pesquisa a partir da observação participante com a ideia de apresentar a proposta da pesquisa e os objetivos, além de conhecer melhor o ambiente do estudo, imergindo na rotina do local, relações interpessoais, as questões do processo de trabalho, sejam elas facilitadoras ou impeditivas da bem estar e da organização das ações de saúde, ou seja, foi necessário conhecer a realidade local para depois deslocar o olhar para as equipes de trabalho de fato.

A observação participante é um recurso teórico-metodológico das ciências sócias e antropologia, que tem sido bastante empregado nos estudos na área da saúde, principalmente em estudo com delineamento metodológico qualitativo. Por muitos anos se acreditava que esta técnica devia ser empregada de forma distante dos participantes da pesquisa, porém



atualmente concentra-se na ideia de promoção de interatividade entre o pesquisador, os sujeitos observados e o contexto no qual eles vivem (FERNANDES; MOREIRA, 2013).

A etapa de observação se caracteriza pelo contato direto do pesquisador com a realidade a ser investigada, se aproximando dos atores sociais em seu próprio cenário cotidiano. Essa técnica permite captar uma variedade de situações da vida real que não são captadas, por exemplo na etapa nas entrevistas (MINAYO, 2001).

Queiroz et al (2007, p. 277) ressalta a importância do ato de observar quando diz que: “o ato de observar é um dos meios mais frequentemente utilizados pelo ser humano para conhecer e compreender as pessoas, as coisas, os acontecimentos e as situações”. É por meio deste ato que se revela a situação real do ser ou ambiente estudado, essa torna-se uma relação direta com a fonte dos dados investigados.

O processo de observação aconteceu durante toda fase do estudo, no entanto. Observei o fluxo do serviço, durante o período de um mês, durante quatro vezes por semana pelo período da manhã, sendo duas vezes no NASF Guamá e duas vezes no NASF Terra Firme, totalizando aproximadamente 64 horas de acompanhamento, em atividades na ESF ou fora dela, mas no território de ações do NASF, que eram em escolas, praças, áreas da Universidade Federal do Pará, além de conversas informais entre os próprios usuários ou destes com a equipe do local.

Os registros foram feitos em um diário de campo contendo as principais impressões, observações, reflexões, e demais aspectos gerais da pesquisa, o qual foi capaz de permitir uma aproximação maior com a realidade local, suas rotinas de serviços e interagir com os diferentes atores sociais encontrados ao longo deste processo, sendo assim, essas informações foram categorizadas e serão apresentadas mais a seguir.

Após à fase inicial da observação participante, ocorreu a aplicação das entrevistas, material elaborado pelos pesquisadores deste estudo, após ser testado e em seguida modificado na fase do projeto piloto.

### **5.5.3 A aplicação das entrevistas**

Nesta etapa ocorreu a realização das entrevistas com base no roteiro semiestruturado (APÊNDICE B) com os trabalhadores das equipes dos NASF Guamá e Terra Firme. Foram incluídos no estudo todos os sujeitos integrantes da equipe NASF, que estavam presentes no período da coleta, ou seja, não encontravam-se de férias ou algum tipo de licença, e aceitaram participar voluntariamente da pesquisa por meio da assinatura do TCLE.

De acordo com Minayo (2001, p. 57):

A entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada.

Geralmente, as entrevistas foram ocorrendo com a combinação previa do melhor dia e horário para serem realizadas. As entrevistas apresentaram uma média de 20 minutos cada, sendo feitas em uma sala da própria casa família, mas separadamente de modo que mantivesse o sigilo, com a participação somente da pesquisadora e do sujeito a ser entrevistado.

Inicialmente, foi feita uma breve explicação para apresentar a pesquisa de um modo geral, em seguida, o participante realizava a leitura do TCLE, e concedia ou não sua participação assinando o termo. E por fim, era realizada, de fato a entrevista, conforme o roteiro previamente elaborado, testado e adaptado (APÊNDICE B) com a leitura do instrumento pela pesquisadora e gravação das respostas em um aparelho celular com gravador de voz, para posterior transcrição e análise do material.

Todas as falas foram gravadas e transcritas, para serem lidas e categorizadas, conforme a etapa do estudo solicita. O material em áudio foi descartado e as entrevistas foram impressas para melhor análise, em que cada participante recebeu a inicial “P” seguido de uma numeração, a fim de diferenciá-los, mas resguardando o sigilo da identidade de cada indivíduo.

## 5.6 ANÁLISE DE DADOS

A pesquisa de campo ocorreu no período de fevereiro a março 2017. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com observação participante que será construído um diário de campo.

Optou-se pela pesquisa qualitativa, pois segundo Mercado-Martinez (2004) é uma abordagem que proporciona a compreensão das vivências, percepções, crenças, sentimentos e emoções, experimentados por todos os atores envolvidos. Desta forma buscou-se com este estudo conhecer a opinião dos atores da equipe NASF sobre o programa que desenvolvem no seu cotidiano, tentar sistematizar de alguma maneira, as impressões acerca dessa política, sendo oportunamente uma forma de subsidiar o seu aperfeiçoamento.

Para Minayo (2001) esse tipo de abordagem responde a questões bem particulares, denota uma realidade que não pode ser quantificada, traz a tona aspirações, crenças, valores, atitudes, abrindo espaço para a imersão das relações e fenômenos que não podem ser tratados como meras variáveis.

Essa abordagem de fato conversa com o desenho deste estudo na medida em que é importante que se frise que aqueles que utilizam a abordagem qualitativa dão importância as relações humanas estabelecidas, ou seja, há uma intensificação da interação do investigador com os sujeitos pesquisados, é nesse momento que se constrói o conhecimento científico (FERNADES; MOREIRA, 2013).

O tratamento dos resultados foi realizado por meio da análise de conteúdo das respostas, na modalidade temática, proposta por Bardin (2011).

### **5.6.1 A análise de conteúdo: a escolha das categorias de análise**

Um método muito utilizado na análise de dados qualitativos é o de análise de conteúdo, compreendida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2011).

De acordo com Richardson (2012) este tipo de análise é utilizada para estudar material do tipo qualitativo, devendo-se fazer a priori uma leitura cuidadosa, com objetivo de organizar as ideias, em seguida analisar os elementos e por fim as regras. É nesse momento que se consegue compreender melhor o discurso para assim retirar os momentos mais relevantes.

Com base em Bardin (2011), percorreram-se as seguintes etapas para a análise de conteúdo: a Pré- Análise; a exploração do material; Tratamento dos resultados, inferência e a interpretação.

Sendo que a primeira etapa a Pré- Análise, caracteriza-se por ser a fase onde predomina a organização, corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo a sistematização das ideias iniciais, tendo o intuito de produzir um resumo preciso do desenvolvimento das operações para um bom plano de análise. Então essa primeira análise, tem três dimensões: a escolha dos documentos a serem analisadas, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que embasem a interpretação final.

Já a exploração do material, é o momento de análise propriamente dita, que não é mais do que a aplicação sistemática das decisões tomadas na fase anterior. Aqui o processo ira

acontecer mecanicamente, mesmo que os procedimentos aplicados forem manualmente ou de no computador. Esta fase é a mais longa e cansativa, consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas.

A última etapa é o Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nela os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos (“falantes”) e válidos. Operações estatísticas simples (percentagens) ou mais complexas (análise fatorial) permitem estabelecer quadros de resultados, digramas, figuras e modelos, os quais são sintetizados e se sobressai as informações fornecidas pela análise. O analista, tendo à sua disposição tais resultados, pode então propor inferências e adiantar suas interpretações com base nos objetivos previstos.

Na presente pesquisa, após organização do material, com a transcrição e impressão das entrevistas somado às informações contidas no diário de campo; como também leitura exaustiva deste, foram organizadas as categorias de análise a partir das principais impressões retiradas das falas dos participantes, ficando assim organizadas: 1) “O trabalhador do NASF: Quem é este profissional que trabalha no SUS”, sendo realizada uma breve caracterização dos sujeitos da pesquisa, levando em consideração a formação acadêmica e profissional, destacando o tempo e capacitações na área da atenção básica; 2) “O que é NASF/Papel/Objetivos”, trazendo as principais ideias e reflexões dos profissionais que lidam em seu cotidiano com praticas em saúde voltadas a trabalhar a integralidade e apoio as equipes da atenção básica. 3)“A necessidade de compreender Educação Permanente em Saúde” na medida em que se faz necessária, porém é ainda precisa ser mais discutida e praticada. 4)“A relação do NASF com as equipes Saúde da Família e com sua própria equipe”, como é realizada a construção desse trabalho em equipe multiprofissional. 5) “Avaliação do dispositivo sob o olhar dos trabalhadores do NASF”. O NASF chegou no território, e o que ocorreu?”, o que ocorreu com a chegada deste dispositivo na ESF, na Atenção Básica, no território, na comunidade. 6) Vivenciando o trabalho no Nasf: observações, impressões, reflexões e relatos da pesquisadora, a partir do acompanhamento diário da campo e atividades desenvolvidas pela equipe Nasf.

As categorias serão descritas conforme a divisão citada, elucidadas com as falas dos próprios trabalhadores e confrontadas com a literatura relacionada ao tema discutido, serão comparados os resultados a outros estudos que se relacionam ao tema, como também a opiniões de expertises no assunto, assim foi construído o tópico “resultados e discussão” que será abordado a seguir.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1 O TRABALHADOR DO NASF: QUEM É ESTE PROFISSIONAL QUE TRABALHA NO SUS/AB?

Neste item será realizada uma breve discussão acerca do perfil acadêmico e profissional dos trabalhadores entrevistados, pois a partir disto, iniciará um debater sobre questão da formação e capacitação dos profissionais e tempo de atuação na APS. O quadro abaixo exemplifica os resultados encontrados.

QUADRO 2: Caracterização dos trabalhadores que compõem NASF TERRA FIRME E NASF GUAMÁ do Distrito DAGUA de Belém-Pará do ano de 2017.

CATEGORIA		IDADE (ANOS)	SEXO	PÓS-GRADUAÇÃO	CAPACITAÇÃO NA AREA	QUANTO TEMPO NO NASF	ATUAÇÃO PRÉVIA NA ATENÇÃO BÁSICA
P1	TERAPEUTA OCUPACIONAL	34 anos	Feminino	Desenvolvimento infantil	Só os Cursos e capacitações que a própria sesma dá pra gente	2 anos e 10 meses	Não trabalhava antes AB. Experiência na área Infantil e reabilitação.
P2	PROFESSORA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, LICENCIATURA PLENA	26 anos	Feminino	Fisiologia do exercício	Não	1 ano e 2 meses	Não atuava na AB. Antes era personal trainer atendimento individualizado.
P3	FISIOTERAPEUTA	31anos	Feminino	Em ortopedia e traumatologia e saúde coletiva.	Está realizando um curso do NASF especificamente apoio matricial com ênfase no NASF da Fiocruz)	8 meses	Já atuou em outro NASF por mais de três anos. Tem experiência na área da educação inclusiva.
P4	NUTRICIONISTA	34 anos	Feminino	Nutrição clinica em andamento	Não	8 meses	Primeira experiência profissional está sendo o NASF
P5	PSICÓLOGO	24 anos	Masculino	Especialização	Fez alguns cursos	10 meses	Não atuava na

				em clinica	pelo Ministério da Saúde(atenção saúde do idoso, febre xingungunha).		AB. Atuação em psicologia escolar
P6	SERVIÇO SOCIAL	38 anos	Feminino	Não tem pós-graduação	Não referiu nome	2 anos e 10 meses	Já tinha trabalhado na atenção básica, na regulação, no CRAS, na secretaria de saúde.
P7	FONOAUDIÓLOGA	27 anos	Feminino	Pós- graduação em Audiologia	Não referiu nome	2 anos e 10 meses	O nasf foi o primeiro contato com a atenção básica, antes trabalhava em clinica, ambulatório particular.
P8	PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA, LICENCIATURA PLENA	55 anos	Masculino	Não tem pós graduação	Não	1 ano e 8 meses	Não atuava na AB. Experiência nas escolas.
P9	PSICÓLOGA	42 anos	Feminino	Pós-graduação em psicologia jurídica e acupuntura	SUS, álcool e drogas, hanseníase, diabetes.	2 anos e 10 meses	Não atuava na AB .Psicologia clinica e pericia experiência anterior
P10	FISIOTERAPEUTA	27 anos	Feminino	Pilates e RPG	Esus	2 anos e 10 meses	Regulação da Atenção Básica área administrativa
P11	TERAPEUTA OCUPACIONAL	29 anos	Masculino	Saúde pública	No inicio em NASF e Rede de serviços em saúde.	2 anos e 10 meses	Experiência em residência multiprofissional em Saúde da Família

**FONTE:** Entrevista semiestruturada.

A primeira identificação do estudo, demonstra que a idade dos participantes variou de 24 à 55 anos de idade, sendo a média de 33,36 anos, sendo a idade mínima apresentada vinte e quatro anos e a máxima cinquenta e cinco anos, tratando-se, portanto, de uma equipe basicamente composta por pessoas jovens. Em relação ao sexo, há predominância do feminino (72,72%).

Na pesquisa de Souza (2015) a maior parte dos sujeitos entrevistados que trabalhavam em ESF e no NASF era do sexo feminino e eram adultos jovens com idades entre 28 a 39 anos, o que demonstra uma representação jovem dos profissionais que atuam no NASF e ESF, assim como os achados do presente estudo.

Nos achados de Trindade e Pires (2013) revela aproximação a este estudo no quesito sexo dos profissionais de saúde, onde foi encontrado que a maioria dos participantes é do sexo feminino, confirmando o grande percentual da presença das mulheres nos serviços de saúde.

Quando questionados a respeito da qualificação profissional por meio da pós-graduação, os participantes do estudo em sua maioria que 81,81% possuíam algum tipo de pós-graduação, sendo majoritariamente na qualidade de especialização. Foi notório que apenas dois dos componentes da equipe possui uma formação mais voltada para atuação na APS (quadro 1), isso demonstra pouca adesão de aperfeiçoamento voltado para este nível de atenção.

No estudo de Souza (2015) apresenta achados parecidos em relação a equipe NASF quando menciona que nenhum dos integrantes do Núcleo de Apoio investigado possuíam pós-graduação na área, soma-se a isso a não existência de educação permanente para os profissionais, fato este que representa um entrave para o bom funcionamento do trabalho em equipe, visto que essa recebe cotidianamente uma demanda complexa vinda do território adscrito.

Santana et al (2015) reafirma a ideia de que é importante possuir especialização na área específica de sua atuação, visto que tal fato reflete no compromisso assumido pelos profissionais capacitados para atuar junto à comunidade, e desta forma, contribuir para o fortalecimento da AB.

Rocha et al (2011) ao analisar o perfil do profissionais do NASF em Campina grande- PB, observou que a maioria dos profissionais dos NASF do município, tem pouca ou nenhuma experiência em saúde pública/coletiva e que boa parte deles vem de experiências profissionais em serviços especializados, concluindo que os profissionais ainda possuem a

formação no modelo hegemônico biomédico, fato este que dificulta a qualificação e o trabalho em saúde na atenção básica.

Refletindo sobre a formação em saúde, especificamente na AB, Anjos et al (2013) ressalta um empecilho identificado no processo de trabalho do NASF, seria a formação dos profissionais, que, no momento, não acompanha as necessidades do SUS e menos ainda da Atenção Básica. Acrescenta ainda, que de acordo com a proposta do NASF no que se refere ao trabalho em equipe interdisciplinar, é importante repensar na formação profissional no País, no sentido de preparar os profissionais para lidarem com os desafios ao trabalhar de maneira inter e transdisciplinar, onde somente o conhecimento técnico especializado não seja o principal, mas também seja dado enfoque nas habilidades e competências geradoras de saúde qualificada e responsável.

A formação acadêmica aplicada ao SUS é uma problemática, apesar de já existirem medidas que ampliem a formação acadêmica voltada para as práticas em saúde no SUS, como por exemplo a que foi criada em 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Trata-se da integração com o SUS visando dar respostas às necessidades concretas de formação de recursos humanos. Tal medida visa aproximar a formação de graduação e as necessidades da Atenção Básica, sempre na tentativa de promover a integração ensino-serviço tão importante para conduzir os discentes a uma prática mais próxima do serviço de saúde que irá lhe acolher após sua formação (GONZE, 2009).

No que concerne a experiência na AB, a maioria 63,63% não tinham experiência pregressa na AB, sendo que duas participantes relataram ser o NASF sua primeira experiência profissional.

No estudo de Araújo (2014) demonstrou-se em relação a qualificação profissional que os profissionais que compõem as eqSF e NASF são, em sua maioria, generalistas, com experiência de trabalho prévia na atenção básica e qualificação no formato de pós-graduação em saúde pública. O que fica claro que esta composição vai afetar positivamente a qualidade do trabalho e o processo de trabalho desenvolvido, fato não encontrado neste estudo já que a maioria dos participantes não possuem formação na área da AB e nem experiência anterior na área.

Em relação às capacitações, 72,72% dos participantes relataram que participam, porém já faz algum tempo que a secretaria municipal de saúde não disponibiliza esse tipo de capacitação/treinamento/aperfeiçoamento, tanto que duas participantes não lembraram do



curso e nem da última vez que fizeram, sendo que outros acessam esses cursos por sua conta própria através de cursos externos ou on line via MS.

Miranda (2016) ressalta em seus achados com profissionais da ESF/NASF ao falarem sobre capacitações demonstram interesse pelo tema, visto que concordam que devem se manter atualizados, pois isso implicará na qualidade do serviço prestado à população. Nesse sentido ainda, destaca-se uma considerável frequência na oferta de cursos em várias áreas e fases da vida, incentivados pelos gestores, fato este que contrasta com o presente estudo, uma vez que os participantes relataram pouca frequência nos cursos e capacitações disponíveis pelos gestores.

No que tange ao incentivo as capacitações na pesquisa de Araújo (2014) refere que investimento nessa área é importante para o desempenho profissional, mesmo ainda que tímido, o município estudado vem incentivando a formação com capacitação de seus profissionais.

No que diz respeito ao tempo de atuação no serviço estudado, a média encontrada entre os profissionais foi de 24 meses. Os profissionais do NASF apresentaram pouca variação, estando a maioria com um bom tempo com a mesma equipe (mais de 12 meses a maioria). Vale destacar que todos os profissionais pesquisados são contratados em caráter temporário.

Miranda (2016) responde em seu trabalho porque é importante conhecer o perfil dos profissionais de saúde, como também saber se eles estão preparados para atuar na atenção primária, para que possamos (re)pensar a questão da formação profissional e, com isso poder criar novas estratégias desde a graduação que permita uma aproximação com esta área. Para os egressos, é necessário qualificá-los no sentido de fornecer ferramentas que atendam as necessidades sociais e de saúde da comunidade.

A atuação no SUS e para o SUS precisa ser incentivada desde a graduação, porém alguns profissionais de saúde ainda são formados no modelo tradicional como ressalta Vieira de Macedo et al (2016) que muitos ainda criticam o modelo hegemônico de formação dos profissionais de saúde, porém hoje, já observa-se um movimento em busca de novos caminhos e estratégias para transformação nos cursos de graduação em saúde, um exemplo disso é a aprovação das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde, onde determina que deve-se focar no trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. Assim como essas novas diretrizes voltam-se para integração ensino-serviço-comunidade, nesse sentido, uma amostra disso é implementação de programas como o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (pet/ Saúde).

Com base nessa discussão o estudo de Santana et al (2015) corrobora com os argumentos apresentados até aqui no que diz respeito a formação dos profissionais do NASF para o SUS/APS, quando diz que a formação pode se tornar uma dificuldade que influenciará o processo de trabalho do NASF, visto que os seus projetos pedagógicos não são compatíveis com as necessidades do SUS, eles são elaborados distantes da realidade dos serviços e não consideram características importantes a serem desenvolvidas na prática como o trabalho em equipe multiprofissional, o vínculo, o acolhimento, imprescindíveis para o NASF, como também não dialogam com a metodologia de trabalho voltada para o Apoio Matricial, Clínica Ampliada e Projetos Terapêuticos.

## 6.2 O QUE É NASF/PAPEL/OBJETIVOS NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS

Quando interrogados sobre a visão/opinião deles sobre o que é o NASF seu papel e objetivos, a maioria dos entrevistados relatou que o NASF é uma equipe multiprofissional que veio para dar apoio a ESF com objetivo de somar práticas em saúde voltadas principalmente para prevenção de doenças e promoção de saúde, como explica a fala do profissional 9:

“Nasf é uma equipe multiprofissional que tenta atender priorizando a prevenção com ênfase no trabalho em grupo em saúde pública” (P9).

Neste contexto, Lancman et al (2013) corrobora com a ideia do profissional citado acima, na medida em que afirma que as diretrizes nacionais e demais documentos norteadores sugerem que as ações ocorram em parceria com as das EqSF e que deve-se dar prioridade aos atendimentos realizados em grupo.

De acordo com suas primeiras diretrizes em Brasil (2010) o NASF deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe. A organização de suas principais diretrizes são: ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços e são vistas nas falas dos participantes como observa-se a seguir:

“É realmente essa questão da Atenção Primária voltada principalmente prevenção e promoção a saúde. Porque eu acho que prevenir e promover é que é o nosso carro chefe realmente”(PROFISSIONAL 1).

Volponi, Garanhan e Carvalho (2015) avança em sua discussão sobre ações do Nasf, no seu estudo realizado junto aos gestores da Diretoria da APS de município do Paraná,

obteve como resultado que o Nasf em suas ações praticadas voltadas a prevenção e promoção à saúde e melhora na qualidade de vida da população, como principais desafios do Nasf, no que se refere a melhorar a qualidade do serviço ofertado e não apenas suprir a demanda assistencial.

Já outra entrevistada teve uma visão mais completa do que é o NASF como pode-se observar em sua fala:

Eu acho que o Nasf ele veio pra somar a equipe de referência no caso já formado pelas estratégias. Eu vejo que o Nasf são múltiplas visões de múltiplos profissionais pra tentar solucionar pra ajudar a dar solução em alguns casos que fogem da competência, da habilidade dos profissionais de referencia, é uma equipe multi com esse objetivo maior de dar maior resolutividade na atenção básica devido a diversidade que tem de casos (PROFISSIONAL 3).

Para Anjos et al (2013) a proposta do NASF surgiu na contramão com os modelos tradicionais de prestação de cuidados, que prestam assistência curativa, fragmentada e individual, já que o NASF vem pra superar essa lógica no sentido de propor à corresponsabilização e o cuidado integral junto a ESF por meio de atendimentos compartilhados e projetos terapêuticos que envolvam a todos os atores responsáveis.

O caderno de nº 39 do DAB descreve que esse dispositivo é composto por **equipes multiprofissionais**, com profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que atuam de forma **integrada** e **apoio** os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica para populações específicas sempre integrando suas práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas. O profissional 7 refere que antes não conseguia entender o que era o NASF, porém hoje já tem uma ideia mais formada.

O Nasf ele trabalha diretamente com isso, pra apoiar a saúde da família, ele veio pra somar com os serviços que já existiam na estratégia saúde da família (PROFISSIONAL 7).

Volponi, Garanhani e Carvalho (2015) analisa o NASF com um grande potencial transformador na AB, na medida em que o entende como um dispositivo de mudança, com potencialidades criadoras de novas práticas, com capacidade de ampliar e potencializar as ações das EqSF, de incentivar a criação de processos e de estabelecer novos arranjos na AB.

Já o profissional 5 descreve o Nasf também como uma equipe, porém acrescenta algumas considerações:

È uma equipe estruturada e formada por profissionais que desenvolvem seu trabalho de acordo com aquilo que tem como estrutura, você pode ver a gente não tem uma estrutura física, pra quem olha de fora assim, ah o que é o Nasf? Ele não tem uma sede física é tudo voltado para integralidade, geralmente quando a gente sai pra

visita a gente não sai sozinho, a gente sai em equipe e cada um vai dando seu olhar, por isso que se chama núcleo de apoio, é um núcleo formado por vários profissionais (P5).

Nesse sentido pode-se observar que a fala acima apresenta características descritas no caderno de nº 39 da AB apresentando o NASF como uma equipe formada por diferentes profissões e/ou especialidades, faz parte da Atenção Básica, mas não se constitui como um serviço com espaço físico independente. Atuam de acordo com as demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes vinculadas. Ele não tem um espaço físico próprio, já que atua no território das ESF e da comunidade atendida.

O relato em seguida aponta a relevância que a profissional entrevistada dá a inserção do NASF na ESF/AB, pois permitiu ampliação dos profissionais e com isso das estratégias terapêuticas para melhor atender a população.

Os primeiros Nasf implantados em Belém, então foi de suma importância pra casa família, pra casa saudável, porque a gente veio pra dar apoio que eles não tem, são novos profissionais de saúde que não consta na casa como fisioterapeuta, fono, educador físico, assistente social, psicólogo, isso eles não tinham disponível, então a gente veio agregar pra ajudar esse serviço, eu acho isso de suma importância, foi um achado, foi 10 o Nasf (P6).

Outro conjunto de ideias do que é o NASF foi expressa pelo profissional 11:

O Nasf é uma equipe de vários profissionais que contém varias categorias, que esse objetivo de ampliar o olhar clínico a respeito das situações de saúde da comunidade, existe essa equipe de referencia que é responsável constituída por determinados profissionais, mas por entender que essa realidade que afeta a saúde das pessoas ela é muito maior que esses profissionais que contém na equipe básica, é necessário ter uma equipe de apoio também que amplie esse olhar e ajude essa equipe de referencia pra conduzir o cuidado em relação a essas demandas que surgem nas famílias (P11).

Este profissional ressalta a importância da equipe de referencia e da equipe de apoio, onde uma complementa o trabalho da outra, e que antes só existia a equipe de referencia, porém o MS percebeu a importância de ampliar o escopo de ações dentro desse território em que somente os profissionais da ESF não conseguiam resolver as situações complexas que emanam da comunidade acompanhada. Brasil (2014) ressalta que o trabalho do Nasf é orientado pelo referencial teórico-metodológico do **apoio matricial**. Na AB, essa proposta significa uma forma de organização do trabalho em saúde, que ocorre a partir da integração de equipes de Saúde da Família (com perfil generalista) que lidam com situações/problemas de dado território com equipes ou profissionais com outros campos de conhecimento diferentes dos primeiros profissionais descritos.

O apoio matricial tem seu objetivo esclarecido por Campos e Domitti (2007) e objetiva promover uma retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. É empregada como uma metodologia complementar a que já é utilizada nos serviços em sistemas hierarquizados. Essa metodologia anseia oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência.

Sobre o papel/objetivo deste dispositivo os profissionais entrevistados comentam que:

Ele tem objetivo de agregar a estratégia saúde da família pra trabalhar com a prevenção, pra trabalhar com palestras, pra orientação, pra diminuir essa questão de está superlotado o pronto socorro, pra tentar diminuir essa... através da nossa informação, dos nossos conhecimentos de cada profissional pra tentar diminuir essa questão (P7).

Como eu vejo, o Nasf tem que impedir que certos pacientes cheguem lá no pronto socorro, a gente faz a base, a gente faz em baixo pra que pacientes com tipo diabetes, a gente tenta, a gente faz um grupo que trabalha com diabético, trabalha com idoso, a gente faz esse trabalho de prevenção pra prevenir que muitas coisas cheguem lá no pronto socorro, chegue nos outros hospitais a gente podendo prevenir, o trabalho primordial do Nasf é esse (P6).

Nesse âmbito, Viera de Macedo et al (2016) enfatiza que o trabalho do NASF deve-se alinhar-se a ações capazes de responder às necessidades de saúde da população, principalmente na esfera da promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, tanto no âmbito individual quanto coletivo, e por isso dando impacto positivo na redução dos processos de medicalização e hospitalização.

Sobre esse trabalho executado pelo NASF Andrade et al (2012) defende que é primordial que se entenda que as ações em saúde nesse dispositivo vêm com a proposta de reduzir os encaminhamentos, uma vez que a promoção de saúde fortalecerá a saúde da comunidade, ao intervir nos determinantes do processo saúde/doença, isso implicará também na melhora da qualidade de vida e saúde da população diminuindo os índices de internações agudas recorrentes.

Os profissionais do NASF entrevistados por Souza (2015) também reforçam que as atividades de orientação levam a redução dos problemas de saúde da população e com isso ocorre uma diminuição da demanda para as ESF e para outros serviços de saúde como hospitais. Porém, a principal forma de levar essa informação é através de palestras, cujas temáticas se baseiam no calendário do MS, não sendo levadas em conta as características epidemiológicas do território e nem as necessidades de saúde da população.

O profissional P11 reforça a relevância do objetivo do NASF e do porque ele foi criado quando fala que:

Lembrando qual é o objetivo principal maior da política que é de fazer essa ampliação da cobertura, e além da ampliação da cobertura, ser resolutiva, trazer mais resolutividade aos casos de saúde e oportunizar o máximo que puder de abordagens terapêuticas (P11).

Silva et al (2012) investigou em sua pesquisa sobre os desafios e potencialidades do NASF na visão dos profissionais da APS no Município de São Paulo e encontrou nas falas dos entrevistados que eles concordam que o NASF veio para potencializar a atenção primária à saúde, ampliar as ações das equipes de saúde da família, articulando as redes de atenção à saúde e, desta forma, otimizar os fluxos de referência e contrarreferência.

No que diz respeito ao NASF sua portaria de criação GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, confirma que ele veio para aumentar a abrangência das ações de atenção básica, possibilitando resolubilidade e integralidade ao SUS, legitimando o processo de territorialização da atenção básica tudo isso no sentido de apoiar a ESF.

A Profissional 9 apresenta em sua ideia de papel que o Nasf exerce, a compreensão de integralidade no sentido de atender o ser humano como um todo, e é nesse sentido que os profissionais do NASF irão acrescentar a equipe da ESF, proporcionando um olhar global do indivíduo.

Eu entendo o papel do Nasf como sendo muito importante na integralidade da pessoa que vem de acordo as leis do SUS pra atender a pessoa no seu inteiro, então o Nasf ele veio justamente para preencher as lacunas não só do enfermeiro, não só do medico, mas, e sim colocando outros profissionais como o psicólogo, o terapeuta, o fono pra ter um entendimento global da pessoa (P9).

Nesse sentido, Miranda (2016) em sua pesquisa sobre a opinião dos profissionais da ESF e NASF sobre o princípio da Integralidade destaca a fala de um trabalhador, o qual o mesmo interpreta o princípio com uma visão ampla entendendo o ser humano como um todo, ou seja, em toda a sua complexidade inserido no seu contexto social, com suas necessidades, crenças, valores e sofrimentos e tudo mais que contempla as relações estabelecidas no campo da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos.

Para Mattos (2006) um dos sentidos atribuídos a integralidade tem a ver com a ideia relacionada à uma boa prática da biomedicina. Reconhece a importância da medicina no conhecimento e intervenções nas doenças. Ressalta que defender a integralidade não é deixar de lado todos os estudos na área sobre as doenças. Mas sim, fazer um uso criterioso desse conhecimento sobre a doença, e entrelaçá-lo com uma visão abrangente das necessidades dos indivíduos que lidamos cotidianamente. Este autor ressalta ainda, de como deve ser um atendimento medico relacionado a esse principio, quando diz que atender além do obvio e de

acordo com as necessidades de ações de saúde como as relacionadas ao diagnóstico precoce ou à redução de fatores de risco, demonstra um sentido da integralidade intimamente ligado às concepções da medicina integral. O simples fato de o atendimento voltar-se para outras necessidades que não ligadas à doença, como um simples acolher, de forma humanizada, permitindo um diálogo, também explana a integralidade.

O termo integralidade vem sendo nos apresentado desde a Constituição Federal Brasileira estabelecendo as diretrizes para a organização do SUS, onde destaca que o atendimento integral e não a integralidade ainda, significando priorizar as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988). Em seguida foi descrito na Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080) como conjunto integrado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, de acordo com cada caso, em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 1990). Desta maneira, é compreensível que o indivíduo seja considerado como um todo, respeitando o conjunto de suas necessidades, em seu contexto social. Onde deve ocorrer uma articulação das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e cura, como também uma articulação com outras políticas públicas, e o acesso a todos os níveis de atenção.

Neste sentido, Brasil (2010) afirma que a integralidade vem a ser considerada a principal diretriz a ser praticada pelo NASF, apresenta as três compreensões: (1) abordagem integral do indivíduo levando em consideração seus vários contextos de vida social, familiar e cultural e na perspectiva do cuidado longitudinal; (2) práticas de saúde reunidas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além do mais, (3) organização do sistema de saúde com vistas a garantia do acesso às RAS, segundo as necessidades da população.

A Profissional 1 complementa sua fala sobre trabalhar com prevenção e promoção na AB, acrescentando o fator empoderamento como estratégia para a ser desenvolvida nas práticas em saúde, reforça que isto também é papel/objetivo do NASF.

Porque a partir desse nosso trabalho é que a gente vai diminuir realmente as questões das doenças, das idas pra internação pros setores secundário e terciário. Assim é o carro chefe, ou deveria ser da questão mesmo do MS, de todas as secretarias municipais e estaduais de saúde, porque é onde a gente vai realmente ensinar como cuidar da saúde. Acho que na realidade porque uma coisa puxa a outra, é você realmente fazer o empoderamento das pessoas em relação a sua saúde educar e orientar, qual é esse papel quais os direitos que eu enquanto cidadão tenho com a minha saúde, porque às vezes eu não sei eu acho que o serviço ele é público e eu aceito ele ser prestado de qualquer jeito e não é bem por aí a gente que já estudou sabe que não é assim, esse é nosso papel também de mostrar pras pessoas, pros usuários qual é os direitos que eles tem os deveres até onde eles podem buscar até

onde não, porque eu também tenho que saber até onde não cabe, então eu acho que esse empoderamento também é papel nosso, é objetivo (P1).

Miranda (2016) em seu estudo com trabalhadores do NASF e ESF confirmou que trabalhar essas questões educativas que visam a prevenção e promoção da saúde ainda tem pouco ou nenhuma participação da população estudada, reflete ainda que nessas ações o usuário toma a posição de passividade e o profissional não os envolve na discussão, que na maioria das vezes é no formato de palestras, ou seja, usuário é um mero receptor das informações, quando o mesmo deveria exercer seu papel de empoderar-se sobre as decisões que permeiam sua saúde/doença, nem tampouco conseguem desempenhar um comportamento crítico-reflexivo quanto aos seus hábitos.

Em seu estudo Figueiredo et al (2012) ressalta que a educação em saúde seja utilizada pelos profissionais de forma dialógica e sistemática, é fundamental que seja valorizada por todos os envolvidos, no sentido de estimular a maior participação dos usuários, sempre planejando ações que dialoguem com realidade local e suas necessidades com temáticas sugeridas por eles e que estejam focadas na promoção de saúde e prevenção de doenças. Reforça ainda que para que aconteça, é necessário uma sistematização e inclusão programas de Educação Permanente na rotina dos profissionais para que estes fiquem habilitados a exercerem essas práticas de Educação em Saúde.

### 6.3 A NECESSIDADE DE COMPREENDER EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO CONTEXTO DA AB.

Quando interrogados a respeito de como avaliam o processo de educação permanente em saúde no SUS, a maioria dos entrevistados relacionou este política à educação em saúde executada com os usuários, como ilustra a fala do profissional 6 e 2.

A educação permanente a gente trabalha com palestras pra comunidade, desses seis meses pra cá a gente quase não tá fazendo, não disponibilizaram pra gente, mas assim a gente sempre trabalha em cima do calendário do ministério da saúde, a gente sempre tá fazendo essa educação em saúde com a comunidade dando palestras, no grupo, sempre tá passando informação (P6).

Eu avalio ela de suma importância, são muito benéficas do que a gente já tem avaliado nesse período, por exemplo tinham pessoas que eram sequeladas de AVC e que a partir da prática de atividades físicas foram melhorando os movimentos, foram conseguindo, não cem por cento, mas tem uma qualidade de vida melhor após esses acontecimentos, como a gente acompanhou nos grupos que a gente tem ao longo do tempo. Então eu acredito que ela é importante principalmente pros idosos que não fazem atividade física por achar que não deve, que não precisam, então muitos cardiopatas tem medo de fazer porque também não tem uma boa orientação, o médico só diz que tem que caminhar, mas na verdade eles não sabem como fazer e



de que forma fazer, então a intervenção do profissional de educação física ela é de grande importância pra passar esse conhecimento pro paciente que ele deve sim fazer uma atividade física, independente se ele for hipertenso, se ele for cardiopata, desde que esteja bem avaliado, bem orientado, ele precisa ele necessita, é o que vai dar uma qualidade de vida melhor pra ele é através da atividade física (P2).

Com base nisso, percebe-se o desconhecimento dos trabalhadores sobre a temática, diferente disso, Andrade et al (2012) afirma que verificou em seus resultados um fato que chamou atenção foi a resposta de alguns participantes, no que diz respeito as dificuldades de lidar com as demandas diárias, muitos relataram à falta de reconhecimento, por parte dos gestores, e mesmo dos usuários, que não compreendem quando os profissionais estão em treinamento e/ou capacitação e que a gestão proporciona poucas iniciativas de capacitação para eles, estes participantes já tem claro o papel da educação permanente em saúde como meio de qualificar a saúde.

Segundo o Portal da Saúde do MS (2015) a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma proposta ético-político-pedagógica que visa transformar e qualificar a atenção à saúde, desde os processos formativos até mesmo as práticas de educação em saúde, além de propor mudanças que favoreçam a melhora das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como forma de estimular uma maior articulação entre ensino, serviço e comunidade. A PNEPS é uma proposta que visa transformar as práticas do trabalho no sentido de desenvolver profissionais críticos em relação a sua formação e processo de trabalho, permitindo uma integração maior entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, sempre pensando em estimular o aprender e o ensinar na realidade dos serviços.

Percebe-se nesse relato que P9 reconhece relevância da EPS, e ainda reforça que não está acontecendo nem dentro da equipe e nem em forma de capacitações.

Olha nesse momento, nesse ultimo semestre foi mais dificultoso, quase não teve, pelo menos não chegou pra gente, o ultimo que eu fiz, que nos fizemos, foi em maio, junto com a UFPA um curso de doutorado em psicologia foi o ultimo, de lá pra cá eu acho que devido a crise, devido as eleições, ai não teve, então nesse momento a educação permanente de instruir a gente tá devendo, e a gente gosta de fazer cursos, porque a gente aprende novas teorias, conhece outras pessoas, conhece a rede, pra onde encaminhar, levar, procurar ajuda, e essa integralidade, essa rede de vai pra cá vai pra lá, ela se concretiza a partir do momento que tu conhece a pessoa, a dona fulana da saúde mental, quando a gente se aproxima, conhece o serviço, conhece as pessoas, essa rede de interligações fica mais fácil, quando a gente não conhece fica um vazio (P9).

Nesse sentido, a pesquisa de Lisboa (2011) demonstrou que é necessário fortalecer a educação permanente junto aos profissionais de toda a rede de assistência municipal, sendo possivelmente realizado através de capacitações envolvendo os diversos

setores e serviços, inclusive destacou que o próprio NASF pesquisado por ele havia sido implantado, mas não havia recebido até o momento da pesquisa nenhuma oferta de capacitação para os profissionais que fazem parte da equipe.

Quanto à qualificação profissional Araújo (2014) reitera que ela apresentou-se como ponto positivo em sua pesquisa, na medida em que notou-se o investimento, ainda que insuficiente, que a gestão local vem fazendo na formação e na capacitação de seus profissionais. Nesse sentido, destaca que foi realizado oficinas de qualificação da Atenção Primária envolvendo os gestores, todos os profissionais da APS e atenção secundária para compreenderem e provocar reflexões e discussões em relação ao trabalho desenvolvido por eles.

A respeito disso, P1 e P3 expressam seus pensamentos sobre educação permanente muito voltada a capacitações necessárias para articularem com suas práticas e com as demandas diversas encontradas no território.

Sim, eu acho que, eu até achava que a gente não ia ter muito essas capacitações, mas eu mesma já participei de algumas e até várias, de tuberculose, de hanseníase, essa que a gente fez até da síndrome de down, eu acho que a própria gestão tem investido nisso pra gente, porque realmente a gente entra numa área que a gente tem que saber um pouquinho de cada coisa e tu não sabes, principalmente eu que venho de uma área completamente diferente então eu acho que tem sido muito boa até, essas questões das capacitações teve muitas que eu não consegui participar por conta de horário, porque nem sempre a gente é liberado, mas eu acho que eles tem prestado bastante esse serviço de capacitações então nesse aspecto eu acho que tem sido bom, muito bom (P1).

A educação em saúde pra equipe eu acho importante essa educação permanente, essa formação permanente da equipe e o Nasf tem esse papel que deve desenvolver, então ela primordial e tem acontecido, e nem sempre que a gente almeja o público aparece, mais eu creio que traçando outras estratégias, mudando metodologias da educação, fazendo algo modificado, possa alcançar um número maior e melhorar o objetivo e alcançar o objetivo. Eu acho carente da própria equipe Nasf, eu que tive que procurar por fora, por fora que a gente vai, busca vem curso, vem outro, mas assim a gente ter uma formação não, joga um tema ah vocês vão ter que fazer um projeto álcool e outras drogas, aí claro que eu sei que a gente tem que ter procurar ter habilidade com diversos temas na atenção básica, mas nem sempre a gente está capacitada, aí então se viesse um antecipadamente pra preparar-nos e muitas vezes isso não acontece (P3).

Nesse sentido, Reis et al (2016) ressalta alguns achados em seu estudo com profissionais do NASF, o qual eles atribuem a falta de conhecimento do território à falta de capacitação voltadas para ferramentas possíveis de lidar melhor com tais necessidades. Eles perceberam ainda necessidade de capacitação em conceitos e abordagens da epidemiologia, planejamento e relacionadas ao trabalho em equipe multiprofissional.

O discurso de P11 é um dos únicos que mais se aproxima da ideia de EPS e compartilha ainda a importância da integração ensino-serviço-comunidade em seu discurso.

Brasil (2009) afirma que a EPS é praticar a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar fazem parte do cotidiano dos serviços. A educação permanente visa uma aprendizagem voltada para a realidade e para o que de fato acontece no dia a dia das pessoas e das organizações para que desta forma possa influenciar na transformação das práticas profissionais. Os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm são valorizados e compartilhados nesse processo, a aprendizagem se dá com a problematização do próprio trabalho exercido, considerando as necessidades de saúde das populações. Existe uma comissão que integra Ensino-Serviço numa proposta de cogestão dessa política, com objetivo de fornecer projetos que influenciem em mudanças na formação desde técnica até a pós-graduação e também no exercício dos trabalhadores para um melhor desenvolvimento dos serviços de saúde.

Uma coisa eu acho assim muito bonita quando a gente pega aqueles materiais do MS pra ler essa parte de educação permanente, é que quando a gente lê lá que, eu sou terapeuta ocupacional, tem o psicólogo, e o psicólogo faz usa uma abordagem que eu nunca vi, nunca parei pra ler, e ele se torna um ponto de partida pra através da pratica dele pra eu ter interesse, como é essa técnica, essa abordagem, qual é essa teoria e aprender com ele, isso no dia a dia, e assim com outros profissionais, eu na minha avaliação, eu tenho aprendido muito nesse processo todo, com os profissionais assim eu procuro conversar bastante com eles, atender com eles, tentar entender o que eles fazem, porque que eles estão fazendo isso, e sempre conversar, isso é bom, ter no dia a dia esse contato, mas eu acredito que não são todos que se oportunizam a isso, a buscar isso, porque pelo menos eu tenho esse sentimento, e isso é uma das coisas que mais me gratifica dessa área, é porque eu me sinto aprendendo a cada dia, eu me sinto aprendendo coisas novas com profissionais, com estagiários que chegam, eu me sinto, tanto que por exemplo o estagio que a gente recebe me motiva muito mais, porque a gente tá numa posição de preceptor, então isso pede que a gente esteja a um passo a frente para orientar, mostrar o caminho pra eles, então isso é bacana incentivar a buscar, mas tem que se oportunizar, mas não são todos, talvez até a maioria, mas tem que ter os espaços formais, tem que ter no nosso calendário, e a politica ela recomenda que a gente tenha uns dias específicos pra tá fazendo isso, juntando a equipe, como a gente não consegue juntar a equipe a gente não consegue ter espaços formais, hoje a gente não tem um espaço formal que a gente junte só a equipe pra fazer algum trabalho de educação permanente (P11).

Assim como P11, Shimizu e Fragelli (2016) acreditam que deve ser estimulado a criação de espaços formativos dentro dos serviços, inclusive nos Nasfs, de modo que faça aprendizagem significativa produzindo autonomia aos trabalhadores, e formando espaços para discussões e trocas de experiências e dessa forma vir a modificar o processo de trabalho. Entretanto, como resultados, estas autoras, encontraram serviços que ainda não executam a utilização da aprendizagem coletiva dentro dos locais de trabalho.

Nesse sentido, vale ressaltar que AB, prioriza pelo estímulo a formação continuada dos profissionais, assim como com o incentivo ao trabalho em conjunto com diferentes áreas no intuito a valorizar sempre a capacitação destes trabalhadores, já que é de

responsabilidade das três esferas de governo tal estímulo e incentivo a práticas de EPS (ANDRADE et al, 2012).

## 6.4 A RELAÇÃO DO NASF COM SUA PRÓPRIA EQUIPE E COM AS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA.

### 6.4.1 O trabalho em equipe do NASF

O trabalho em equipe multiprofissional como do NASF, torna-se uma tarefa complexa de ser conduzida no dia do processo de trabalho em saúde, visto que muitas equipes não dispõem de capacitação para tal trabalho. Isso foi descrito nas diretrizes em Brasil (2010) o qual destaca que a maior parte dos profissionais de saúde não tem formação básica que valorize o trabalho em equipe. No decorrer desta análise será visto que os profissionais entrevistados em sua maioria que conseguem desenvolver o trabalho com união e respeito e valorização ao colega e sua profissão, porém vamos encontrar alguns profissionais mais críticos e reflexivos do seu processo de trabalho, que vão destacar a difícil tarefa de se trabalhar em equipe. Como o P1 que refere em seu discurso tal dificuldade.

Acho que é um trabalho muito difícil, o nosso Nasf começou com 6 profissionais já foram trocados 4 e sempre eu encontrei muita dificuldade pra trabalhar em equipe, porque eu acho que o Nasf é um dos papéis/fatores principais esse trabalho em equipe, porque a gente realmente vê o usuário em toda a sua dimensão e a gente não tem conseguido fazer isso, pelo menos eu não tenho encontrado isso na minha equipe com todos da minha equipe, então até hoje eu acho que o trabalho em equipe não funciona como deveria funcionar a gente não consegue fazer o trabalho inter e trans, a gente é multi apenas, são várias pessoas mas que nem sempre estão trabalhando em prol do mesmo objetivo, eu acho bem complicado, que foge do que realmente eu vejo do que é o Nasf (P1).

Pereira, Rivera e Artmann (2013) compartilha da mesma ideia da profissional 1, no que diz respeito a interdisciplinaridade, no seu estudo os entrevistados destacaram a importância da necessidade de formação voltada para a perspectiva da interdisciplinaridade dentro da formação acadêmica e a potência formativa do trabalho em equipe.

Gonçalves et al (2015) corroboram que atuar em equipe não é uma tarefa fácil, assim como desenvolver ações inerentes a proposta da portaria que cria os NASF, porque são ideias novas e que propõe desafios no cotidiano do trabalho como por exemplo: desempenhar ações e atendimentos compartilhados, realizar atendimentos de grupo são atividades que nem todos os profissionais que atuam na área da saúde têm experiência ou formação para realizar.

De acordo com Brasil (2010) o trabalho voltado à interdisciplinaridade é o que envolve as diversas ações, saberes e práticas. Disciplinas implicam condutas, valores, crenças, modos de relacionamento que incluem tanto modos de relacionamento humano quanto de modos de relação entre sujeito e conhecimento. A interdisciplinaridade pressupõe o envolvimento constante entre os diversos saberes. Nessa relação o exercício frequente é aprende com o outro. Deve ser executado por meio do compartilhar de experiências, com troca de saberes e responsabilidades mútuas, implicando numa experiência única e com uma bagagem que repercutirá nas ações e serviços dos profissionais envolvidos.

Silva et al (2012) reitera sobre o trabalho em equipe multi e na tentativa de se fazer a transdisciplinaridade no NASF, quando diz que é no início que ocorre o acúmulo de conhecimentos isolados, pois os profissionais não têm ainda experiência sobre sua atual realidade, sendo apenas uma relação multidisciplinar. Porém, no desenrolar das ações, haverá uma integração com as equipes de saúde e o conhecimento sobre o território, suas demandas, será provável que já se construa novos saberes que se entrelaçarão de forma dinâmica, indo assim a caminho da transdisciplinaridade.

Para o profissional 1 o trabalho em equipe tem seu ponto negativo, no que diz respeito a execução do trabalho ou melhor na não execução do trabalho com qualidade, visto que a equipe não se planeja antes de executar suas tarefas.

Só que tem uma coisa que me incomoda um pouco que também é uma equipe que não se planeja, não consegue se planejar, e por não conseguir se planejar a gente acaba trabalhando muito, eu sempre costumo falar, que é apagando incêndio, ou seja, quando surge a necessidade que não dá, surge uma questão pra fazer, e aquela demanda por exemplo, ninguém se responsabiliza, ninguém toma frente, e vai passando até que chega uma hora que de repente vem o coordenador exige ou a própria família e faz uma confusão, ou não vem cobrar os seus direitos de atendimento, e essa cobrança de repente veio de forma agressiva, imponente, ai lá vai, todo mundo ter que, agora a gente tem que dar alguma resposta e essa resposta sai assim, sem planejamento, então por isso que eu considero regular, por considerar o planejamento fundamental, o que é de positivo da equipe até tá relatado ai em algum ponto, isso nos leva a avançar pro satisfatório, muito satisfatório, mas essa questão nos coloca pra baixo nessa questão de se tornar uma equipe mais regular, com potencial pra ser melhor, mas ai são vários fatores que eu não sei dizer porque que a gente não consegue trabalhar assim de forma mais planejada, não sei se é falta de planejamento, como se fazer isso, ou se tem o conhecimento ou é a falta de vontade, interesse, enfim, tem vários elementos que eu ainda não parei pra analisar (P11).

Nesta perspectiva, no trabalho de Pereira, Rivera e Artmann (2013) quando os profissionais são perguntados sobre o trabalho em equipe sobressai, nas falas, a seguinte compreensão: cooperação, colaboração e divisão de responsabilidades. Também apareceu o resultado de que ao trabalhar em equipe, obtém-se resultados superiores aos resultados

individuais, e por isso, há influência positiva na eficácia e a eficiência do atendimento prestado à população. Houve destaque ainda na fala dos participantes no que se refere à característica do trabalho em equipe, onde esta deve ser formada pela linguagem e objetivos em comuns por todos os profissionais envolvidos no caso. As falas dos profissionais dos NASF estudados parecem estar na contramão de tais características, na medida em que os profissionais citados tecem críticas a sua equipe quando relatam que não tem planejamento e que suas ações não são em conjunto, em prol de um mesmo objetivo, isso deve influenciar na eficácia e na eficiência dos atendimentos prestados a população.

Sobre a importância do planejamento entre as equipes Andrade et al (2012) acrescenta que o planejamento entre as equipes é fundamental para que as atividades sejam realizadas de acordo com os objetivos propostos. Ao se planejar é possível prever o que pode influenciar positivamente e negativamente uma ação, e desta forma se preparar para os imprevistos que possivelmente podem acontecer.

A Profissional P3 enfatiza que em sua formação não enfocou a importância do trabalho em equipe Multi, e que isso implica na conduta do profissional que não encontra-se capacitado para tal tarefa.

Bom eu acho que não é um trabalho fácil, até porque a nossa graduação não enfoca isso, eu acho que currículo, estratégia de formação de ensino elas tem que ser modificadas pra contribuir para o profissional sair com outro olhar, com uma outra postura, com outra atitude pra facilitar esse trabalho em equipe e assim entre os profissionais do Nasf eu até vejo uma certa união, uma facilitação no processo de comunicação, porque as reuniões acontecem, as reuniões de matriciamento, as reuniões pra processo de trabalho elas acontecem (P3).

A respeito da formação profissional Arantes, Shimizu e Merchán-Hamann (2016) comenta que ela tem sido um fator que dificulta, pois ainda está muito voltado aos aspectos técnicos. Além disso, ainda permanece a valorização da doença e da formação especializada, pois os conteúdos curriculares pouco se preocupam em abordar dimensões subjetivas, preventivas e sociais. E muito menos prepara-los para trabalhar em equipe multiprofissional, transdisciplinar e interdisciplinar. Apesar de vários esforços na tentativa de capacitar os profissionais, como as residências multiprofissionais, ainda é pouco que se faz para impulsionar a consolidação da ESF/NASF/APS.

Nesse sentido, Pereira et al (2013) ressaltam a importância que desde a graduação seja estimulado uma formação voltada para a perspectiva da interdisciplinaridade como também seja incentivado a formação com base num trabalho em equipe. Afirmam ainda que a educação interprofissional, é importante para a formação de profissionais mais capacitados, pois é por meio das interações entre estudantes de diferentes profissões que acontecerá o

desenvolvimento dos serviços de saúde. Com base nisso, espera-se que implique de forma positiva na formação de profissionais mais aptos a desenvolverem práticas colaborativas e de trabalho em equipe, bem como desenvolverem ações cotidianas voltadas ao bem estar e saúde da população.

A respeito do desenvolvimento do trabalho em equipe multi, o profissional 8 destaca que não havia trabalhado assim antes e essa integração vem permitindo que ele conheça e compreenda as várias profissões e o que cada um desempenha e pode contribuir com as demandas surgidas no território. O profissional 2 também reitera sobre a questão da multidisciplinariedade ressaltando que o trabalho integrado permite uma maior atenção e qualidade no atendimento seja ele individual ou coletivo. Nesse contexto, Nascimento (2014) revela um aspecto encontrado em seu estudo como sendo favorável para o bom andamento da equipe que é a troca de conhecimento entre equipe multi, pois permite trocas de disciplinas e de experiências. Os profissionais do estudo destacaram que atuar na perspectiva da interdisciplinaridade fortalece o cuidar da equipe Nasf e da ESF, é nesses momentos de discussões e planejamentos que acontecem as trocas de saberes.

Mas a gente não tem assim uma noção do que é uma equipe multidisciplinar em saúde, eu vim aprender aqui muitas coisas, com nossos colegas, a valorizar a profissão, a conhecer outras profissões como Terapeuta Ocupacional (TO) que eu não sabia que existia essa profissão e outras profissões que encaminham pacientes e isso nos dá a impressão de que é uma rede de assistência que se expande e que auxilia muito no tratamento na saúde, essa é uma observação minha e a gente percebe que isso é muito importante, mas ainda precisa de uma engrenagem mais consistente mais próxima pra que ela de fato funcione bem (P8).

A relação entre a equipe toda ela é muita importância não só pro paciente mas como pra gente pra nossa formação, por exemplo quando eu entrei, eu tive meu primeiro contato com TO, eu não sabia o que o TO fazia, então o que o TO faz? Qual o papel da fisioterapia? E vice versa. Então quando a gente entra acaba vendo a questão da multidisciplinariedade com uma abordagem muito maior e que também vai servir de uma outra forma pro nosso paciente, por exemplo tem um paciente que tá fazendo uma atividade física, mais ele não tem coordenação, ele tá conseguindo desenvolver, então faz a demanda pra TO, faz demanda pra psicóloga, pra fazer todo um acompanhamento com o paciente, a gente trata o indivíduo como um todo. Já esse daqui faz atividade legal mas não tá conseguindo emagrecer, aí já chama a nutricionista e não só as intervenções como as palestras (P2).

A profissional 6 destaca a união em equipe como sendo um ponto forte da sua equipe, Lancman et al (2013) destaca essa característica nas equipes NASF pesquisadas, ressaltando que para superar as dificuldades no processo de trabalho, a equipe NASF utiliza de estratégias coletivas, no intuito de buscar coesão entre seus membros, apoiando-se mutuamente no cotidiano do trabalho. É uma forma de eles lidarem com os desafios, assim eles se articulam, refletem e promovem atividades de reflexão sobre suas práticas,

compartilham entre si as dificuldades que enfrentavam com as EqSFs, com o território, com a carência de recursos materiais.

É um trabalho muito complicado você trabalhar em conjunto, a gente sempre fala que nós tivemos muita sorte, porque nós do Nasf somos muitos unidos, e um concorda com outro e sempre entra no consenso, não tem aquele negocio, eu vou trabalhar sozinho, eu vou fazer minha parte, a gente trabalha em conjunto realmente, em equipe, então eu digo que o nosso Nasf tá de parabéns porque a gente nunca teve problema nenhum, sempre trabalhou em equipe (P6).

No estudo de Nascimento (2014) com profissionais do NASF e gestores identificou-se que para os profissionais a integração entre eles foi considerada relevante, já que surgiu como componente das falas de todos os grupos estudados como ponto principal que pode favorecer e qualificar o trabalho na AB e SF, ressaltaram ainda a necessidade de integrar e estreitar os vínculos entre a equipe para que o trabalho aconteça de fato.

O profissional 5 também tece comentários semelhantes a P6 no que diz respeito a cultivar uma boa relação entre equipe, ressaltando a importância do respeito e valorização do papel e opinião do outro no sentido a contribuir para a construção de práticas de saúde voltadas para o bem estar da população.

A nossa relação é muito boa entre a equipe Nasf, não tenho do que reclamar. Dos meus parceiros, quando existe uma percepção diferente a gente tenta entrar no mérito de olhar pra percepção dos dois lados, ou dos vários lados, então de alguma forma existe a noção de respeito, e é isso que eu gosto da nossa equipe de respeito e valorização do olhar do outro, por isso que eu gosto muito da equipe que eu trabalho, acho que eu sou o mais novo da minha equipe, mas eles me respeitam, assim como eu respeito muito eles, quando tu confirma e valoriza a percepção do outro é que existe uma equipe, é porque tem muita equipe que não é um grupo. Mas a nossa equipe é um grupo, um grupo de pessoas voltadas pra saúde da comunidade, então a gente procura se unir em prol do nosso trabalho (P5).

De acordo com Santana et al (2015) para o estabelecimento de uma relação entre profissionais de caráter interdisciplinar, são necessárias atitudes entre eles como, o reconhecimento da importância de cada profissão, respeito a cada profissional, tolerância, aceitação de sugestões, saber ouvir, ética, atitudes de respeito às limitações de cada profissão, comprometimento com o usuário, com seu serviço, humildade, respeito às diferenças são características essenciais para um bom andamento de uma equipe multi.

#### **6.4.2 Relação NASF e ESF**

Ao se discutir as relações estabelecidas entre equipe NASF (equipe de apoio) e equipe ESF (equipe de referência) que perpassam pelo contexto do trabalho em equipe na



APS, percebe-se uma gama de questões, que vão desde o desconhecimento da função de cada equipe até o campo da organização dos processos de trabalho. Com base nessa variedade de situações, serão discutidos os principais pontos elencados pelos entrevistados do presente estudo.

A princípio o debate transcorrerá a partir daquilo que foi mais citado na fala dos participantes, que foi justamente falas voltadas ao início do trabalho do NASF, a implantação dificultosa por conta da não compreensão do trabalho e falta de parceria entre as equipes.

No começo foi aquela situação do novo, de saber o que era, eles se afastaram um pouco, mas agora tá tudo normal (P6).

No começo eles não entendiam muito o que era o Nasf, os ACS tinham dificuldades, eles pensavam que a gente tinha que fazer atendimento ambulatorial, não entendia que o nosso papel era de orientação, de prevenção, mas hoje tá tranquilo (P7).

A fala de P7 demonstra a preocupação do Nasf não se desvirtua do seu papel, e não assumir as características de outros serviços. Resultado semelhante foi apresentado por Silva et al (2012) no qual os participantes relataram apreensão do NASF não assumir o papel dos outros níveis de atenção, apesar das filas de espera para atendimento em serviços de atenção secundária.

Nesse sentido, Cunha e Campos (2011) asseguram que a falta de serviços de saúde especializados pode contribuir para um funcionamento equivocado do NASF, que com intuito de lidar com a falta de serviços necessários a população, mas que estão indisponíveis e sem acesso adequado podem comprometer seu real papel dentro da APS.

Outra pesquisa que encontra essa dificuldade na compreensão do papel/objetivos do NASF é o estudo de Gonçalves et al (2015) que constata que alguns profissionais do NASF tinham suas agendas comprometidas com um número elevado de atendimentos individualizados, isso ocorria não só pela dificuldade de encontrar serviços especializados na rede de saúde, mas também devido à falta de entendimento do papel do Núcleo por parte da ESFs e de profissionais do próprio NASF.

No trabalho de Souza (2015) sobre essa relação NASF e ESF, ele encontrou como resultados, que há um descompasso nas percepções das equipes onde a equipe de referencia se diz insatisfeita pelo trabalho que o NASF desenvolve muito voltado para palestras e pouco tempo destinado para consultas, enquanto que o apoio não sente-se valorizada em desenvolver um ações de caráter preventivo e de promoção da saúde.

Outro aspecto interessante surgiu na fala do P5 no que concerne ao trabalho do ACS, visto que este trabalhador faz parte da ESF como uma peça fundamental para o

andamento do trabalho, e para o NASF ele é o elo de ligação, trazendo para a equipe as demandas encontradas em sua microárea.

E a relação com a saúde da família é uma relação boa, de respeito, se não existe demanda é difícil trabalhar, não tem como saber o que está acontecendo na rua tal, se o ACS não me diz, eu não vou descobrir, porque ele que acaba dando noção mais ou menos de onde as pessoas estão precisando de cuidado, daí trabalha-se também em equipe, porque o ACS faz parte da nossa equipe, se não existe ACS, não existe trabalho praticamente, porque o ACS desenvolve pra equipe mais ou menos onde está necessitando de cuidado, de uma visita ou de um profissional voltado especificamente para aquilo, eu avalio uma relação muito boa tanto entre os profissionais do Nasf e quanto com os profissionais da saúde da família, claro que tem que melhorar em muito aspectos, não vou te dizer ah é perfeito, não. Acontece de haver conflitos em alguns momentos, mas conflitos pra buscar melhorias a cerca do trabalho oferecido pra comunidade (P5).

Problemática parecida com esta, a falta de articulação entre ESF e NASF, foi encontrada nos achados de Souza (2015), destacando a dificuldade de comunicação como um aspecto que tem impedido uma melhor relação entre as equipes. Foi destacado que o NASF depende do trabalho da enfermagem para gerar a circulação das informações, porém quando não se tem o apoio das enfermeiras, o elo fica fragilizado. Os profissionais ainda acrescentam que se o trabalho do núcleo só depender dos ACS não avança, pois não há um envolvimento deles com as atividades do NASF.

Nesta perspectiva, Gonçalves (2015) ressalta que os NASFs, por serem núcleo de apoio, dependem muito da parceria com as eSFs para que o trabalho aconteça. Contudo, o relacionamento inadequado entre as equipes podem atrapalhar esse processo. Ações que interferem na dinâmica dos serviços de saúde são: o descumprimento de agendas individuais e coletivas, falta de reuniões em equipe para revisão de PTS e Projetos de Saúde no Território; a facilidade e/ou dificuldade de cada um deles em compartilhar algumas ações, entre outras.

Para Andrade et al (2012) sobre o trabalho em equipe, este não deve ser compreendido como apenas uma aglomeração de profissionais que estão em um mesmo serviço, é necessário que se estabeleça uma relação interativa entre os trabalhadores, com troca de conhecimentos e experiências, articulados para produzir saúde no território em que estão localizados, costurando esse vínculo com base em dimensões complementares de trabalho.

No que se refere ao trabalho em conjunto nota-se que no início havia o imaginário de fiscalizar o trabalho do outro presente na fala de P1, porém isso foi modificando, a compreensão de que o NASF está a de que ele está ali para sobrecarregar a ESF começa a ser substituída pela ideia de soma de ações e praticas voltada para a saúde individual e coletiva.

Na Esf já ate melhorou muito perto de quando a gente chegou, porque quando a gente chegou parecia que a gente ia fiscalizar ia trazer mais trabalho e hoje em dia não, a gente já vê que funciona um pouco mais esse trabalho em conjunto, principalmente com as enfermeiras que estão atualmente, tem feito esse trabalho, tem acionado bastante até o Nasf, mais eu acho que ainda falta, talvez por essa questão de acharem que a gente tá trazendo mais trabalho, que tem que ir atrás de demanda na tentativa de formar grupos, eu não vejo que a maioria dos agentes comunitários de saúde estejam envolvidos com isso e com seu próprio trabalho, então eu acho que falta um pouquinho também ai, embora já tenha melhorado bastante (P1).

Na pesquisa de Silva et al (2012) houve consenso entre os trabalhadores entrevistados quanto a opinião do Nasf não apenas como solução de todos os problemas, mas como parceiro para achar soluções, sempre pensando na corresponsabilização e na elaboração de um plano terapêutico conjunto. Desta forma, a sobrecarga que as equipes de saúde da família já enfrentam seria minimizada com o compartilhamento do cuidado.

Para alguns participantes do estudo superou-se a etapa inicial e a relação já se estabelece de forma mais cordial e integrada. Como observa-se na fala de P9.

Esf tá bem melhor, a gente tá num momento melhor de parceria, com mais escuta, com mais devolução, com mais entendimento, agora ainda com os ACS tem alguns atropelos, eles ainda dificultam um pouco (P9).

A respeito disso, Pereira, Rivera e Artmann (2013) comenta que o trabalho em conjunto e de forma articulada, permite as equipes de saúde ampliar sua capacidade de cuidado e de resolução dos problemas de saúde, pois dessa forma amenizam as dificuldades encontradas com o acesso, com a rede, proporcionando uma atenção mais integral, no sentido a permitir a corresponsabilidade de ambas as equipes NASF e ESF.

O discurso da profissional 3 é assertivo quando refere que muitas equipes de referencia (ESF) não veem o NASF como um apoio positivo, já que são mais profissionais, segundo ela tem que haver uma mudança no olhar, mais voltado a parceria e resolução de problemas. Enquanto que o P11 reforça que o trabalho do NASF foi ganhando visibilidade na ESF e na comunidade com o passar do tempo, porém ainda existe falta de planejamento e dificuldade no dialogo com as ESFs, fato este que influencia diretamente na qualidade dos serviços oferecidos à população.

Já com a equipe de estratégia, equipe de referencia a gente tem um pouco de dificuldade, eu vejo ate porque primeiro pela rotina deles, é bem né, tem aquela rotina, então é difícil conseguir quebrar ou tentar um espaço, ter uma adesão, eu vejo que muitas equipes de estratégias não veem no nasf de forma positiva, é mais profissionais, não tem espaço, não tem isso, então enquanto não tiver uma mudança de olhar, vê que nos temos limitações, que nós precisamos de outros profissionais pra estarem atuando em conjunto e dando resolução nos caso dos usuários, ou da família, ou da comunidade, enquanto eu não ter essa percepção, eu acho que é difícil e o processo de comunicação, eu acho que melhorou muito a própria tecnologia

ajuda nessa comunicação em facilitar e não ter muita burocracia nos atendimentos, encaminhamentos, mas acho que ainda falta falarmos melhor assim, falarmos a mesma língua, de forma mais harmônica, vamos dizer convergindo pro mesmo objetivo, acho que falta (P3).

Então fazendo uma análise desse processo todo de dois anos e oito meses era muito novo pra muita gente, inclusive pros enfermeiros, médicos, agentes comunitários, equipe de referencia, lidar com o Nasf e até mesmo apesar da capacitação que a gente teve inicial, que até foi planejado fazer algo mais, bem maior, mais impactante assim, a gente teve essa dificuldade de todo dia explicar, mais também pros novos que estavam tendo a primeira experiência de estudar, buscar entender o que era, e a gente foi ganhando o espaço, e ainda assim com dificuldades, em relação a conseguir planejar junto com as equipes, mas a gente foi ganhando esse espaço, muito por conta da necessidade da população, que começava a apresentar a necessidade do terapeuta ocupacional ou do fisioterapeuta, porque tinha o encaminhamento de repente que veio de um medico, que precisava da demanda daquele profissional[...],isso foi ajudando, só que esse avanço se limitou também, muito por conta da questão de planejamento, então existe essa dificuldade de dialogo entre as equipes, entre a gestão, então tem períodos assim, que a gente começa a se articular bem, mas basta acontecer alguma coisa que afeta o relacionamento de todo mundo, ai passa aquele período meio que sem se falar, ai vai retomando, dando uma nova chance, a gente fica sempre nesse movimento, nessa oscilação, se fosse pra conceituar eu diria que existe um trabalho regular da equipe (P11).

Gonçalves et al (2015) reitera que o trabalho entre NASF e ESF deve acontecer em parceria. Porém o que ocorre é que o processo de trabalho de ambas as equipes são diferentes em relação à: gestão; produtividade exigida; tempo para a realização das tarefas; demanda prevista; ferramentas utilizadas, entre outros. Isso interfere na dinâmica do trabalho, dificultando o trabalho em conjunto. O autor propõe uma revisão na legislação de ambas as propostas, no sentido de integralizá-las, minimizando as diferenças entre elas, aumentando os esforços para um cuidado integral em saúde.

A respeito disso, Souza (2015) com base em resultados encontrados, comenta que o vínculo entre as equipes ainda é frágil, pois muitos profissionais da ESF não se envolvem com os trabalhadores de apoio, ficando alheios ao desenvolvimento das suas atividades. Isso permite o desenvolvimento de práticas desarticuladas, o que interfere na efetividade das atividades desenvolvidas.

Opinião diferente a essa foi encontrada no Estudo de Bezerra (2013) no qual importância do trabalho do NASF foi relatada por um profissional da Saúde da Família, revelando que após um período de descrédito, hoje reconhece a contribuição de cada um dos membros dessa equipe, que ajuda muito nas ações, no atendimento com a comunidade. Isso só ocorreu após a superação das resistências que foi transformada a partir da construção do dialogo entre as equipes, sempre no intuito de encontrar um objetivo em comum, o cuidado à saúde da população, superou-se a descrença e pôs em evidência reconhecimento do trabalho de cada profissional.

## 6.5 AVALIAÇÃO DO DISPOSITIVO SOB O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DO NASF: O QUE OCORREU COM A CHEGADA DESTES DISPOSITIVOS NA ESF, NA ATENÇÃO BÁSICA, NO TERRITÓRIO, NA COMUNIDADE.

De acordo com o discurso dos entrevistados, quando perguntado sobre sua avaliação desse dispositivo depois de implantado relatam que:

Esses dois anos e oito meses, eu percebo que a gente ainda fica aquém de alcançar esses objetivos, a maior dificuldade que eu vejo nem é a competência individual de cada um profissional, a gente tem bons profissionais, o nasf contém especialidades que são muito importantes pelo panorama que a gente vê dos indicadores de saúde, e perfil epidemiológico de Belém, são profissionais que estão totalmente de acordo com aquilo que a população precisa e as vezes até tem lugares nasfs que precisam de outros, mas ainda não tem, eu acredito a maior dificuldade tem sido conseguir trabalhar em equipe, em fazer esse trabalho em equipe, ainda é um empecilho muito grande, que eu até procuro sempre, tenho estudado, pensado, refletir porque que é tão difícil se conseguir assim uma união de interesses da equipe (P11).

No estudo de Pereira (2013) sobre o trabalho em equipe na ESF no município do Rio de Janeiro obteve como resultados que o trabalho em equipe na ESF surge como possibilidade para uma prática mais comunicativa e cooperativa na qual os profissionais reconhecem o trabalho do outro e compartilham objetivos, havendo integração entre a equipe no sentido a trilharem caminhos que dialoguem, diferente da equipe de P1, o qual relatou acima, que impedimento ao andamento do trabalho muitas vezes é a não convergência de interesses entre eles, o que implica num não trabalho em equipe.

Já outro discurso, aborda que os avanços são poucos, pois o território coberto é grande, refere que nas ações educativas não tem muito como mensurar essa melhora, mas nas visitas domiciliares percebe melhor o resultado das orientações e encaminhamentos.

Assim, eu acho que bem sutil ainda, como nos estamos ainda há pouco tempo, eu acho que nos não conseguimos atingir todo esse território do que é o Nasf, a gente ainda encontra muito nas esf, principalmente na educação em saúde, quando a gente se apresenta que tem muita gente que não conhece que nem sabia que existiam esses profissionais dentro da própria esf, ainda não mudou muito por conta dessa questão de divulgação até por conta da própria esf, não sei se esquece de ver, a gente ver até pela questão das demandas que nem sempre a gente é acionado, então eu acho que falta mudar, o que mudou foi muito pouco e não dá pra perceber tanto assim, porque foram poucas pessoas que foram atingidas pro que a gente deveria atingir, então não vejo muita mudança não. Como prevenção e promoção ela é muito difícil eu acho que ela interfere muito mais quando a gente faz as visitas domiciliares, porque é lá que a pessoa já tá com certo problema e a gente vai pra tentar orientar e solucionar e é quando a gente faz os encaminhamentos e que nem sempre eles vão também, por varias questões, eu acho que o que a gente percebe mais nessa modificação é realmente nessa questão dessas orientações que a gente dá dentro das visitas ou consultas individuais em que a pessoa já tá com algum problema, alguma patologia e que precisa de alguma solução, alguma orientação ou avaliação, então é nesse

sentido que tem aparecido mais, tem contribuído mais a gente consegue ver melhor esse resultado (P1).

Nesse sentido, Nascimento (2014) afirma que a atividade que mais se aproxima do marco legal normativo e das concepções do apoio matricial é a visita domiciliar. Acrescenta ainda, que percebeu que as atividades desenvolvidas pelo núcleo estudado se distanciam do marco normativo e conceitual. Na maioria das declarações nota-se uma ausência de uma articulação e/ou integração entre ações de suporte assistencial e pedagógico, sendo um tipo de atividade mais frequente o atendimento individual.

Ainda no contexto da visita domiciliar, ela aparece no estudo de Lionello et al (2012) como um espaço de trabalho para os profissionais na ESF, o qual irá mergulhar nas possibilidades de cuidado à essa família, entendendo o contexto domiciliar e nele interferindo através de medidas de cunho educativo até assistenciais com intuito de promover ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, sempre trabalhando com os familiares a sua autonomia tornando-os capacitados para exercer o seu próprio cuidado. Essa ferramenta é bem interessante e passou a ser compartilhada por ESF/NASF, e o cuidado em saúde através das visitas passou a ser mais exercido, principalmente para quem não pode acessar a unidade física da estratégia e precisa de orientações da equipe de apoio e da de referencia.

A visita domiciliar é uma prática muito executada pelos profissionais do NASF junto a ESF, porém no caderno 39 de 2014 ele aborda esse procedimento com suas características com a seguinte temática atenção domiciliar à saúde, sendo uma modalidade em prospera na AB e muito executada pelas equipes ESF/ NASF. Tem como pontos fortes e centrais o paciente, a família, o cuidador, o contexto domiciliar e a equipe multiprofissional. Os atendimentos domiciliares devem ser compartilhados, no entanto o que se observa é que acontecem por muitas vezes apenas com os profissionais do NASF e o ACS, poucas vezes o medico ou o enfermeiro compartilha este atendimento, já que fica ainda muito atrelado aos atendimentos individuais na ESF. Estes atendimentos podem apresentar-se na forma de recurso diagnóstico na fase de avaliação inicial, ou recurso terapêutico na fase de intervenção ou ainda no acompanhamento longitudinal dos pacientes (este último tipo bem comum na prática dos profissionais do NASF). Alguns aspectos devem ser considerados para um bom atendimento domiciliar, como a observação e comunicação por parte do profissional que realiza o apoio devem estar aguçadas neste momento, uma vez que o domicílio é o local próprio e privativo da família, e por isso é importante manter-se o respeito ao contexto cultural e pessoal. O agente comunitário de saúde é o profissional que contribuirá bastante

para que esse atendimento seja realizado da melhor forma possível, sempre de acordo com o horário familiar e a comunicação a família, como também no acesso livre a comunidade.

No discurso P3 fica claro os pontos positivos ressaltados por ela com aumento do grupo, melhor adesão, como também reitera que as orientações dadas nas visitas domiciliares são executadas e recebidas nas ações educativas são executadas gerando dúvidas e maior procura pelos profissionais do NASF.

Em algumas Esf a gente tem alcançado vários pontos positivos, de aumento do grupo, de um grupo de prevenção e promoção ou até mesmo de criação e adeptos/adesão do grupo creio que não de todas as Esf [...] os atendimentos domiciliares, as orientações que a gente passa em domicílio, muitas vezes a gente a gente perde, mas muitas vezes são acolhidas, são praticadas quando a gente retorna naquela residência a gente vê que muitas coisas mudaram a adaptação da casa, a gente vê certas alterações, na educação em saúde, a procura quando a gente orienta determinada situação, a gente vê que aumenta a procura em relação ao tema que foi abordado, então quando a gente fala em atividade física a gente vê pessoas procurando fazer atividade física com a gente nos grupos de atividade física, ou de alimentação saudável procurando saber se está no peso adequado, então eu acho que tem esse feedback (P3).

Na fala citada acima percebe-se o olhar diferenciado deste profissional no que diz respeito às ações desenvolvidas com enfoque na prevenção e promoção em saúde, atendimentos grupais, educação em saúde, o que difere de muitos outros trabalhos a nível de Brasil que os profissionais do núcleo por todo um contexto acadêmico e de processo de trabalho verticalizado arraigado, ainda executam práticas individuais e puramente curativas. Mas o papel do Nasf é o de incentivar a mudança e realizar ações que colaboram com um modelo ampliado de saúde, resolutivo e integral.

As profissionais entrevistadas no estudo de Farias (2012) já apresentam o interesse e a preocupação de mudar a forma com que elas estão atuando na AB, e já vem trabalhando na diminuição dos atendimentos individuais e a inserção e valorização dos atendimentos em grupo e de ações intersetoriais, isso demonstra que estes trabalhadores estão cientes que o processo de mudança do modelo assistencial é importante e indispensável, porém às vezes esbarram em práticas que reforçam o modelo hegemônico, então entende-se que essa mudança vai além de mudar práticas individuais, é necessário uma reorientação nos processos de gestão institucional.

Contudo esse não é o perfil de muitos NASFs pelo Brasil, no estudo de Sampaio et al (2012) com seis equipes de apoio do município de Campina Grande, ficou claro que por uma conduta a nível de gestão desde o processo de implantação, optou-se por trabalhar com um modelo de organizar e gerir os serviços que reproduzir o modelo assistencialista focado na atuação individual, com foco na cura.

Em relação à avaliação que os profissionais fazem sobre o NASF e sobre as atividades que realizam, foi observado que os relatos de P10, P7 e P2 convergem quando falam que houve melhora significativa na qualidade de vida dos participantes dos grupos, onde os mesmos se encontram mais informados sobre questões e cuidados em saúde e prevenção de doenças e agravos.

Melhora a qualidade de vida deles, não tem jeito, é isso que a gente observa né, se a gente fosse pegar e fazer uma estatística de como a vida das pessoas eram antes do Nasf e depois, dentro da comunidade, e principalmente dos grupos, das pessoas que acompanham a gente desde do principio, você vê uma melhora significativa[...]mas isso é o que a gente mais ver é a melhora, é muito difícil você vê uma pessoa regredir, eu acho que nunca eu nem vi, eu nunca vi, eu só vejo as pessoas melhorando, e trazendo mais gente, porque a gente fala, você pode chamar quem você quiser, seu filho, sua neta, você pode trazer que a gente vai atender, a gente tá aberto ao publico (P10).

Então acho que a população ficou mais informada com relação a varias coisas, principalmente o nosso grupo que é grande, quando a gente faz palestras, como a gente segue o calendário do ministério da saúde e agente orienta, e eles procuram se eles têm alguma dificuldade, então eu acho que eles estão bem informados” (P7).

Teve sim uma melhoria nas unidades a respeito às questões não só da atividade física, mas também as questões de ação em saúde que a gente desenvolve nas esf [...] interferem de forma positiva, creio eu, porque o paciente passa a ter mais conhecimento de varias patologias que as pessoas não sabem, querendo ou não a gente trabalha em conjunto ai a gente vê a demanda, o numero de gente que tem problema de DST é muito grande, porque acham que é tabu falar pro médico, e ficam com vergonha, com receio, então quando a gente começa a fazer uma ação em saúde e mostra que é completamente tratável e tem como a gente ter um acompanhamento com qualidade de vida, melhorar e que tem cura, ele passa a ter menos medo e passa a relatar a questão de procurar ajuda, de se tratar, de começar a se cuidar, então a questão é de você tá ali educando e a pessoa ter uma coragem de procurar ajuda, de ver que aquilo não é um bicho de sete cabeças, você mostrar pra pessoa, de como a pessoa vivesse sem luz e você ir lá e mostrar pra ela que tem uma solução pra ela fazer. Acho que o nosso trabalho ele ajuda muito positivo na questão de abrir os olhos da comunidade pros problemas que eles tem (P2).

No estudo de Souza (2015) com Equipes NASF e ESF revelou que as atividades coletivas realizadas por eles, são em sua maioria, em grupos, envolvendo principalmente crianças, gestantes, mulheres e idosos, sendo que esses grupos não se restringem ao espaço físico das unidades, eles acontecem no território em escolas, creches e igrejas. Tais atividades exercem um papel importante na vida das pessoas, no que diz respeito a melhora da autonomia e incentivo a hábitos saudáveis. Além disso, constatou-se que os grupos conduzidos pelo NASF, ampliam a oferta de atividades coletivas na AB, haja vista que as EqSF fazem de forma incipiente tal atividade.

No que concerne as atividades grupais e ações coletivas, este estudo destaca que os NASFs estudados ressaltam esse tipo de pratica como sendo as principais desenvolvidas, fato que colabora com o marco legal das diretrizes do NASF (2010) e caderno 39 (2014) os



quais reiteram que ele veio para ampliar o escopo de ações ofertadas na Atenção Básica e para mudança de lógica centrada apenas no atendimento individual e curativista, para ações com base na clínica ampliada e no apoio matricial. No entanto, é bem comum em outros NASFs pelo Brasil o relato de uma forte atuação ambulatorial de alguns profissionais que realizam práticas não condizentes com a proposta do Ministério da Saúde. Como justificativa foi dada o fato que rede de atenção do município não está organizada para absorver a demanda dos usuários que necessitam de serviços especializados (NASCIMENTO, 2014).

Sobre as mudanças ocorridas P9 ressalta uma muito importante, que foi a implementação de grupos de saúde, os quais só vêm se fortalecendo com o passar do tempo, aumentando o número de pessoas e a fidelização delas, onde estas reconhecem a importância de participarem de atividades em grupo para melhorar sua saúde e qualidade de vida.

Quando nos chegamos aqui há quase três anos atrás, não havia grupo, pelo menos eu não vi, tinha um era voltado só para o idoso, diferente do nosso, o nosso é um grupo aberto focalizado em toda faixa etária, todos os problemas, toda pessoa que quiser vim é bem vinda, então é um grupo diferente que não existia, e não existia também pela parte da manhã, então o que a gente fez, conheceu o território, como conhecimento desse território a gente descobriu que já havia há três anos atrás, um grupo também baseado mais nesse problema do idoso, que existia de manhã, mas a nossa proposta não era só o idoso, era geral, e aí a gente conheceu, então um bora buscar esse povo, o idoso, mas um bora abrir um leque pra quem quiser, pra quem puder, pra quem desejar, e a gente foi, e causou um grande desconforto, a gente foi chamando boca a boca, ninguém conhecia aqui, e a gente foi conhecendo, procurando, chamando, olha um bora fazer um grupo, a gente é isso, nós somos profissionais, [...] e o grupo ele pode vim na hora que ele quiser, quando ele quiser, trazendo quem ele quiser, essa abertura que parece assim tá muito aberto, pelo contrário aí que atrai, essa liberdade atrai a pessoa que quer vim, tanto é que a gente não precisa fazer alguns benefícios, bora fazer uma palestra eu vou lidar um café da manhã, a gente não tem condição, porque a gente dá a palestra quase toda semana, já pensou se a gente for ter, claro a gente gostaria de oferecer um café da manhã, mas não dá, não é viável, vem porque eles querem, eles vem porque eles sabem que saúde é prevenção, então foi acordado que o que importa é a sua saúde, não as outras coisas, claro quando dá quando tem aquela festinha a gente faz a confraternização, um café, uma festinha, mas não aquilo em troca, então mudou isso, mudou essa liberdade, mas também deu a liberdade da consciência, você vem porque é bom, você vem porque faz bem, não tinha isso aqui (P9).

Achados semelhantes a este foram encontrados no estudo de Volponi, Garanhani e Carvalho (2015) o qual entrevistou gestores e profissionais do NASF, eles referiram avanços com a chegada do núcleo, que muitos serviços e grupos não existiam até a implantação, permitindo aumento do cuidado em saúde e na variedade das ações executadas pelo NASF, como também ampliação das ações de prevenção e promoção, impacto nas doenças crônicas, e na melhoria da qualidade de vida da população assistida.

A respeito dessa melhora na qualidade de vida da população, P9 faz um relato do que melhorou com a chegada desse dispositivo, e aborda principalmente a relevância dele na diminuição do isolamento social. Enquanto que P7 ressalta que os grupos permitiram que os

pacientes saíssem de casa, onde estavam “deprimidos”, e participassem ativamente das atividades propostas pelo NASF, gerando bem estar para os usuários.

Melhorou a qualidade de vida, diminuiu isolamento social deles, mulher vive mais né, e a maioria do nosso grupo são de mulheres, algumas mais idosas, mas são solitárias, eu não tinha esse entendimento que muita mulher daqui da terra firme, muita senhora, mora sozinha, então tinha uma tendência a depressão, tendência ao isolamento social, então esses grupos, essas ações, contribuíram pra ela sair da sua casa, da sua solidão, e por aquela uma hora, uma hora e meia vim participar, conversar, e daí surgem outras opções de amizades, elas não se sentem mais tão sós, então eu acho que nesse sentido diminuiu a solidão delas, o companheirismo aumentou, elas fazem grupo aqui, elas vão na igreja, na igreja evangélica, vão no Nemias (politico da área), que oferece um lugar pra elas fazerem natação, ginastica, as nossas confraternizações, e o grupo de lá não necessariamente vem pra cá, a gente vai lá (P9).

Vários pacientes já chegaram com a gente, falando antes eu ficava em casa deprimido, e se o dia que eu não venho pra cá, eu fico angustiado, porque é um meio deles fugirem dos problemas deles, da realidade deles, então eu acho que o Nasf ele atingiu a população de forma positiva e a comunidade que conhece, claro que eu não vou dizer que todos daqui da terra firme tem conhecimento do que é o Nasf, porque muitos não podem vim, é o horário que não dá, mas a maioria que fica com a gente, que tem um conhecido, ou os que participam uma vez ou outra, eu acho que eles tem o conhecimento e eles gostam, muitos gostam de vim pro grupo (P7).

De acordo com Nascimento (2014) os participantes de seu estudo admitiram a atividade de grupo como fazendo parte das ações do cotidiano do Nasf, assim como a elegeram como prioritária. Entretanto, a fala mostrou que a construção e o desenvolvimento das ações não são planejados entre equipe Nasf e equipe de saúde da família, isso fica claro quando falam de praticas coordenadas e executadas somente pelo NASF.

O estudo de Miranda (2016) corrobora com os achados sobre grupos quando observa a valorização da abordagem em grupos destacando que ser a principal atividade coletiva executada pelo NASF/ESF, a qual permite-se criar um excelente espaço de convivência, compartilhamento de ideais, onde os vínculos serão criados e fortalecidos, e nessa relação grupal será estabelecida a confiança dos usuários para falar abertamente sobre saúde, suas duvidas e medos, estabelecendo assim a parceria necessário para a multiplicação de bons hábitos e de uma nova realidade em saúde, que se expandira extra muro da ESF.

Na fala de P11 percebe-se a importância do impacto qualitativo no território, na medida em que este profissional é reconhecido pelo seu trabalho na comunidade e com isso é cada vez mais solicitado. Já P8 reforça em seu discurso que o que chega de relato os usuários são melhorias na sua situação de saúde física na sua inserção e participação em atividades promovidas pelo NASF.

Uma das coisas que eu considero como interessante da gente observar se a gente tá tendo esse impacto, é porque como a gente tá fazendo um trabalho comunitário a gente acaba sendo parte da comunidade, a medida que a gente tá diariamente aqui,

então como a gente sai nas ruas pra fazer as nossas ações, um desses relatos é a gente poder encontrar no dia a dia, for do atendimento daquela pessoa, a pessoa vim e te falar da vida, sem tu perguntar, dizer que tá melhor, ou querendo uma visita, quando é que tu vai lá? No sentido não de cobrança, mas sim de que quer essa relação, quer manter essa relação, estabelecer de forma rotineira, isso é um impacto qualitativo (P11).

Mas nós temos ouvido da própria boca do usuário, o que modificou na sua vida, ah eu sofria problemas de dores articulares, e o exercício tem me feito muito bem, ah eu tinha diabetes e a minha diminuiu a minha insulina, os remédios que eu tomava, eu sinto que nos temos ouvido muitos a cerca desses depoimentos [...] (P8).

No estudo de Araújo (2014) o qual analisou a atuação do NASF no município de Belo Horizonte obteve como resultado que profissionais do núcleo apontaram algumas melhorias com a implantação tais como: melhoria da situação de saúde dos casos compartilhados; redução de encaminhamentos para a atenção especializada; redução do número de solicitações de atendimentos desnecessários ao NASF e por ultimo melhoria dos indicadores de saúde da população do território.

Em outra fala o profissional faz sua avaliação do Nasf dizendo de sua importância na AB, na prevenção e promoção e coloca alguns desafios e obstáculos pra alcançar a integralidade, como também comenta que trabalhar com prevenção não é tarefa fácil, pois exige lidar com estratégias para melhor lidar com a mudança de hábitos e atitudes e também envolver o usuário nesta tarefa de cuidar da sua saúde.

Eu vejo que não é um processo fácil, é muito complexo, eu acho que trabalhar na atenção básica, eu digo que fazer prevenção e promoção, além de ser complexo tem inúmeros obstáculos que a equipe tem que ultrapassar, tipo, eu acho que a transdisciplinaridade, a interdisciplinaridade ela tem que ser mais fortalecida nessa área, então é um dos obstáculos. Trabalhar com prevenção quando diz respeito tentar modificar, tentar modificar hábitos de vida, corresponsabilizar o usuário no seu cuidado não é fácil, porque é uma tentativa de mudança de atitudes, de hábitos de vida e isso a gente tem que procurar muitas estratégias, tentar o que não der certo tem que modificar. Na prática agente tá caminhando a passos lentos, mais a gente tá caminhando pra uma melhora pra realmente atingir de forma maciça ou mais intensa esses objetivos maiores (P3).

Com base nisso, vale lembra que um dos princípios descritos no caderno de diretrizes do NASF descreve a importância da Educação Popular em Saúde como pratica a ser desenvolvida dentro dos serviços de saúde da AB, de modo que representa o pensar, expressar e agir individual de cada pessoa, e deve ser estimulado dentro dos territórios em que se faz e discute sobre saúde e seus determinantes, a participação e o envolvimento em cuidar da saúde deve ser prazeroso e multiplicador dentro da comunidade, onde indivíduos são sujeitos do seu próprio processo de trabalho e do seu conhecimento. Outro princípio que precisar ser posto em prática para se criar espaços de discussão sobre prevenção e promoção da saúde dentre outras praticas é o incentivo a participação social, entendida como o fortalecimento dos

espaços sociais, comunitários, com objetivo de proporcionar gestão participativa. Nesse campo é permitida a construção de processos político-pedagógicos que impulsionem a busca pela conquista de cidadania e fortalecimento social (BRASIL, 2010).

Nesse contexto trabalhar com práticas educativas, dispostas a focarem na prevenção e promoção da saúde, assim como lidar com mudança de hábitos dos indivíduos não são tarefas fáceis como aponta a profissional entrevistada, por isso é dever incentivar a autonomia dos indivíduos e coletividade, compreendida como um dos principais resultados esperados com o cuidado na atenção básica, ou seja, ampliação da autonomia, da capacidade dos sujeitos de governar a própria vida. Desse modo, tais características devem fazer parte do dia a dia das equipes da AB, relacionado ações técnicas e pessoais como o acolhimento, vínculo e responsabilização (BRASIL, 2014).

Prática semelhante foi observada no estudo de Viegas (2010) relatada como educação em saúde e muito frequente na vida dos profissionais e usuários da ESF pesquisada por ela, onde são realizados vários grupos educativos, sendo estes considerados momentos de troca de experiências e saberes, de educar para práticas conscientes, como também para o autocuidar.

## 6.6 VIVENCIANDO O TRABALHO NO NASF: OBSERVAÇÕES, IMPRESSÕES, REFLEXÕES E RELATOS DA PESQUISADORA.

Neste capítulo, será realizada uma discussão a respeito das observações e impressões que obtive com acompanhamento da rotina e das atividades das equipes dos NASFs estudados, recaindo em três dimensões: dificuldades e desafios em ser NASF; pontos fortes; e aspectos precisam melhorar.

Em relação ao primeiro tópico “**dificuldades e desafios em ser NASF**” percebe-se que os principais entraves são relacionados à falta de planejamento e comunicação entre equipes, o que atrapalha muitas atividades que deveriam ser feitas e planejadas em conjunto. O dia a dia do trabalho realizado pelo Nasf nas ESF é marcado por várias ações e procedimentos muitos dos quais se misturam a rotina da própria ESF, já ambos habitam a maioria das vezes o mesmo espaço físico. As mais diversas atividades foram acompanhadas desde ações educativas, chamadas de educação em saúde ou sala de espera, atividades em grupos de saúde com populações pequenas e grandes, visitas domiciliares, busca ativa de pacientes em suas residências para orientação e esclarecimentos de diversos temas. Foram observados outras rotinas como fechamento de produção, reuniões formais e informais com membros da estratégia saúde da família e gestão.

No entanto, todas essas atividades poderiam ser maximizadas se fossem trabalhados conceitos importantes como o próprio apoio matricial, metodologia pouco executada nesses quase três anos de Nasf. O que parece é que os profissionais começam a semana muito no automático do que fizeram na semana passada, reuniões de equipe formais tanto entre NASF como entre apoio e referencia (com data e horário programados) durante esse período de pesquisa não foram executadas. Em um dos Nasfs pesquisados havia um cronograma mensal de atividades que englobavam atividades de educação em saúde, visita domiciliar, grupo de saúde voltado a prevenção entre outras ações, em que os profissionais do Nasf se dividiam em que local e atividade iam coordenar. Enquanto que no outro as atividades programadas eram mais as grupais e as visitas quando tinham demandas. O trabalho nas equipes ESF/NASF era pouco desenvolvido em conjunto, muitas vezes era visto apenas a comunicação do que iria acontecer, ou em atividades que seguiam o calendário de saúde do Ministério da Saúde como em campanha no outubro rosa, novembro azul que então havia um envolvimento maior entre equipes.

Percebeu-se que a relação entre equipe de referencia e NASF ainda fica aquém do que é previsto a nível de participação e apoio, integração entre serviços, onde o dia a dia é marcado por demandas pouco programadas, ações isoladas. Entre a equipe NASF também apesar da integração, pois a maioria já desenvolve trabalho junto há mais de seis meses, ainda falta um melhor planejamento das ações, que por vezes, não aconteciam, por um ou outro profissional faltar ou não realizar, mesmo estando ciente do cronograma. Acontecia de apenas alguns profissionais estarem mais envolvidos na atividade que outros, alguns por estarem na função de preceptor ficavam mais a frente de atividades já que envolviam os seus alunos em varias atividades.

Outro ponto que dificulta o trabalho do NASF é o espaço físico que os profissionais de apoio têm que dividir com os de referencia, sendo ainda um entrave, tanto para atendimentos individuais quando necessário quanto para reuniões, ações e grupos.

No decorrer do processo observou-se ainda muitos profissionais reclamando sobre a falta de apoio recebido dos gestores sendo desde coordenação distrital até apoio da própria secretaria, visto que em muitas ESFs faltam salas, cadeiras, cursos de capacitação, e apoio financeiro para ações maiores, passeios, lanches, assim como para materiais de apoio para as equipes executarem atividades físicas e de sala de espera e os grupos de saúde. Muitos materiais são comprados pelos próprios profissionais e outros são trazidos pelos alunos que fazem estágios nestes locais. A falta de apoio também observada foi no momento das visitas, em que os profissionais tem que se deslocar andando ou no seu próprio veiculo para os locais

de visita ou de outras atividades no território. Relataram ainda sobre o perigo de deslocar-se para locais que não conhecem, visto que o bairro em que localizam-se as ESFs são locais periféricos e com grande concentração de pobreza, violência e falta de saneamento básico.

Como desafios encontrados aparecem os relacionados a falta de compreensão e aceitação do que realmente o NASF é proposto, pois a população ainda tem muitos resquícios do modelo antigo, observado quando são feitas ações educativas e não se atinge o público esperado, assim como os profissionais precisam se reinventar, já que muitos foram formados neste modelo tradicional e curativista, e trilhar caminhos voltados a integralidade, a clínica ampliada e a equipe multi, trans, e interdisciplinar.

Como **pontos fortes**, destacam-se a diversidade de atividades realizadas por ambos os NASFs pesquisados, saindo um pouco, dos atendimentos individuais que muitas equipes pelo Brasil, não conseguiram se desvincular, talvez pela necessidade da população, ou da gestão em transformar este dispositivo em serviço especializado. Já aqui foi visto uma adesão a grupos de saúde com muitos usuários, desenvolvendo práticas de atividade física, atividades de dança, expressiva, entre outras.

Outro aspecto é a utilização de vários locais no território, como escolas, praças, espaço da Universidade Federal do Pará (UFPA), associações comunitárias, sempre com intuito de desenvolver atividades mais próximas da comunidade e explorar o território adscrito. Destaco ainda a utilização desses espaços em sua maioria pelos profissionais do NASF se compararmos à ESF, que fica bastante restrita ao ambiente da casa família.

A parceria intersetorial com a educação através do projeto escola viva, com a UFPA através do curso de Terapia Ocupacional e Fisioterapia com atendimentos de vigilância do desenvolvimento infantil que acontecem dentro da faculdade, em parcerias com os dois núcleos, e também com centro comunitário que também é escola de educação infantil, a qual foi realizado uma roda de conversa com os pais e os profissionais do NASF e estagiarias da UFPA, todos estes exemplos foram algumas parcerias observadas que tem tudo para consolidar as estratégias para se alcançar uma rede intersetorial integrada assim como descreve Brasil (2010) intersetorialidade é essa articulação entre vários setores sociais, onde ocorre uma entrelaçamento de saberes, poderes e vontades diversos, a fim de abordar e solucionar determinada necessidade da população.

Convém apontar ainda **aspectos que precisam melhorar**, tais como apoio matricial, projeto terapêutico singular (PTS), sendo que o primeiro ainda acontece de forma rudimentar, muito mais voltado a demanda clinica-assistencial do que a técnico-pedagógica, visto que atividades com a equipe e para a equipe não foram observadas, a não ser

alinhamento de ações em comuns ESF/NASF, e quanto ao PTS foi observado pouca vontade de sentar e planejar um projeto para uma família que deveria ser acompanhada por toda a equipe de apoio e referência, ficando apenas um profissional de apoio e um ACS na tentativa de estabelecer vínculos e resolutividade a esse caso.

Nesse contexto, é necessário refletir sobre as demandas epidemiológicas e de saúde do território acompanhado, são poucos os profissionais com essa compreensão de propor ações em saúde com base nos determinantes sociais e de saúde da comunidade atendida, o que ocorre são ações criadas pelos profissionais e com base somente no calendário do MS, sem uma análise criteriosa dos aspectos clínicos, epidemiológicos e sociais da área a ser coberta.

Os profissionais que foram entrevistados não realizam nenhuma forma de avaliação do seu serviço nem qualitativa e nem quantitativa, se embasam em relatos dos usuários, e em algumas avaliações físicas e funcionais individual de cada profissional e para cada indivíduo, não realizam uma avaliação enquanto equipe e entre equipes sobre o que precisa melhorar, o que está bom e o que falta para o bom desenvolvimento do trabalho.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar o modelo organizacional do NASF é interessante e convidativo, pois analisar seu processo de gestão e de trabalho é uma tarefa árdua, pois analisa em profundidade a atuação dos profissionais, das ações desenvolvidas, das relações entre equipes. É ainda uma proposta em transformação e que dela surgem inúmeros desafios, visto que está inserida em um contexto complexo e dinâmico.

Este trabalho buscou avaliar/descrever que mudanças ocorreram com a chegada do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no distrito DAGUA em Belém/Pará e qual a visão da equipe de apoio sobre esse dispositivo técnico, pedagógico e assistencial, assim como elucidar que trabalhador é esse que atua no SUS, se o Nasf vem cumprindo seu papel/objetivo com base no que é proposto. Como está o processo de Educação Permanente em Saúde neste dispositivo e que relações são estabelecidas entre as equipes Saúde da Família e NASF, abordando as dimensões do trabalho em equipe multiprofissional. Foi necessário também conhecer e descrever como os profissionais do NASF o avaliam desde o momento da sua implantação até os dias de hoje.

Em síntese, pode-se afirmar que as equipes de apoio pesquisadas compreendem o papel do Nasf como um dispositivo voltado para trabalhar a prevenção e promoção da saúde no território, através de varias atividades individualizadas, grupais, de educação em saúde e no domicilio do usuário. Referiram que ele é uma equipe multiprofissional, que veio para dar apoio especializado e resolutividade a casos que a equipe de referencia não conseguia resolver sozinha.

Os profissionais que participaram da pesquisa ressaltaram o valor e importância das capacitações, referindo que recebem convites para participar delas, para que possam estar sempre se atualizando, porém poucos compreendem a educação permanente como prática cotidiana nos serviços de saúde.

Vale a pena destacar, que os profissionais conhecem a relevância do trabalho em equipe multi, porém ainda há muitos desafios a serem superados quando se trabalha em equipe, principalmente com a metodologia de trabalho utilizada pelo NASF. Por isso, destaco que o caminho a percorrer para superar e ao mesmo tempo realizar um trabalho integrado entre equipe NASF e entre ESF/NASF, depende de esforços individuais e coletivos para assim alcançar um trabalho baseado na integralidade em saúde.

Cabe ressaltar que as avaliações dos profissionais foram positivas, relevando que os usuários aderem as diversas atividades, ações, atendimentos e acompanhamentos propostos,



destacando principalmente os atendimentos grupais com objetivos de promoção da saúde e qualidade de vida.

Observou-se ainda que os esforços por parte da equipe de apoio são muitos para garantir a diversidade das atividades propostas, porém ainda a metodologia de trabalho preconizada, apoio matricial, projeto terapêutico singular, projeto de saúde no território e clínica ampliada ainda são nomenclaturas e realidades apenas teóricas pouco utilizadas pelas equipes.

A título de conclusão, é pertinente, afirmar que o NASF apresenta-se como modelo em construção ativa, onde os profissionais o reconhecem como sendo capaz de contribuir para melhorar os níveis de saúde de uma comunidade e sendo capaz potencializar a produção de mudanças na Atenção Básica. Porém, ainda há muitos desafios a serem superados, sendo imprescindível a realização de pesquisas que abordem esse tema e contribuam para ampliar as discussões sobre a concepção, o funcionamento e a avaliação do impacto das ações do NASF na qualidade de vida e do cuidado em saúde.

## REFERÊNCIAS

ANJOS, K. F. et al. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672-680, out/dez 2013.

ANDRADE, L.M.B. de et al. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Saúde e Transformação Social**., Florianópolis, v.3, n.1, p.18-31, 2012.

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.21, n.5, p.1499-1509, 2016.

ARAÚJO, Romilda Euzébio. **Análise Exploratória dos Indicadores de Resultado dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF): a experiência de Belo Horizonte**. 2014. 121 f. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p.

BEZERRA, I.M.P. et al. Velhas e novas formas de intervenção em saúde: os modelos assistenciais em análise. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 89, p. 197-206, abr./jun. 2011.

BEZERRA, Patricia Araújo. **Atuação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Recife: desafios e possibilidades**. 2013. 109f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife. 2013.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

\_\_\_\_\_. Lei No. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em:<[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm)>. Acesso em: 05 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. \_ Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família** / Ministério da Saúde,

Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, DF; 2010 (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde . Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 112 p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.399-407, fev. 2007.

CASARIN, M.R; PICCOLI, J.C.E . Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.9, p. 3925-3932, 2011.

CECCON, R.F et al. Educação em saúde: percepção de profissionais atuantes em uma Coordenadoria Regional de Saúde. **Revista Gaúcha Enfermagem.**, v.32, n.1, p. 56-62, 2011.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011.

DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA (DAB). **COORDENAÇÃO-GERAL DE GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: NASF Boletim 01**. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde, 2015.

FARIAS, P.B. Atuação do Nutricionista em Equipe Multiprofissional na Atenção Básica de Saúde. 2012. 130 f. Dissertação(mestrado)- Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005.

FERNANDES, Fernando Manuel Bessa; MOREIRA, Marcelo Rasga. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n. 2, p.511-529, 2013.

FERTONANI, Hosanna Pattrig et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n.6, p.1869-1878, 2015.

FIGUEIREDO, M.F.S.; RODRIGUES NETO, J.F.; LEITE, M.T.S. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.16, n.41, p.315-29, abr./jun, 2012.

GIOVANELLA, Lígia. MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. / Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GOMES, R. A Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) et al. **Pesquisa Social: Teoria, Método, e Criatividade**. Petrópolis: Vozes, p. 67-80, 2004.

GONÇALVES, Rita Maria de Abreu et al. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Revista brasileira de Saúde ocupacional**, São Paulo, v.40, n.131, p. 59-74, 2015.

GONZE, Gabriela Guerra. **A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo saberes e práticas** / Gabriela Guerra Gonze. 2009. 158 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

GUSMÃO, L.H.A. **Geografia e Cartografia digital de Belém**. Maio, 2013. Disponível em: <<http://geocartografiadigital.blogspot.com.br/2013/05/cartografia-dos-distritos.html>> Acesso em: 22 set. 2016.

LANCMAN, S et al. Estudo do trabalho em Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, 2013, v.47, n.5, p. 968-75.

LIONELLO C.D.L et al. O fazer das enfermeiras da estratégia de saúde da família na atenção domiciliária. **Revista Gaúcha Enfermagem**, 2012, v.33, n.4, p.103-110.

LISBOA, Maria Virgínea Feitosa. **Ações e práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais do núcleo de apoio a saúde da família (NASF) no município de Pedra**. 2011. 40 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**/Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos, organizadores. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 184 p. 2006.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.: il.

MERCADO-MARTÍNEZ, F.J. O processo de análise qualitativa dos dados na investigação sobre serviços de saúde. In: **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**/Maria Lúcia Magalhães Bosi, Francisco Mercado-Martínez (orgs.) – Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2011.

MIRANDA, G.B.N. **Integralidade no trabalho em saúde: dificuldades, possibilidades e perspectivas gerais da abordagem multiprofissional na visão dos trabalhadores de uma equipe da Atenção Primária de Belém-Pará.** Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Sociedade) - Programa de Pós-graduação e Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia da Universidade Federal do Pará, Belém – Pará, 2016.

NASCIMENTO, Cynthia Maria Barboza do. **A organização e desenvolvimento da atenção à saúde pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** 2014.182 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

NOGUCHI, Selma Kazumi da Trindade. **Sistema de informação aplicado aos núcleos de apoio à saúde da família (NASF) na região metropolitana de Belém,** 2016. 75f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia)– Universidade do Estado do Pará.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância em Saúde. IN: ROUQUAYROL,MZ & ALMEIDA FILHO,N - **Epidemiologia e Saúde,** Rio de Janeiro, MEDSI, 2003, 6 ed, p. 567-71.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA et al. (Org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S. et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** Saúde no Brasil, maio de 2011. Disponível em: <[www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)>. Acesso em: 24 jul. 2016.

PEREIRA, R.C.A.; RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface (Botucatu),** abr./jun 2013,v.17, n.45, p.327-40.

QUEIROZ, D.T et al. Observação Participante na Pesquisa Qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ,** Rio de Janeiro, 2007 abr/jun, v.15, n.2, p. 276-83.

REIS, F.; GOMES, M. L.; AOKI, M. Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: reflexões sobre as populações atendidas. **Caderno de Terapia Ocupacional da UFSCar,** São Carlos, 2012, v. 20, n. 3, p. 341-350.

REIS M. L. et al. Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Texto Contexto Enfermagem,** 2016, v. 25, n.1, p. 1-9.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas/** Roberto Jarry Richardson; colaboradores José Augusto de Souza Peres (et al.). -.3.ed.São Paulo Atlas, 2012.

ROCHA, Aline Maria de Oliveira et al. **Análise do perfil profissional das equipes do núcleo de apoio à saúde da família de campina grande-PB.** XV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e XI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, 2011.

SAMPAIO, Juliana et al. O NASF Como Dispositivo da Gestão: Limites e Possibilidades. **Revista brasileira de ciência e Saúde,** 2012, v. 16, n.3, p.317-324.

SANTANA J.S. et al. Núcleo de apoio a saúde da família: atuação da equipe junto à estratégia saúde da família. **Res. de Pesquisa Cuidado é Fundamental. online.** abr./jun. 7(2):2362-2371, 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Características do município de Belém.** Maio, 2011. Disponível em: <[www.belem.pa.gov.br/app/c2ms/v/?id=12&conteudo=4674](http://www.belem.pa.gov.br/app/c2ms/v/?id=12&conteudo=4674)>. Acesso em: 15 ago. 2016.

SHIMIZU, Helena Eri; FRAGELLI, Thais Branquinho Oliveira. Competências Profissionais Essenciais para o Trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2016. V.40, n. 2, p. 216-225.

SILVA, JM; CALDEIRA, AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, jun, 2010, v.26, n.6, p.1187-1193.

SILVA, Andréa Tenório Correia da. et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, nov. 2012. V.28, n.11, p.2076-2084.

SILVA, R. A. S.; MENTA, S. A. Abordagem de terapeutas ocupacionais em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no estado de Alagoas. **Caderno de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. 2, p. 243-250, 2014.

SOUZA, Fernando Leonardo Diniz. **A implantação do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) no município de Patos de Minas, MG, Brasil: percepção do usuário.** 2010. 56 f. Dissertação Mestrado (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca.

SOUZA, Fernando Leonardo Diniz et al. Percepções sobre qualidade de vida das usuárias de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Investigação.** 2013, v.13, p.34-38.

SOUZA, Thiago Santos. **NASF: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS?** 2015, 149f. Dissertação (mestrado)- Instituto de Saúde coletiva. Universidade Federal da Bahia, 2015.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 726p. 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)>. Acesso em: 18 jun. 2016.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. **SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde.** IESUS, VII(2), Abr/Jun, 1998.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; VILASBOAS, Ana Luiza Queiroz. **Modelos de Atenção à Saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação?** 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Universalidade, igualdade e integralidade da saúde: um projeto possível. Belo Horizonte, 2013.

TRINDADE, Letícia de Lima; PIRES, Denise Elvira Pires de. Implicações dos Modelos Assistenciais da Atenção Básica nas Cargas de Trabalho dos Profissionais de Saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, Jan-Mar, 2013, v.22, n.1, p. 36-42.

VIEGAS, S.M.F. **A integralidade no cotidiano da estratégia saúde da família em municípios do Vale do Jequitinhonha - Minas Gerais** [manuscrito]. / Belo Horizonte: 2010. 282f.: il. Área de concentração: Saúde e Enfermagem. Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Vale do Jequitinhonha, MG, 2010.

VIEIRA DE MACEDO, M.A. et al. Análise do processo de trabalho no núcleo de apoio à saúde da família em município do nordeste brasileiro. **Revista Gerenc. Política Salud**, 2016, v.15, n.30, p. 194-211.

VOLPONI, Paula Roberta Rozada; GARANHANI, Mara Lúcia; CARVALHO, Brigida Gimenez. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, dez 2015, v. 39, n. especial, p. 221-231.

## **APÊNDICE A-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Projeto:** Avaliação do Processo de Gestão do NASF do distrito DAGUA em Belém/ Pará: a perspectiva da equipe multiprofissional.

### **Esclarecimento da Pesquisa**

A presente pesquisa tem por objetivo investigar sob a óptica dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, como eles avaliam o processo de Gestão do NASF desde sua implantação e como compreendem a contribuição do NASF com enfoque na dimensão do cuidado e da integralidade no contexto da APS.

A coleta dos dados será feita por meio da observação participante, na qual a pesquisadora acompanhará a rotina da equipe por um determinado período de tempo para conhecimento do ambiente da pesquisa, além da realização de uma entrevista a partir de um roteiro semi-estruturado, com os membros da equipe NASF. As falas serão gravadas e posteriormente transcritas para análise.

Os possíveis riscos materiais, físicos e/ou psicológicos deste estudo são mínimos para o participante, e estão ligados ao fato deste sofrer algum dano ou constrangimento moral devido à revelação de sua identidade. Para isso, é assegurado pelos pesquisadores que as informações obtidas serão confidenciais e de uso exclusivamente científico. Se, ainda desta forma, o participante sofrer qualquer dano moral, ele será ressarcido pelos pesquisadores conforme processo jurídico e ainda lhe será oferecida ajuda psicológica.

Os benefícios esperados com os resultados da pesquisa são a expansão do acervo bibliográfico relacionado ao tema, incentivando a investigação científica e uma abordagem mais ampla de temas relacionados a importância do NASF na nova configuração da atenção básica, e para o participante, será refletir sobre seu processo de trabalho, identificando os principais desafios encontrados na atuação em equipe multiprofissional pautada no cuidado integral a saúde do indivíduo.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, assim como não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Esta pesquisa será realizada com recursos dos próprios autores, não sendo financiado por nenhuma instituição de pesquisa.

O material da pesquisa será guardado por cinco anos, sendo utilizado exclusivamente neste estudo, e, após este prazo, será incinerado sem que se deixe fornecer informações sobre o participante.



O participante avaliado terá liberdade para aceitar ou não participar desta pesquisa, ou mesmo para se retirar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo à continuidade do tratamento nesta instituição.

Em qualquer momento do estudo o participante terá acesso aos pesquisadores para esclarecimento de dúvidas ou conhecimento dos resultados parciais, procurando por Suellem Carla Nunes Nobre (Conjunto Abelardo Condurú, quadra 11, casa 09. Telefone: 981871909) ou pelo pesquisador Marcos Valério Santos da Silva (Fone: 980823016; Campus Universitário do Guamá; Rua Augusto Corrêa, Instituto de Ciências Farmacêuticas; Laboratório de Farmacognosia; CEP: 66075-110).

---

**ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Nome: Suellem Carla Nunes Nobre CREFITO: 11926-TO

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Declaro que li as informações acima e discuti com os pesquisadores responsáveis sobre o propósito da pesquisa, e que, portanto, sinto-me devidamente esclarecido sobre os objetivos desta, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando voluntariamente na obtenção de dados, estando ciente de que posso me retirar a qualquer momento sem prejuízo à continuidade do meu tratamento neste serviço.

Belém, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável

## **APÊNDICE B**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

- 1) sexo
- 2) Idade
- 3) Qual a sua formação profissional?
- 4) Possui alguma pós-graduação? Em qual área?
- 5) Já realizou algum tipo de curso ou capacitação na área de Atenção Primária à Saúde? Qual?
- 6) Há quanto tempo você trabalha neste serviço?
- 7) Antes desse serviço já havia trabalhado na Atenção Básica? Fale um pouco da sua experiência profissional.
- 8) No seu entendimento o que é NASF? Como você compreende o papel do NASF? Quais seus principais objetivos?
- 9) Como você avalia o papel do NASF?
- 10) Como você avalia o apoio matricial realizado no NASF? Comente? Você realiza ou participa das ações de suporte técnico-pedagógico e clínico-assistencial abaixo? Realiza ou Participa Atividade 1) Discussão de casos 2) Educação permanente 3) Consultas compartilhadas 4) Consultas individuais específicas 5) Grupos terapêuticos ou de educação em saúde 6) Visitas domiciliares 7) Intervenções na comunidade
- 11) Como você avalia sua formação para atender os preceitos da integralidade e do cuidado em saúde?

12) Como você avalia a contribuição das atividades realizadas pelo NASF para a integralidade e dimensão do cuidado no NASF?

13) Como você avalia o processo de educação permanente em saúde? Reconhece que o mesmo vem contribuindo para a qualificação do cuidado? Comente

14) Na sua opinião mudou algo na atenção básica deste território a partir da implantação do Nasf?

14) De que forma as atividades desenvolvidas pelo NASF interferem na vida da comunidade atendida? Vocês realizam alguma avaliação do impacto das atividades do NASF sobre as equipes apoiadas? Comente.

15) Como você avalia o trabalho em equipe multiprofissional realizado no NASF? Comente.

## APÊNDICE C

**Pesquisadora:**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Unidade:

Horário:

Período de observação:

Observação realizada:

Impressões da pesquisadora:

## ANEXO A

### TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR

Eu, Professor(a) Marcos Valério Santos da Silva, do Curso de Farmácia, da Universidade Federal do Pará, aceito orientar o trabalho intitulado "Análise do Processo de Gestão do NASF no Distrito D'Água" de autoria do(a) aluno (a) Suellem Carla Nunes Nobre. Declaro ter total conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes, segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa CONEP, estando inclusive ciente da necessidade de minha participação na banca examinadora por ocasião da defesa do trabalho. Declaro ainda ter conhecimento do conteúdo do anteprojeto ora entregue.

Belém, PA, 03 de Agosto de 2016

  
Assinatura

## ANEXO B



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE-SESMA aceita a realização do Projeto de Pesquisa do **Dissertação de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e sociedade da Amazônia, da Universidade Federal do Pará – UFPA**, intitulado: “**Avaliação do Processo de Gestão do NASF no Distrito do DAGUA em Belém/Pará**”, de autoria da mestranda SUELLEM CARLA NUNES NOBRE, orientado pela **Profª Dr. Marcos Valério Santos da Silva**.

Entretanto é pertinente enfatizar que o Núcleo de Educação Permanente NEP/SESMA, emitirá a **AUTORIZAÇÃO DEFINITIVA** mediante parecer de aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, da Instituição de origem.

Belém, 13 de Outubro de 2016



**Raimunda Silvia Gatti Norte**

Coordenação do Núcleo de Educação Permanente – NEP

R. Silvia Gatti Norte  
Coordenação NEPIDGRTS/SESMA  
0401234-01

## ANEXO C

UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliar o processo de Gestão do Núcleo de Apoio à saúde da Família no Distrito Dagua em Belém/Pará como um dispositivo técnico pedagógico e assistencial pautado na integralidade a partir da perspectiva da equipe multiprofissional.

**Pesquisador:** SUELLEM CARLA NUNES NOBRE

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 64120416.9.0000.0018

**Instituição Proponente:** Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.935.383

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa de mestrado da aluna Suellem Carla Nunes Nobre, o qual versará sobre uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo estudo de caso, com observação participante, pois permite obter respostas muito particulares, uma vez que os participantes da pesquisa (equipe multiprofissional de um serviço de saúde) são singulares e vivenciam uma realidade particular.

#### Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o processo de gestão do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no distrito Dágua em Belém/Pará como um dispositivo técnico, pedagógico e assistencial pautado na integralidade a partir da perspectiva da equipe multiprofissional do NASF.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Após assinatura do termo de consentimento Livre e esclarecido, onde o sujeito da pesquisa já está devidamente esclarecido, este será assegurado aos informantes o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos tanto individuais quanto coletivos. Portanto, na pesquisa em questão será assegurado aos participantes do estudo, local privativo para as entrevistas, sigilo das

**Endereço:** Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

**Bairro:** Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110

**UF:** PA **Município:** BELEM

**Telefone:** (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028

**E-mail:** cepccs@ufpa.br

## ANEXO C

### UFPA - INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 1.935.383

informações relatadas e anonimato, pois todos os pesquisados receberão nomes fictícios que preservará sua identidade. A pesquisa será financiada pelo pesquisador, e não acarretará em nenhum custo ou prejuízo financeiro para os participantes. Não haverá nenhum tipo de invasão de privacidade. Porém toda pesquisa é passível de riscos.

Neste estudo, o risco pode ser de possível identificação do participante. Diante disso, se houver a possibilidade do indivíduo ser identificado em decorrência de suas falas, o mesmo será excluído da pesquisa para a eliminação do risco.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa trará como benefício para os participantes a compreensão sobre a importância de participar de uma pesquisa que terá dados importantes para contribuir no processo de gestão de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, como também será feita a evolução dos resultados da pesquisa para o conhecimento e contribuições para o serviço de saúde pesquisado.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisa preenche todos os requisitos exigidos pelo CONEP, para que a mesma possa ser realizada sem nenhum obstáculo.

#### **Recomendações:**

A pesquisa pode ser realizada sem nenhuma recomendação, pois foram preenchidas todas as exigências do CEP/ICS, que seguem as normas do CONEP.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

#### **Considerações Finais a critério do CEP:**

#### **Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_767637.pdf	18/01/2017 22:49:53		Aceito
Outros	TERMODECONSENTIMENTODAINSTITUICAO.PDF	18/01/2017 22:44:15	SUELLEM CARLA NUNES NOBRE	Aceito
Outros	DECLARACAOINSENCAODEONUS.pdf	18/01/2017 22:41:40	SUELLEM CARLA NUNES NOBRE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	18/01/2017 22:34:16	SUELLEM CARLA NUNES NOBRE	Aceito

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110

UF: PA Município: BELEM

Telefone: (91)3201-7735

Fax: (91)3201-8028

E-mail: cepccs@ufpa.br



## ANEXO C

### UFPA - INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 1.935.383

Cronograma	CRONOGRAMA.docx	18/01/2017 22:30:49	SUELLEM CARLA NUNES NOBRE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRADO.docx	03/08/2016 23:16:13	SUELLEM CARLA NUNES NOBRE	Aceito
Outros	TERMO_DE_ACEITE_DO_ORIENTAD OR.pdf	03/08/2016 23:15:30	SUELLEM CARLA NUNES NOBRE	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento.pdf	03/08/2016 23:14:36	SUELLEM CARLA NUNES NOBRE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_compromisso.pdf	03/08/2016 23:08:22	SUELLEM CARLA NUNES NOBRE	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	03/08/2016 23:07:51	SUELLEM CARLA NUNES NOBRE	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	03/08/2016 23:04:02	SUELLEM CARLA NUNES NOBRE	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELEM, 21 de Fevereiro de 2017

Assinado por  
**Wallace Raimundo Araujo dos Santos**  
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110

UF: PA Município: BELEM

Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028

E-mail: cepccs@ufpa.br